



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione SNT/2
Direttore: Prof. Pierluigi Politi

**LO STILE ALIMENTARE DEI BAMBINI IN ETÀ SCOLARE:
STRUMENTO DI EDUCAZIONE E PREVENZIONE PER I
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.**

Relatore:

Chiar.ma Prof.ssa Annamaria Tanzi

Co-relatore:

Dott.ssa Stefania Lanaro

Tesi di Laurea di

Asia Grigis

Matricola n. 472863

Anno Accademico 2020 – 2021

INDICE

ABSTRACT.....	4
INTRODUZIONE.....	5
PRIMA PARTE: I DCA NEL XXI SECOLO	
Capitolo 1: I disturbi del comportamento alimentare (DCA)	9
1.1 Cosa si intende per DCA.....	9
1.2 Breve excursus storico delle principali forme del disturbo.....	10
1.3 Classificazione e criteri diagnostici	12
1.4 Fattori di vulnerabilità	23
1.5 I nuovi DCA.....	26
1.6 La terapia e la presa in carico di un paziente con DCA.....	30
Capitolo 2: I DCA nei bambini e nei preadolescenti	33
2.1 Feeding disorders oppure eating disorders?.....	35
2.2 I disturbi alimentari durante l’infanzia e la prima fanciullezza	36
2.2.1 La prima infanzia: classificazione 0-3 anni	40
2.2.1 La classificazione secondo i criteri “GOS” per gli under 14	42
2.3 Il rapporto con la famiglia: ... è colpa dei genitori?.....	43
2.4 Il ruolo delle istituzioni scolastiche	47
2.5 Il trattamento psicoterapico in caso di esordio di DCA.....	49
2.6 Il lavoro sul corpo	52
2.6.1 La psicomotricità.....	52
2.6.2 L’arteterapia	53
2.6.3 La terapia dello specchio.....	53

SECONDA PARTE: INDAGINE SPERIMENTALE SUL RAPPORTO TRA LO STILE ALIMENTARE E I BAMBINI IN ETÀ SCOLARE

Capitolo 3: “Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare”	55
3.1 Analisi del questionario.....	56
3.2 I dati ottenuti	58
3.3 Le difficoltà e i limiti dello studio.....	61
3.3.1 Consigli per i genitori	63
Capitolo 4: “Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse”	66
4.1 Descrizione dell’incontro.....	67
4.2 “Il Bucaneve ODV”: la realtà di un servizio di volontariato per i disturbi del comportamento alimentare.....	69

TERZA PARTE: IL RUOLO DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Capitolo 5: Il ruolo del TeRP con i nuovi DCA	71
5.1 Gli obiettivi del lavoro	71
5.2 La relazione terapeutica	72
5.3 La relazione terapeutica con i bambini	74
CONCLUSIONI.....	76
BIBLIOGRAFIA	77
EMEROGRAFIA.....	78
SITOGRAFIA.....	79
RINGRAZIAMENTI.....	80



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione SNT/2
Direttore: Prof. Pierluigi Politi

ELABORATO DI TESI

Studente: Asia Grigis

Matricola: 472863

Relatore: Prof.ssa Annamaria Tanzi

Co-relatore: Dott.ssa Stefania Lanaro

ABSTRACT

Obiettivi: l'obiettivo di questo elaborato di tesi è quello di trattare il rapporto che i bambini sviluppano fin dall'età scolare con gli alimenti e lo stile nutrizionale al fine di costruire uno strumento di educazione e prevenzione nei confronti dello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare in età precoce.

In relazione a tali argomenti, sarà poi analizzato come il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) possa adeguatamente formarsi per inserirsi all'interno di un'equipe multidisciplinare dedicata e così garantire la presa in carico globale di questi disturbi, auspicando ad un aumento del numero dei servizi disponibili nell'ambito in oggetto.

Metodi: è stato creato e somministrato ai genitori di bambini in età scolare un questionario contenente 38 domande concernenti il momento dei pasti e i comportamenti ad essi correlati messi in atto dai figli. Sono state alternate domande a risposta multipla con altre che permettevano invece una riflessione libera da parte del soggetto partecipante. È stato inoltre organizzato un incontro dal titolo "Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse" tenuto tramite l'associazione "Il Bucaneve ODV" e l'aiuto della Dott.ssa Stefania Lanaro.

Per quanto concerne l'ultima parte dell'elaborato di tesi, ovvero il ruolo del TeRP, dopo aver trattato cosa si intende per disturbi del comportamento alimentare (DCA) in generale e quali sono i criteri diagnostici, si sono analizzati i percorsi affinché tale figura sanitaria possa formarsi adeguatamente e in quali tipologie di strutture possa esercitare la sua funzione riabilitativa. Il ragionamento è scaturito dal fatto che la società attuale ha portato alla nascita di nuovi disturbi del comportamento alimentare che quindi necessitano di una presa in carico adeguata e che sia differente rispetto a quella di anni passati.

Conclusioni: attraverso lo studio effettuato, si cerca di dimostrare come lo stile nutrizionale e il rapporto con i pasti che il bambino instaura fin dalla tenera età possano essere indicatori dell'insorgenza successiva dei disturbi del comportamento alimentare o di una non adeguata relazione con il cibo; questo anche a causa della continua attenzione alla dieta e all'immagine corporea che la società attuale propone attraverso i mass media e i social.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, bambini, scuola, genitori, alimentazione, salute, realtà, società, ideale di bellezza.

INTRODUZIONE

Ho deciso di trattare la tematica dei disturbi del comportamento alimentare nel mio elaborato di tesi per diverse ragioni, la prima delle quali si potrebbe definire quasi “logistica”. Durante questi tre anni di corso, infatti, ho potuto sperimentare la realtà di cinque strutture psichiatriche pavese e non solo (dal CPS, alle strutture residenziali e i centri diurni), ma nessuna di essa risultava essere adeguatamente formata per ospitare e trattare tale psicopatologia; non solo, ma a Pavia non esiste neanche nessun servizio pubblico che sia in grado di garantire questa offerta, mentre il settore privato risulta essere unicamente gestito da professionisti che si rifanno a strutture esterne alla città e alla provincia.

Mi sono dunque chiesta: “Perché i servizi dedicati sono così rari se i disturbi del comportamento alimentare, come si sa da studi e ricerche, sembrerebbero essere in aumento?”. Questa constatazione si collega fortemente a quella che è un’altra delle ragioni che mi hanno spinto a trattare tale argomento, ovvero l’emergere sempre più frequente di questi disturbi anche in età precoce. Sebbene l’aumento dei casi sia un fenomeno pressoché riconosciuto, bisogna sottolineare che ancora troppo spesso si fanno i conti con una malattia sottovalutata, ritenuta una “crisi adolescenziale”, uno scarso adattamento alle prime difficoltà della crescita, una richiesta di attenzione, una fase di transizione, insomma un disturbo scaturito dall’immaturità adolescenziale, anche se le ragioni ad essa sottese sono in realtà molto più profonde di un capriccio. È risultato per me, dunque, molto interessante cercare di apprendere quali fossero queste cause nascoste e profonde.

È doveroso inoltre considerare che nella cultura occidentale il cibo riveste un ruolo importante non solo a livello nutrizionale, ma anche per il carico emotivo che sempre più spesso viene riversato o, al contrario, liberato grazie a quest’ultimo.

Si pensi semplicemente a come il rapporto che la famiglia ha con gli alimenti sia cambiato negli ultimi anni grazie alle maggiori risorse disponibili e al consumismo, a come si sia consolidato durante la pandemia da Covid-19 nell’anno 2020, oppure a quanto i momenti dei pasti vengano visti come pretesti per l’aggregazione e la condivisione non solo in famiglia, ma anche tra amici e conoscenti. Il cibo, nella società attuale, ha un forte valore relazionale, aspetto che viene meno nei disturbi del comportamento alimentare. Ecco un piccolo esempio del perché non possono essere più considerati semplicemente la malattia del “non mangio perché voglio essere magra” o del “voglio essere una modella”.

Sono stati i ragionamenti appena esposti a farmi quindi pensare alle famiglie, in quanto primo ed importante luogo relazionale per ogni bambino, e a quanto una loro adeguata formazione in tema di disturbi del comportamento alimentare possa essere importante al fine di prevenirne l'insorgenza o comunque di riconoscerne i segni premonitori e trattarli in maniera appropriata. Ciò è importante anche, se non soprattutto, perché spesso si ritiene che per "disturbo del comportamento alimentare" si intendano semplicemente l'anoressia o la bulimia, quando in realtà ne esiste una varietà maggiore, senza dimenticare i "nuovi DCA" nati a causa delle sollecitazioni riguardo l'ideale di bellezza provenienti dalla società. Il fine ultimo è quello di cercare di promuovere una maggiore sensibilizzazione.

Si è dunque deciso di creare un questionario, rivolto ai genitori dei bambini in età scolare, che cercasse di indagare, attraverso 38 domande, le abitudini alimentari della famiglia (e di conseguenza dei bambini) e il comportamento messo in atto al momento del pasto. Oltre a questo strumento è stato organizzato anche un incontro online riguardante la tematica del rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare, al fine di creare un gruppo di discussione dal quale potessero emergere le abitudini, le difficoltà e i sentimenti che il pasto suscita. Il titolo dell'incontro è stato "Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse" tenutosi il giorno 20 settembre 2021.

Per permettere un'analisi completa delle tematiche qui esposte, il mio elaborato di tesi sarà diviso in tre parti. Una prima parte riguarderà un'introduzione generale ai disturbi del comportamento alimentare, i criteri diagnostici e l'eziologia della loro presentazione, i fattori di vulnerabilità, ma anche le nuove forme che a causa dell'avvento dei social, degli ideali di bellezza proposti dalla società e dai mass media sono sempre più frequenti. Il tema principale è diventato infatti l'accettazione da parte dell'altro, a qualsiasi costo. Il secondo capitolo di questa prima parte, invece, si concentrerà in maniera più mirata sui bambini e il rapporto che essi instaurano con il cibo fin dall'età scolare.

Di conseguenza, verrà esposto come possono essere inquadrati i disturbi del comportamento alimentare che emergono precocemente, il ruolo che i genitori e le istituzioni scolastiche ricoprono nell'apprendimento di un adeguato rapporto con il cibo e come le abitudini qui apprese possano essere di fondamentale importanza per lo sviluppo successivo. Non mancherà una trattazione sulla presentazione dei disturbi del comportamento alimentare in età precoce.

A partire da questa discussione iniziale teorica, la seconda parte si concentrerà sull'analisi del questionario da me proposto, dunque dei comportamenti che i bambini mettono in atto a tavola e di come la famiglia risponde ad essi, per poi focalizzarmi su ciò che è emerso dall'incontro educativo online organizzato insieme alla Dott.ssa Stefania Lanaro e al Bucaneve ODV.

Infine, nella terza parte, cercherò di analizzare il ruolo professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e quali possono essere le sue strategie e le sue risorse utili per inserirsi all'interno di un'equipe multidisciplinare che possa garantire una presa in carico il più globale e totale possibile per tale psicopatologia.

È indubbio, infatti, come detto anche precedentemente, che la società e i social media abbiano incrementato la manifestazione dei disturbi del comportamento alimentare e che ne abbiano anche fatti nascere di nuovi: di conseguenza, è ora più che mai necessario che la formazione sia non solo specifica, ma anche sempre aggiornata e attenta a considerare ciò che i social network utilizzati maggiormente e i mass media promuovono come ideale di bellezza da raggiungere.

Questo cambiamento nella manifestazione dei disturbi ha infatti messo in crisi il consueto approccio riabilitativo, dal momento che non si tratta più solo di lavorare con le emozioni e con l'importanza del mantenimento di un'alimentazione variegata e che comprenda tutti i macronutrienti, ma soprattutto con l'aiuto nella ricerca, se non nella creazione, di un'identità personale che vada al di là e che sia più forte di quella che i social media cercano di trasmettere e con il tentativo di sfatare i miti di bellezza, spesso fittizi, promossi dalla cultura attuale.

PRIMA PARTE:
I DCA NEL XXI SECOLO

CAPITOLO 1

I disturbi del comportamento alimentare

“Noi non cerchiamo la società per amore della stessa, ma per la lode o i benefici che essa potrebbe portare”.
(Thomas Hobbes)

1.1 Cosa si intende per DCA

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), meglio definiti dal DSM-5 come disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo¹. In Italia tali disturbi coinvolgono, così come ha affermato la dott.ssa Laura Dalla Ragione nel 2005, approssimativamente due milioni di giovani, ovvero 10 ragazzi ogni 100 di cui 1-2 presentano forme conclamate e più gravi di anoressia e bulimia, mentre gli altri hanno manifestazioni cliniche transitorie non meglio specificate. Una ricerca condotta dall'ABA, Associazione italiana per la cura e la prevenzione di Bulimia e Anoressia, condotta dalla Prof.ssa A.M. Speranza nel 2003, si è concentrata sulla prevalenza di tali disturbi e ha stimato che l'anoressia nervosa in Italia si ritrova nello 0.5-1% dei casi, la bulimia nell'1%-3%, mentre i disturbi sottosoglia o subclinici arrivano addirittura al 5-15%; lo stesso studio stima che il 95.9% delle persone affette siano donne e solo il 4.1% uomini. Sebbene gli studi condotti in Italia siano relativamente pochi e soprattutto spesso limitati a realtà regionali, è interessante riportare la ricerca condotta dalla Dott.ssa Favaro Angela, la quale, insieme ai colleghi, si è interessata alla diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est italiano raccogliendo dati che probabilmente potrebbero descrivere anche la situazione generale del paese: lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti nella provincia di Padova ha stimato:

- per l'anoressia nervosa una prevalenza puntuale dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%;
- per la bulimia una prevalenza puntuale dell'1.8%, mentre quella nell'arco di vita è del 4.6%;

¹ Società italiana di psicopatologia dell'alimentazione. <https://psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/>.

- per le forme di anoressia sottosoglia una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6%;
- per le forme atipiche di bulimia una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%.

Infine, la prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione risultava essere pari al 5.3%², dato che però risulta essere molto diverso da quelli ottenuti da altri studi condotti in altre realtà regionali: la ricerca di Faravelli e colleghi risalente al 2006 e condotta in Toscana ha infatti registrato una prevalenza dell'1.21% per tutti i disturbi del comportamento alimentare³, di cui 0.42% per l'anoressia nervosa, 0.32% per la bulimia nervosa, 0.32% per il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) e 0.32% per i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati. La diversità dei dati raccolti è attribuibile al tipo di campione, dal momento che qui è costituito da 2355 rappresentanti della popolazione con età superiore ai 14 anni.

In generale, si può affermare che i DCA siano dei fenomeni molto complessi perché, nonostante si ritrovino dei sintomi fisici evidenti e facilmente individuabili, è necessario operare una diagnosi funzionale ben più complessa al fine di cercare di comprenderne la strutturazione psicologica sottostante.

1.2 Breve excursus storico delle principali forme del disturbo

Per quanto riguarda l'evoluzione storica che questi disturbi hanno conosciuto nel corso del tempo, si può dire che probabilmente il primo ad individuare il quadro dell'anoressia nervosa è stato il medico genovese Simone Porta già nel 1500, anche se è tradizione diffusa far risalire la scoperta della malattia al medico britannico Richard Morton nel 1689: egli scrisse infatti il primo resoconto di due pazienti, un ragazzo minorenni e una ragazza di 18 anni, che, in assenza di patologie manifeste, rifiutavano di alimentarsi. Morton definì tale disturbo "emaciazione nervosa". È però solo grazie alla descrizione dell'inglese Gull e del francese Lasegue che si conoscono tutte le specificazioni sintomatiche correlate alla patologia poiché essi posero l'attenzione sulla sua origine non solo prettamente organica. Ritengo tuttavia doveroso a questo punto fare un passo indietro, dal momento che, per quanto detto fino ad ora, emerge la considerazione della magrezza eccessiva come un disturbo, ma nel corso della storia non è sempre stato così.

² Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med.* 2003 Jul-Aug.

³ Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, Zucchi T, Cosci F, Ricca V. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom.* 2006.

Durante il periodo medioevale, infatti, il digiuno era spesso considerato un segno di devozione religiosa estrema (un esempio che si può ricordare è la storia di Santa Caterina da Siena), forse persino un miracolo visto che coloro che accettavano tale pratica riuscivano a sopravvivere anche con razioni di cibo molto modeste: erano per questo chiamati “fanciulli miracolosi”. Tuttavia, con l’avvento della Riforma, il digiuno usato come strumento per raggiungere la sanità iniziò ad essere considerato con più sospetto, quasi come un segno del demonio⁴.

A partire dell’1800 molti studiosi si sono poi interessati al disturbo, tra cui Freud, che lo ha associato alla dimensione melanconica e depressiva, e Janet, il quale si è soffermato di più sulla rigidità ossessiva rivolta al corpo e alla magrezza.

Importante da ricordare è poi il contributo di Mara Selvini Palazzoli, neuropsichiatra e psicoterapeuta pioniera nello studio dell’anoressia mentale, che nel 1998 ha pubblicato il volume “*L’anoressia mentale: dalla terapia individuale alla terapia familiare*” in cui dà particolare importanza agli aspetti famigliari nell’esordio di questo tipo di psicopatologia: afferma infatti che coloro che ne soffrono non si sono separati psicologicamente dalla madre e che non hanno di conseguenza una percezione stabile del proprio corpo; con l’anoressia si rivelerebbe quindi una forma di “psicosi monosintomatica”, di stampo paranoico, che comporta la percezione di un corpo abitato da elementi negativi che solo il digiuno può combattere⁵.

Per quanto riguarda invece il disturbo bulimico, esso raggiunse una dignità nosografica a sé stante solo nel 1979 grazie agli studi di Russel (è per questo che uno degli elementi che caratterizza questo quadro è il cosiddetto “segno di Russel”, ovvero la callosità che si ritrova sull’indice e sul medio della mano dominante del soggetto dovuta allo sfregamento delle dita contro il palato per procurarsi il vomito autoindotto).

Il binge eating disorder, descritto per la prima volta da Albert Stunkard nel 1959, è stato introdotto nel DSM solamente nel 2013, con l’uscita del DSM-5⁶, così come il disturbo evitante o restrittivo dell’assunzione di cibo.

Detto ciò, è importante considerare che, sebbene nel corso della storia siano stati descritti i vari quadri in maniera separata e il DSM preveda quattro forme principali di disturbo del comportamento alimentare (disturbo del comportamento restrittivo o evitante, anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge eating disorder, ovvero il disturbo dell’alimentazione incontrollata) nell’attualità si assiste più facilmente allo sviluppo di forme miste anoressico-bulimiche, le quali si caratterizzano per un esordio precoce anoressico che poi evolve in disturbo bulimico.

⁴ “I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti”. Tony Jaffa e Brett McDermott. Raffaello Cortina Editore, 2009.

⁵ <http://www.scuolamaraselvini.it/>

⁶ <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/binge-eating-disorder/>

Il quadro bulimico poi, a sua volta, spesso può portare allo sviluppo di binge eating disorder. È per questo che si parla di una dimensione di continuità dei disturbi del comportamento alimentare. Un ulteriore cambiamento rispetto al passato, oltre all'idea che i vari quadri non si presentino in maniera isolata e indipendente l'uno dall'altro, riguarda l'età di esordio: infatti, mentre prima la fascia di presentazione del disturbo comprendeva i 14-15 anni, ora si assiste anche a casi di esordio, prevalentemente anoressico, durante la scolarità elementare; ciò potrebbe essere causato dalla sempre più forte influenza che la società e i mass media esercitano nei confronti dell'aspetto corporeo e dell'ideale di bellezza.

Bisogna considerare poi il fatto che, nonostante si sia portati comunemente a ritenere che queste siano patologie tipiche solamente delle ragazze, anche i ragazzi non ne sono esenti (si ricordi in tal senso la bigoressia, o vigoressia, cioè un sottotipo di dismorfofobia contraddistinto dalla continua e ossessiva preoccupazione per il tono muscolare e per l'allenamento): i rapporti infatti parlano di un 9:1 tra femmine e maschi per quanto riguarda l'anoressia, ma per gli altri disturbi le proporzioni si abbassano poiché si arriva a 7:3 per la bulimia, mentre per il binge eating disorder il rapporto è 3:2⁷.

1.3 Classificazione e criteri diagnostici

L'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato nel maggio 2013 la quinta edizione del Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM-5), frutto di un processo di revisione durato 14 anni. Grazie a questa nuova edizione sono state introdotte alcune novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle persone che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: i cambiamenti principali riguardano l'aver raggruppato in un'unica categoria diagnostica anche i disturbi caratteristici dell'infanzia, l'aver fornito una nuova definizione a tale gruppo psicopatologico e aver modificato alcuni criteri diagnostici. L'obiettivo primario di questo lavoro è quello di minimizzare l'uso della diagnosi vaga "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato"⁸ dal momento che, come illustra Massimo Cuzzolaro in "*Anoressie e Bulimie*", secondo il DSM-IV più della metà delle pazienti potevano rientrare in questa categoria e, inoltre, la maggior parte dei soggetti non presentavano un livello di gravità significativamente diverso rispetto a quelle con diagnosi piena di anoressia e/o bulimia⁹.

⁷ <https://www.rivistadipsichiatria.it/>

⁸ Dott. Dalla Grave. <http://www.dallegrove.it/>

⁹ Massimo Cuzzolaro, *Anoressie e Bulimie*, Bologna, il Mulino, 2014.

Il DSM-5 recita: *“I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”*.¹⁰

Il manuale include le seguenti categorie diagnostiche (le prime tre riguardano soprattutto i disturbi della nutrizione dell'infanzia):

1. pica;
2. disturbo da ruminazione;
3. disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
4. anoressia nervosa;
5. bulimia nervosa;
6. disturbo dell'alimentazione incontrollata o binge-eating disorder;
7. disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione;
8. disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione.

A questo punto si può analizzare ogni disturbo singolarmente sulla base dei criteri diagnostici individuati dal DSM-5.

PICA

La pica è identificata come la persistente ingestione di sostanze prive di contenuto alimentare e non commestibili (esempio: feci, terra, carta, polvere, insetti), in maniera inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo, per un periodo di almeno 1 mese. Tale comportamento non deve poi fare parte di una pratica culturalmente accettata o socialmente promossa. Tra i criteri diagnostici si ritrova il fatto che se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (esempio: disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico, schizofrenia) o di un'altra condizione medica, deve essere sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica. È infine necessario specificare se risulta essere un disturbo in remissione, ovvero se successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, essi non sono più soddisfatti globalmente per un considerevole periodo di tempo.

¹⁰ American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, [Raffaello Cortina Editore](#), 2014.

DISTURBO DA RUMINAZIONE

Per disturbo da ruminazione si intende l'abituale e ripetuto rigurgito da parte del bambino di cibo per un periodo di almeno 1 mese; il cibo rigurgitato può poi essere rimasticato, ringoiato o sputato.

I criteri diagnostici relativi a tale condizione prevedono:

- il rigurgito ripetuto non è attribuibile ad una condizione gastrointestinale associata o ad un'altra condizione medica (esempio: reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro);
- il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
- se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (esempio: disabilità intellettiva, oppure un altro disturbo del neurosviluppo), sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

È necessario poi specificare se il disturbo risulta essere in remissione, cioè se successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da ruminazione, essi non sono più stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO (ARFID)

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è definibile come un problema della nutrizione o dell'alimentazione tipico soprattutto del bambino che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche perché il soggetto evita di mangiare alcuni alimenti che vengono collegati a situazioni di rifiuto o per paura di loro eventuali effetti negativi. Tutto ciò è associato ad uno o più dei seguenti aspetti:

- significativa perdita di peso, o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto, oppure una crescita discontinua nel piccolo;
- significativo deficit nutrizionale;
- dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali;
- marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

Il disturbo non deve essere meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica culturalmente accettata e, inoltre, non deve verificarsi esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa o bulimia nervosa. Qui non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma corporea.

La tendenza alla restrizione dell'assunzione del cibo, ancora, non è attribuibile ad una condizione medica concomitante e non deve essere meglio spiegata da un altro disturbo mentale. Se invece si verifica in concomitanza con un'altra condizione, la gravità del disturbo dell'alimentazione deve eccedere quella normalmente associata e deve giustificare ulteriore attenzione clinica.

Ancora una volta, è necessario specificare se si tratta di un fenomeno in remissione, ovvero se successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, essi non sono più soddisfatti per un considerevole periodo di tempo.

ANORESSIA NERVOSA

Il termine anoressia deriva dal greco "anorexia" e significa letteralmente "mancanza di appetito", anche se in realtà non è vero che quest'ultimo manca totalmente, infatti la sensazione di fame è ricercata dal soggetto perché conferisce superiorità e dominio nei confronti del proprio corpo.

Quello dell'anoressia nervosa risulta essere il quadro più frequentemente identificabile tra quelli dei disturbi del comportamento alimentare e fa riferimento alla condizione in cui la restrizione dell'introito energetico rispetto alle necessità di fabbisogno giornaliero è tale da condurre ad un peso corporeo significativamente basso in rapporto ad età, sesso, traiettoria evolutiva e salute fisica. Centrale qui, quindi, è l'intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi e ciò porta al persistere di comportamenti che impediscono l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso; la causa risulta essere un'alterazione nel modo in cui vengono vissuti il peso e le forme corporee, elementi che poi hanno una forte ripercussione sulla valutazione che il soggetto elabora di sé stesso. Frequente è anche una mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo raggiunto (i soggetti possono arrivare infatti anche a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto). Le preoccupazioni riguardo il peso e la forma corporea possono farsi talmente pressanti da portare il soggetto ad effettuare continui "body checking", ossia comportamenti di controllo che vanno dal guardarsi allo specchio molte volte durante la giornata, al pesarsi più e più volte al giorno, verificare la perdita di peso indossando abiti attillati, misurare la circonferenza di cosce, fianchi ed addome, chiedere continue rassicurazioni sul proprio aspetto. La persona può impiegare diverse ore per prepararsi prima di uscire per poi magari evitare di farlo se non si è raggiunto l'aspetto desiderato¹¹.

¹¹ "La distorsione dell'immagine corporea: quando ciò che vedo non coincide con ciò che sono" di M. Soliani. In www.stefanialanaro.com

In aggiunta, si può dire che sovente si ritrova anche la tendenza a rifiutare le cure, ad isolarsi, a provare sensazioni di inquietudine e irrequietezza oltre al fatto che, all'esame obiettivo, il soggetto anoressico appare con ipotonia, bradicardia, lanugo (una sorta di pelo sottile che ricopre il corpo e che si sviluppa come reazione all'ipotermia derivata dalla scarsa nutrizione), ed emaciazione, cioè una magrezza eccessiva accompagnata da un pallore quasi cadaverico. Per tutte queste caratteristiche, si può dire che la depressione è un disturbo molto frequentemente riscontrato in pazienti con anoressia: può accadere, infatti, che i soggetti cerchino aiuto per il sintomo depressivo prima che per quello alimentare¹².

Di conseguenza, si possono riassumere i criteri diagnostici previsti dal DSM-5 in:

- restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità che porta ad un peso corporeo significativamente basso;
- intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure presenza di un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso anche se già significativamente basso;
- alterazione del modo in cui vengono vissuti dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, elementi che influenzano eccessivamente i livelli di autostima.

È poi necessario specificare se si tratta di:

1. anoressia con restrizioni: identifica il fatto che negli ultimi 3 mesi l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (esempio: vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi o farmaci diuretici). Qui la perdita di peso, dunque, è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva;
2. anoressia con abbuffate/condotte di eliminazione: è la forma in cui il soggetto, durante gli ultimi 3 mesi, ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione;
3. anoressia in remissione parziale: successivamente alla piena soddisfazione di tutti i criteri per l'anoressia nervosa, il primo elemento, ovvero il basso peso corporeo, non è più soddisfatto per un considerevole periodo di tempo, ma sia il fatto di avere un'intensa paura di aumentare di peso che l'alterazione della percezione del proprio peso e della propria forma corporea sono ancora soddisfatti;
4. anoressia in remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione di tutti i criteri per l'anoressia nervosa, non ne è più soddisfatto nessuno per un considerevole periodo di tempo.

¹² Federazione Italiana Disturbi Alimentari. <https://www.fidadisturbialimentari.com/>

Un criterio diagnostico incluso nel DSM-IV, ma poi eliminato nel DSM-5, riguardava l'amenorrea: quest'ultima è stata esclusa dal momento che può occorrere sicuramente in tempi precoci, ma a volte può essere anche tardiva, oppure, grazie alla pillola anticoncezionale, il ciclo ormonale e gli estrogeni rimangono comunque regolati;

il criterio dell'amenorrea è stato rimosso anche per un motivo di genere, cioè per non escludere dalla diagnosi i ragazzi. Si può inoltre stabilire un diverso livello di gravità del disturbo anoressico sulla base dell'indice di massa corporea (BMI o IMC) riscontrato, oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC: fino ad un valore di 17 Kg/m^2 si considera la situazione di anoressia nervosa come lieve, la quale invece diventa poi moderata, grave o estrema quando l'indice scende al di sotto dei 15 Kg/m^2 ;

un valore di 14-15 di massa corporea viene considerato come il limite che richiede l'ospedalizzazione. Molto importante, comunque, è la valutazione di come si arriva a certi indici di massa corporea dal momento che un dimagrimento lento permette al corpo di adattarsi meglio a certi livelli, anche bassi, di BMI e quindi di essere meno in sofferenza rispetto ad un altro corpo che, pur avendo valori più alti, è andato incontro a restrizioni importanti ed improvvise.

Si può riassumere dunque la gravità attuale in:

- lieve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$;
- moderata: $\text{IMC} 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$;
- grave: $\text{IMC} 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$;
- estrema: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$.

Sebbene le cause del disturbo dell'anoressia nervosa non siano del tutto note, si possono identificare dei fattori di rischio individuali:

- presenza di un disturbo dell'alimentazione in uno dei genitori;
- problemi relazionali con la famiglia, esperienze di abusi sessuali, derisione per il peso o la forma del corpo;
- caratteristiche individuali come bassa autostima, tendenza al perfezionismo¹³.

Infine, per quanto concerne l'evoluzione e gli esiti dell'anoressia nervosa, si può dire che essi sono estremamente variabili: in alcuni casi, infatti, ad un episodio di anoressia fa seguito una completa remissione, in altri si alternano fasi di remissione con altre di riacutizzazione, o, ancora, si può andare incontro ad un'evoluzione cronica, con progressivo deterioramento nel corso degli anni.

¹³ www.ipsico.it/sintomi-cura/anoressia-nervosa/

Tra i soggetti ricoverati presso strutture universitarie, la mortalità a lungo termine per anoressia nervosa è maggiore del 10%. Il decesso si verifica in genere in rapporto alla denutrizione, agli squilibri elettrolitici e al suicidio.¹⁴

BULIMIA NERVOSA

Il termine bulimia nervosa identifica ricorrenti episodi di abbuffate caratterizzati da entrambi i seguenti aspetti:

1. mangiare, in un determinato periodo di tempo (esempio: un paio d'ore), una quantità ingente di cibo e significativamente superiore a quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
2. sensazione di perdita del controllo durante l'episodio e di non riuscire più a smettere di mangiare (il soggetto, infatti, si ferma quando raggiunge uno stato di pienezza tale da generare malessere che non gli permette più di ingerire nulla, oppure quando viene interrotto da un individuo terzo che lo sorprende durante l'abbuffata).

L'abbuffata di solito si consuma in solitudine perché genera talmente tanta vergogna da sfociare addirittura in sensi di colpa: proprio questi ultimi portano all'alternanza tra situazioni di restrizione alimentare e la caduta nell'impulso di mangiare grandi quantità di alimenti.

Per prevenire l'aumento di peso, essendo che anche qui i livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo, sono messe in atto ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie come vomito autoindotto, abuso di diuretici, lassativi o altri farmaci, digiuno o pratica di attività fisica eccessiva.

I criteri elencati nel DSM-5 necessari per la diagnosi, dunque, prevedono:

- ricorrenti episodi di abbuffata;
- ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (esempio: vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici, digiuno o attività fisica eccessivamente intensa);
- le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi;
- i livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo;
- l'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

¹⁴ ibidem

Un criterio che è stato modificato nel DSM-5 rispetto alla versione precedente è quello temporale: se prima si diceva infatti che l'abbuffata dovesse avere una frequenza di 2 episodi alla settimana per almeno 3 mesi oggi basta anche solo un episodio.

È inoltre necessario specificare se si tratta di:

1. bulimia in remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri non sono più stati soddisfatti per un considerevole periodo di tempo;
2. bulimia in remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è più soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

A differenza dell'anoressia nervosa, qui il livello di gravità non si basa sull'indice di massa corporea, bensì sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate e, di conseguenza, si considera la bulimia:

- lieve: si verifica una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- moderata: si verifica una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- grave: si verifica una media di 8-13 condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- estrema: si verifica una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Anoressia e bulimia sono quindi considerabili come due facce della stessa medaglia poiché, sebbene la prima incarna l'ideale della capacità del soggetto di creare un mondo perfetto fatto di relazioni interne ed esterne stabili ed equilibrate, mentre la seconda il cedere alle pulsioni e ai desideri, entrambe sono animate dall'appetito che il soggetto ha di essere amato per quello che è e dalla stessa paura di essere sopraffatto dal desiderio divorante di apparire sempre migliore¹⁵. Spesso color che ne sono affetti non hanno consapevolezza delle loro esperienze emotive, oppure queste ultime possono essere percepite come incontrollabili, intense, dolorose e minacciose per la propria vulnerabilità. La difficoltà ad affrontarle è paradossalmente associata ad un'eccessiva sensibilità per le emozioni degli altri e ad una costante preoccupazione per le loro reazioni.

¹⁵ Vanna Berlincioni. Lezione di psicopatologia speciale sui disturbi del comportamento alimentare.

Questo stato può favorire comportamenti volti ad ingraziarsi gli altri, di cui gelosia, autosvalutazione e vergogna ne sono degli esempi concreti¹⁶.

È proprio per questi ultimi elementi che lo psichiatra Philippe Jeammet afferma che l'anoressia è in realtà una “malattia del paradosso”¹⁷ perché di solito coloro che ne sono affetti tendono a fare il contrario di quello che vorrebbero negando i propri desideri; desiderare vuol dire infatti rischiare di essere sottoposti a critiche, elemento che per loro non è tollerabile.

Da una parte si ritrova poi la sottomissione alle regole imposte dalla società e dalla famiglia, mentre dall'altra la ribellione attraverso l'agito anoressico.

Ancora, il sentimento di vuoto è costitutivo del soggetto, infatti, il soggetto anoressico tende a conservarlo anche se nello stesso tempo aspirerebbe a colmarlo: vuoto e mancanza di desiderio sono infatti le uniche condizioni in cui lui può esistere e con cui si identifica.

Di conseguenza la magrezza viene vista, da un lato, come il segno della propria capacità di resistere e l'unica condizione per essere degni, riconosciuti ed accettati dagli altri, ma, dall'altro lato, come l'unica possibilità per rendersi visibili e contemporaneamente irraggiungibili agli occhi altrui.

BINGE EATING DISORDER (BED)

Il binge eating disorder, o disturbo dell'alimentazione incontrollata, è la condizione in cui si ritrovano, come nel caso precedente, episodi ricorrenti di abbuffate compulsive caratterizzate sia dal mangiare in un periodo circoscritto di tempo una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo e in circostanze simili, sia da un senso di mancanza di controllo durante questi episodi. Ciò che permette la differenziazione dal disturbo della bulimia riguarda il fatto che gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. mangiare molto più rapidamente del normale;
2. mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
3. mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
4. mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
5. sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo le abbuffate.

¹⁶ Manuale Diagnostico Dinamico, seconda edizione (PDM-2). Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams (a cura di). Raffaello Cortina editore. 2008 (p.449-453).

¹⁷ “Anoressia e bulimia: i paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese”. Philippe Jeammet. Edizione italiana a cura di Lenio Rizzo. Le Comete Francoangeli editore, 2011

Di conseguenza, i criteri diagnostici che il DSM-5 riporta per il disturbo da binge-eating sono:

- episodi ricorrenti di abbuffate compulsive;
- gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati ai tre (o più) sintomi sopra riportati;
- è presente un disagio marcato rispetto alle abbuffate;
- il comportamento alimentare incontrollato si verifica, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi;
- l'abbuffata non risulta essere associata con la messa in atto di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verifica esclusivamente come conseguenza di anoressia o di bulimia.

Ancora una volta, è poi necessario specificare se si tratta di:

1. binge-eating in remissione parziale: i criteri per la diagnosi sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza degli episodi di abbuffate poi è scesa al di sotto di un episodio a settimana per un considerevole periodo di tempo;
2. binge-eating in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi sono stati soddisfatti in precedenza, ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Anche qui, per quanto riguarda la gravità, viene stabilita in base alla frequenza media degli episodi di abbuffata e dunque si avrà un binge-eating:

- lieve: si verificano da 1 a 3 episodi di abbuffata alla settimana;
- moderato: si verificano da 4 a 7 episodi di abbuffata alla settimana;
- grave: si verificano da 8 a 13 episodi di abbuffata alla settimana;
- estremo: si verificano 14 o più episodi di abbuffata alla settimana.

DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti della vita del soggetto, sono presenti, ma non vengono soddisfatti pienamente tutti i criteri necessari per una diagnosi completa.

La categoria "con altra specificazione" è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri canonici per la diagnosi.

All'interno di questa categoria si ritrovano:

- anoressia nervosa atipica: essa sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa salvo il fatto che, nonostante una significativa perdita ponderale, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità;
- bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata: qui sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi;
- disturbo da binge eating a bassa frequenza e/o di durata limitata: in esso sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge eating a parte il fatto che le abbuffate si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi;
- disturbo da condotta di eliminazione: qui sono presenti ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo in assenza però di abbuffate;
- sindrome da alimentazione notturna (night eating syndrom): è la condizione in cui il soggetto mantiene un comportamento restrittivo per tutta la giornata, ma quando va a dormire si sveglia per la fame e di conseguenza consuma un pasto eccessivo dopo il quale si sente molto deluso e in colpa; inoltre, a causa della fame, l'individuo altera il ciclo del sonno diventando così più irritabile e nervoso.

DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti della vita del soggetto, sono presenti, ma non vengono soddisfatti pienamente tutti i criteri necessari per una diagnosi completa. La categoria "senza specificazione" è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri canonici per la diagnosi oppure comprende le forme del disturbo in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

1.4 Fattori di vulnerabilità

L'eziologia dei disturbi alimentari è multifattoriale, nel senso che si ritrovano elementi individuali (genetici, psicologici e biologici) e collettivi, ovvero aspetti sociali, famigliari e culturali, che si vengono a influenzare tra di loro. Comunque, essi non portano ad ereditare il disturbo in sé, ma piuttosto una vulnerabilità sulla quale agiscono poi, oltre a tali elementi costituzionali, fattori ambientali e relazionali: nella genesi dei disturbi alimentari, infatti, un ruolo essenziale lo rivestono le prime relazioni madre-bambino.

In questo senso, "vulnerabilità" non vuol dire quindi patologia sicura, ma semplicemente una predisposizione che poi, a sua volta, può essere rinforzata da particolari atteggiamenti all'interno della famiglia, come la tendenza al perfezionismo e al successo, l'ipersensibilità alla delusione e alle critiche, una situazione di dipendenza dal giudizio degli altri oppure la promozione di una cattiva immagine del soggetto.

Si possono suddividere i fattori scatenanti in:

- fattori collettivi (familiari, sociali, culturali): come si può intuire, i più importanti e significativi sono quelli familiari, mentre quelli sociali e culturali fanno riferimento a tutte le pressioni che la società e la cultura esercitano sull'individuo, sul suo aspetto e sul suo essere. A questo punto si possono analizzare quelle che, secondo Minuchin, erano le caratteristiche tipiche della famiglia con un figlio con disturbi del comportamento alimentare (attualmente dalle ricerche non emergono dati sostanziali a supporto del modello delle famiglie psicosomatiche); esse comprendevano:
 - invischiamento: identifica un'estrema prossimità ed intensità delle transazioni famigliari per cui non c'è privacy tra i componenti del nucleo, si verifica una scarsa differenziazione a livello individuale, si ritiene che tutti debbano andare d'accordo, essere perfetti, stare sempre insieme, mentre le tensioni negative devono essere tenute fuori;
 - iperprotettività: l'ipersensibilità al malessere fa sì che si cerchino sempre risposte di protezione e interdipendenza senza la possibilità di affermarsi al di fuori del contesto famigliare. Si ritrova per questo il ritardo dello sviluppo dell'autonomia;
 - rigidità dei ruoli famigliari: tutto deve rimanere vincolato al controllo e ciò causa anche vulnerabilità agli avvenimenti esterni;
 - evitamento del conflitto: come detto precedentemente, i problemi vengono lasciati irrisolti poiché non affrontati;

- coinvolgimento del paziente in un conflitto tra i genitori: questo può assumere diverse caratteristiche perché il figlio può essere strumentalizzato affinché si allei con un genitore o con l'altro (fenomeno della triangolazione), oppure può diventare il capro espiatorio su cui si concentrano tutte le motivazioni dei litigi familiari (fenomeno della digressione). Conseguenti sono gli atteggiamenti espulsivi da parte della famiglia. Con più precisione, in riferimento a tale discorso, si può parlare di tre tipologie di figlio in una famiglia in cui è presente un disturbo del comportamento alimentare: figlio-collante, figlio-burattino e figlio-manager.

Il primo è colui per cui la coppia genitoriale è ancora unita dal momento che vuole evitare ulteriori scompensi oltre al DCA; in realtà questa condizione fa sì che il ragazzo si senta responsabile della sopravvivenza della famiglia. La seconda tipologia, ovvero il figlio-burattino, è tipica delle famiglie in cui manca la figura paterna e di conseguenza il giovane diventa l'unico "contenitore" dell'affetto e delle preoccupazioni esagerate materne. Infine, il figlio-manager è il ragazzo "perfetto" che incarna tutte le aspettative genitoriali con il solo fine di compiacerli;

- alessitimia: è tipica di queste famiglie e identifica la difficoltà nel riconoscimento delle emozioni e nella comunicazione di queste ultime che si accompagna alla povertà della vita di fantasia e ad uno stile di pensiero orientato alla concretezza. Nasce anch'essa da un'insicurezza del legame di attaccamento;

- fattori individuali (genetici, biologici, psicologici): per quanto riguarda i fattori genetici, si può dire che esiste un maggior rischio di sviluppare il disturbo tra parenti biologici di primo grado di individui con questa psicopatologia già diagnosticata, oltre che con fattori genetici legati al disturbo bipolare e a quello depressivo maggiore soprattutto nella figura materna.

Bisogna comunque ricordare che non esiste una trasmissione ereditaria del disturbo, perché i fattori che decretano la sensibilità dipendono da numerosi geni, ma è meglio parlare di vulnerabilità.

I fattori biologici, strettamente legati a quelli psicologici, comprendono invece squilibri neurotrasmettitoriali, soprattutto a livello di serotonina, noradrenalina e dopamina, che sono responsabili anche della comparsa della sfumatura depressiva dell'anoressia mentale. In riferimento a questi argomenti, si può ricordare lo studio sui pazienti del centro cinico per i disturbi alimentari "La cura del girasole" di Roma: in esso sono state confrontate le attività delle connessioni nervose nel cervello di 15 adolescenti sane con quelle di 15 coetanee con anoressia nervosa restrittiva sviluppata da meno di 6 mesi.

Da ciò è emerso un'alterazione del giro occipitale superiore, il quale risulta essere coinvolto nel riconoscimento del proprio corpo e dei suoi movimenti allo specchio. in caso di presenza di DCA. Queste anomalie spiegherebbero perché le pazienti hanno un'alterata percezione del corpo e non sono in grado di valutare le reali forme corporee anche quando esse sono frutto di un grave stato di denutrizione.

Si può dire, in conclusione, che il cervello colpito da anoressia fatica ad avvertire le reali condizioni del corpo, infatti cala l'attività nelle aree che integrano percezioni ed emozioni¹⁸.

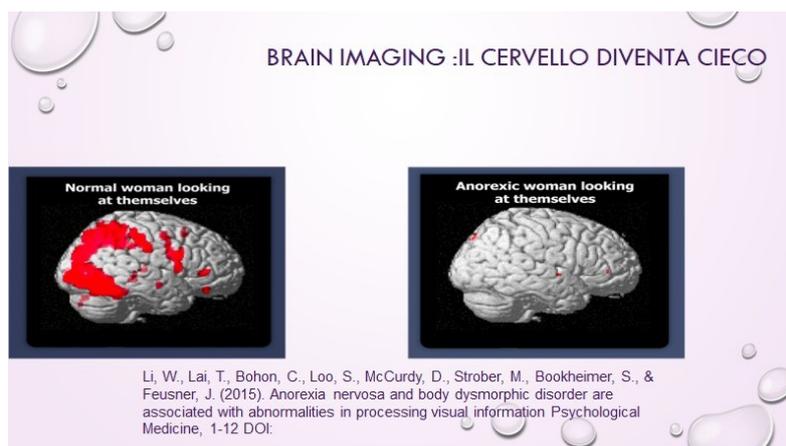


Immagine tratta dal blog di Stefania Lanaro in www.stefanialanaro.com

Tutti i fattori che giocano un ruolo importante nella presentazione dei disturbi del comportamento alimentare possono essere riassunti nella teoria per la quale tale problematica originerebbe dall'interazione tra:

1. fattori predisponenti (o di vulnerabilità): comprendono i fattori individuali, famigliari e socioculturali. Tra di essi, i più importanti risultano essere: il sesso (con prevalenza di quello femminile), l'età (nella maggior parte dei casi, infatti, i disturbi alimentari si sviluppano nell'adolescenza), la presenza di tratti ossessivi di personalità, il perfezionismo patologico e una bassa autostima. I fattori predisponenti famigliari sono quelli trattati in precedenza, ovvero l'intrusività, l'eccessivo controllo, l'alessitimia e la rigidità. Infine, in riferimento alle caratteristiche socioculturali, si ritrova l'etnia: secondo uno studio condotto da Abrams e Stormer nel 2002, infatti, i disturbi alimentari sembrerebbero essere più diffusi tra i nativi americani, nelle popolazioni caucasiche e latine, mentre nelle culture asiatiche e afroamericane l'incidenza è di gran lunga inferiore.

¹⁸ "Anoressia, il cervello diventa sordo al grido del corpo". In www.stefanialanaro.com

Non si dimentichi poi il ruolo fondamentale che i mass-media hanno nella genesi di questo disturbo, così come il rapporto che l'individuo instaura con i pari poiché spesso i giovani imparano dai coetanei l'importanza dell'apparire e dell'essere magri;

2. fattori scatenanti: l'intraprendere una dieta sembra essere un fattore scatenante molto forte per l'avvento dei disturbi del comportamento alimentare, così come affrontare i cambiamenti fisici legati alla pubertà, in particolare per le ragazze. Inoltre, si possono considerare life-events stressanti come, ad esempio, la ricerca dell'autonomia dalla famiglia, la rottura di un rapporto amicale o d'amore, o, più estreme, storie di abusi o traumi. Questi elementi, uniti ad una vulnerabilità di fondo già presente, potrebbero portare il soggetto a concentrarsi sul peso e sul cibo come tentativo di recuperare il controllo perso;
3. fattori di mantenimento: come dimostrato da una ricerca condotta nel 1995 da McManus e Waller, i soggetti affetti da anoressia e bulimia nervose imparano a gestire le problematiche emotive/affettive attraverso il cibo con conseguenti possibili condotte compensative inappropriate¹⁹.

1.5 I nuovi DCA

“La tavola è uno dei piaceri fondamentali dell'uomo civilizzato moderno. La specie umana è fatta per godersi questi piaceri, ma noi vogliamo farlo in un modo più salutare”, afferma il cardiologo Jeremiah Stamler. Credo che questa frase possa essere emblematica se si considera il rapporto che l'uomo moderno ha instaurato con il cibo e i pasti: essi non sono più infatti solo deputati alla nutrizione, ma diventano anche un momento per relazionarsi con gli altri e per condividere, ma, aspetto di fondamentale importanza, cercando di farlo in modo “sempre più salutare”. Se si pensa alla cultura attuale si noterà facilmente come non basti più la classica “dieta mediterranea”, ma le attenzioni poste nei confronti degli alimenti e delle loro caratteristiche nutrizionali sono sempre più variegata e rispondenti alle nuove esigenze di bellezza, di magrezza e di ideale corporeo.

Un esempio su tutti in tal senso può essere la pratica del vegetarianismo: per definizione, un vegetariano è colui che esclude dalla sua dieta tutti, o parte, degli alimenti di origine animale per compensarli con cibi di origine vegetale. Questa scelta può avere motivazioni etiche, ambientalistiche, religiose o salutiste.

¹⁹ <https://www.stateofmind.it/2016/05/fattori-rischio-mantenimento-disturbi-alimentari/>

La pratica vegetariana moderna prevede poi diversi sottotipi di credenza culinaria:

- latte-ovo-vegetarianismo: prevede l'eliminazione dalla dieta di qualsiasi alimento derivato dall'uccisione diretta di animali, ma ammette la presenza dei prodotti del bestiame stesso (formaggi, latte, uova, miele, yogurt, ecc...);
- ovo-vegetarianismo: essa prevede che il soggetto non assuma latticini, mentre le uova sono accettate, preferibilmente se provenienti da allevamenti di terra;
- latte-vegetarianismo: a differenza della classificazione precedente, vengono escluse dalla dieta le uova, mentre il consumo di latte e latticini è permesso. È un modello diffuso soprattutto in Asia e India e risponde al principio religioso e morale della non violenza nei confronti di tutti gli esseri viventi;
- veganismo: è una forma di vegetarianismo più restrittiva dal momento che, oltre ad escludere gli alimenti di origine animale, esclude anche qualsiasi loro derivato;
- crudismo vegano: è uno stile alimentare che prevede esclusivamente l'utilizzo di cibi vegetali non cotti. Questo modello ammette frutta, verdura, cereali, legumi germogliati, noci e semi, mentre parallelamente esiste anche il crudismo non vegano, il quale, partendo dalle stesse regole di fondo, utilizza anche latticini non pastorizzati e perfino carne e pesce rigorosamente crudi;
- fruttarismo: è una pratica alimentare che prevede soltanto il consumo di frutta e ortaggi contenenti semi (esempio: pomodoro), mentre esclude tutte le altre parti della pianta. Questo perché si basa sull'ideale che le piante, in quanto esseri viventi al pari degli animali, non vadano in alcun modo danneggiate o sfruttate.

Un altro esempio che si può riportare è quello della "Paleo dieta", ideata dallo scienziato americano Loren Cordain, la quale propone un regime alimentare ispirato agli uomini primitivi: sono ammessi, di conseguenza, bacche e frutta, vegetali, carne (di animali abbattuti con la caccia) e pesce (pescato); un elemento cardine della proposta è l'assenza quasi totale di cereali, farine raffinate o dolci. Tutto ciò viene promosso anche se, in realtà, l'idea che questa fosse la dieta primitiva è solo un'ipotesi.

L'elemento di criticità più forte è che non ci sono evidenze scientifiche sul fatto che una dieta iperproteica possa avere dei benefici sull'organismo umano ed è per questo che il Consiglio dei biologici afferma: "È vero che sono stati ottenuti dei risultati positivi seguendo la dieta paleo, ma si tratta di dati da interpretare con cautela perché gli studi scientifici sull'argomento hanno delle casistiche ed una durata limitata e sono molto eterogenei.

In ogni caso, non essendo ancora evidente che la dieta paleolitica possa garantire una vita lunga ed in salute sarebbe meglio non mangiare come gli uomini delle caverne²⁰. Un altro esempio che si potrebbe fare, tanto per citarne alcuni, potrebbe essere la dieta del digiuno intermittente: essa consiste nel digiunare per 16 ore, mangiando poi nelle rimanenti 8 e saltando così la colazione o la cena.

Il principio cardine del digiuno intermittente è quello di creare una "finestra di digiuno" con durata tale da incidere sul bilancio calorico complessivo e sul metabolismo ormonale per favorire il dimagrimento²¹.

Da questa carrellata veloce, e sicuramente non esaustiva, di nuove pratiche alimentari si può capire come il rapporto dell'uomo con il cibo sia cambiato e di conseguenza non si può che ipotizzare che, negli ultimi tempi, anche i disturbi del comportamento alimentare si siano adattati a tali novità.

Se ne possono analizzare i principali.

ORTORESSIA

Il termine "ortoressia" è stato coniato nel 1998 e identifica la pratica alimentare caratterizzata dall'ossessione per un'alimentazione salutare: è indubbio che il "mangiar sano" non sia annoverabile tra le problematiche alimentari, ma qui quello che fa sì che si cada nel disturbo è proprio questa attenzione estrema, questa ossessione, che arriva a danneggiare benessere e relazioni sociali.

Molti studi hanno infatti dimostrato che molte persone con ortoressia abbiano anche un disturbo ossessivo-compulsivo associato. Essendo un disturbo nuovo, risulta essere ancora privo di criteri diagnostici formali ed è per questo che ottenere una stima della sua prevalenza è un lavoro tutt'altro che agile. Comunque, è possibile individuare dei segnali d'allarme come il controllo compulsivo delle liste degli ingredienti e dei valori nutrizionali, l'eliminazione di un numero sempre crescente di gruppi di alimenti (esempio: carne, latticini, zucchero, ecc), l'incapacità di mangiare gli alimenti "non sani", l'ossessione nei confronti di cosa cucinare di sano ai prossimi pasti, soprattutto se presenti ospiti, e il mostrare visibile sofferenza quando non sono disponibili gli alimenti "sani".

La stima di sé e dell'altro sono dunque condizionate da ciò che viene assunto durante i pasti e da quanto esso risulta essere salutare, di conseguenza non sono rari problemi nella sfera delle relazioni sociali

È una patologia prevalentemente maschile e si stima che in Italia siano circa 300.000 le persone affette; il numero sembrerebbe essere, anno dopo anno, in aumento.

²⁰ <https://ilfattoalimentare.it/dieta-paleo-ordine-biologi-nutrizionisti.html>

²¹ <https://www.my-personaltrainer.it/alimentazione/digiuno-intermittente.html>

BIGORESSIA

Detta anche “vigoressia” o “anoressia inversa”, la bigoressia è un disturbo che colpisce maggiormente il genere maschile e che è legato all’immagine corporea, in particolare alla consistenza dei propri muscoli. Il pensiero di fondo riguarda il fatto che non importa quanto duramente una persona si allena poiché il corpo non sarà mai a sufficienza muscoloso (una sorta di delirio di gracilità).

A ciò viene associato un regime alimentare maniacale e iper-controllato e, cosa ancor più grave ma diffusa, l’uso di steroidi anabolizzanti. Queste persone hanno pochissime, se non nessuna, relazioni al di fuori della palestra dato che dedicano ogni momento all’allenamento, senza concedersi alcuna distrazione. In caso di “sgarro” della dieta, questo viene percepito come un fallimento ed è accompagnato da un fortissimo senso di colpa che porterà il soggetto ad ore di esercizio fisico per poter recuperare la condizione fisica percepita come ormai rovinata definitivamente.

DRUNKORESSIA

Chi soffre di drunkoressia limita o azzerava completamente l’assunzione di cibo e di calorie al fine di assumere con meno preoccupazioni legate al peso l’alcool: questi soggetti sono infatti convinti che la stessa quota calorica vada bene per il corpo sia che derivi da cibi sia che provenga dall’alcool. L’alcool diventa uno strumento per integrarsi socialmente, per non avvertire il senso della fame e, in alcuni casi, anche per indurre più facilmente il vomito²².

Si potrebbe quindi parlare della drunkoressia come di un’anoressia con uno smodato consumo di alcolici. Questa associazione fra abuso di alcool e DCA è sempre più diffusa nel mondo: uno studio condotto 2001 ha stimato infatti che circa il 30-35% delle persone affette da bulimia abusa di alcool e che lo fa anche il 12-18% delle persone con anoressia.

Inoltre, come nell’anoressia nervosa, oltre a limitare la quantità di cibo assunto, dopo l’abbuffata alcolica si pratica esercizio fisico eccessivo per poter rimediare alle calorie assunte.

PREGORESSIA

Il termine deriva dalla fusione di due parole inglesi, ovvero “pregnant” e “anorexic” e identifica un problema alimentare che affligge tantissime donne in gravidanza, specie nei paesi anglosassoni. Esso fa riferimento ad una forma di anoressia che, naturalmente, può causare ingenti danni anche al bambino. Ciò che caratterizza maggiormente la pregoressia e la differenzia dagli altri disturbi dell’alimentazione è dunque il momento di esordio: la gravidanza, momento per una donna di crisi, riflessione e profonda trasformazione.

²² <https://www.ipsico.it/news/moderni-disturbi-alimentazione/>

Nonostante, ancora una volta, la ricerca sull'incidenza di tale disturbo sia limitata, alcune stime indicano che esso possa riguardare tra il 5 e l'8% delle donne durante la gravidanza²³.

Si possono individuare, inoltre, alcuni segni che devono destare sospetti come, ad esempio, intensa paura di ingrassare durante la gravidanza, ansia o riluttanza sviluppata nei confronti del cibo, preoccupazione eccessiva per la sensazione di gonfiore, esercizio fisico eccessivo e presenza di livelli di elettroliti anormali.

CHEWING AND SPITTING

Il termine inglese “chewing and spitting” si riferisce in italiano al “mangiare e sputare”: in altre parole, chi ne è affetto, è solito masticare il cibo per poterne godere del gusto senza però ingoiare nulla. In tal modo l'individuo si convince di poter controllare l'assunzione calorica e anche il peso.

In realtà, al contrario, prima di sputare gli zuccheri vengono comunque ingeriti e dunque, se non si controlla questo comportamento compulsivo, si potrebbe cadere addirittura nel rischio di ingrassare.

DIABULIMIA

Il termine è stato coniato in riferimento alle persone giovani affette da diabete di tipo 1, insulino-dipendente, (infatti il nome deriva da “diabete” più “bulimia”) e fa riferimento proprio alla somministrazione libera e spesso insufficiente di insulina al solo scopo di controllare l'aumento ponderale. Inutile dire, però, come la mancata assunzione del medicinale, in realtà, ponga le persone in un grave rischio di complicanze fisiche causate proprio dal diabete di tipo 1.

1.6 La terapia e la presa in carico di un paziente con DCA

Per quanto riguarda i criteri per il ricovero ospedaliero, partendo dal fatto che esso non è la cura ma viene riservato ai soggetti con un disturbo maggiore (o, in alcuni casi, può essere anche utile perché permette un allontanamento dalla famiglia), essi fanno riferimento in primo luogo alla valutazione delle condizioni fisiche e alla presenza di un valore di BMI (o IMC) inferiore ai 15 Kg/m², sempre considerando anche la tempistica con cui il peso è andato calando. In seguito alla valutazione delle condizioni prettamente fisiche si passa alla valutazione psichica, in modo da impostare l'eventuale terapia farmacologica corretta e associare anche le terapie psicologiche, cognitive-comportamentali o di psicoeducazione familiare più adeguate al caso.

²³ <https://melaniaromanelli.com/nuovi-disturbi-alimentari-sintomi-e-significato/>

Quindi, il ricovero di solito può essere:

- ricovero ordinario: dura 2-3 settimane e in esso si cerca di stabilizzare i parametri medici, ristabilizzare lo stato di salute della ragazza e valutarne gli aspetti psico-diagnostici per eventualmente introdurre una terapia farmacologica e impostare il progetto terapeutico-riabilitativo;
- ricovero riabilitativo: è sempre un ricovero ospedaliero che dura circa un mese finalizzato a mettere in atto un lavoro terapeutico-riabilitativo intensivo in un ambiente protetto che permetta al paziente di esprimersi in totale libertà e sicurezza. L'obiettivo è un viraggio dal punto di vista comportamentale;
- day hospital riabilitativo: è il seguito del ricovero riabilitativo per il quale il soggetto per una o due volte a settimana continua il lavoro iniziato durante il ricovero recandosi in ospedale.
- terapia ambulatoriale: è la parte finale del processo terapeutico.

Al momento del ricovero, di qualsiasi tipo esso sia, si fa la cosiddetta “messa a punto di regole e permessi”, per cui una parte dell'equipe si dedica al monitoraggio delle condizioni di vita secondo alcune regole (si stabilisce, ad esempio, se il paziente può andare in bagno da solo, se può rimanere non sorvegliato dopo i pasti, se può fare o meno attività fisica, ecc...), vengono poi stabilite le regole per mantenere i contatti con la famiglia, senza portare avanti, nella maggior parte dei casi, un distacco netto: si stabilisce il calendario delle visite, la durata di quest'ultime, i giorni delle telefonate, chi può recarsi in ospedale per le visite, se si può uscire dal reparto e così via.

Le condizioni alimentari e mediche sono controllate dal dietologo, dal dietista, dal nutrizionista e dal pediatra (nel caso dei bambini), mentre la salute mentale è sorvegliata dallo psichiatra, o dal neuropsichiatra infantile, che fa un po' da ponte tra le due equipe, dall'eventuale psicologo psicoterapeuta, dal TeRP, dall'infermiere e dall'OSS (questi ultimi due, seguendo costantemente il soggetto, possono assolvere molto spesso anche la funzione di maternage).

Nell'insieme, tutta l'equipe deve pensare ad un intervento globale, obiettivo che viene controllato anche grazie alla presenza di un eventuale supervisore esterno.

Insieme a tutto ciò, il lavoro parallelo sui genitori risulta essere di fondamentale importanza dal momento che si sa che i disturbi del comportamento alimentare sono una patologia complessa in cui le dinamiche intrafamigliari giocano un ruolo importantissimo. A differenza dell'approccio passato, però, che consisteva nell'allontanamento immediato della famiglia per la presa in carico del soggetto, attualmente si considera un lavoro congiunto: si programmano quindi incontri di coppia genitoriale, ma anche incontri individuali con i singoli membri della famiglia e incontri congiunti unificati tra tutti i membri del nucleo secondo un modello sistemico.

Spesso si ricorre anche all'utilizzo dell'LTP, il quale è un modello che prevede un'osservazione guidata e filmata in cui si dà un compito relazione molto semplice alla famiglia per vedere come il paziente interagisce e se si notano delle dinamiche particolarmente emergenti che possono essere anche considerate e riviste insieme ai genitori (esempio: se un genitore è più impositivo dell'altro, come si esprimono le dinamiche relazionali, come viene usato e percepito il linguaggio non verbale ecc...).

Per quanto riguarda invece i farmaci, bisogna dire che non esiste una "terapia farmacologica per i disturbi del comportamento alimentare" infatti è stato approvato solo un farmaco per la bulimia nervosa, ovvero la flouxetina, il quale è un inibitore della ricaptazione della serotonina, e uno per il binge eating disorder, cioè la lisdexamfetamina, un anfetaminico che in Italia non è disponibile, mentre l'unico farmaco con una relativa evidenza per l'anoressia nervosa è l'olanzapina, la quale sembrerebbe facilitare la ripresa ponderale e agire sugli eventuali aspetti psicotici del pensiero e su quelli depressivi.

Il farmaco, comunque, è da considerare primariamente quando il disturbo alimentare è in comorbidità con altre problematiche psichiatriche, infatti viene usato principalmente per mitigare queste ultime. Infine, la dimissione dal reparto viene programmata quando gli obiettivi di miglioramento di peso, di miglioramento emotivo-comportamentale, soprattutto per la sintomatologia depressiva, e il progetto di presa in carico vengono raggiunti; dopo la dimissione vengono subito concordati appuntamenti di day hospital per poi stabilire una terapia ambulatoriale a lungo termine.

CAPITOLO 2

I DCA nei bambini e nei preadolescenti

*“Sei amato solo dove puoi
mostrarti debole senza
provocare in risposta la
forza”.*
(Theodor Adorno)

Attualmente, oltre al fatto che sono nate nuove forme di DCA figlie di stili alimentari moderni ed emergenti necessità della popolazione, sembrerebbe anche i disturbi dell'alimentazione si diffondano velocemente tra le fasce più giovani della popolazione. Nel 2006 è stata condotta una ricerca da Davies et al. che ha stimato che i disturbi della sfera della nutrizione si presentano con un'incidenza del 25-45% dei bambini con sviluppo normotipico e addirittura in più dell'80% tra quelli che presentano un ritardo dello sviluppo. Alcune ricerche hanno inoltre dimostrato che i disturbi precoci della nutrizione sono spesso associati a disturbi d'ansia, disturbi comportamentali e disturbi conclamati dell'alimentazione nella tarda infanzia e nell'adolescenza. A tal proposito, Marchi e Cohen (1990) sottolineano la correlazione tra alimentazione selettiva nella prima infanzia e anoressia nervosa in adolescenza, mentre pica e difficoltà connesse ai pasti costituirebbero significativi fattori di rischio per lo sviluppo della bulimia nervosa. Sulla stessa linea Kloter (2001) associa comportamenti di rifiuto o avversione verso il cibo con lo sviluppo di disordini alimentari in età adulta. Inoltre, secondo Chatoor (2009) i disturbi alimentari con insorgenza infantile sono connessi anche a deficit nello sviluppo cognitivo, a problemi comportamentali e di ansia²⁴. Lo sviluppo cognitivo può essere compromesso soprattutto perché il cervello dei bambini e degli adolescenti, essendo in un periodo di forte cambiamento strutturale, può essere duramente colpito dalla malnutrizione.

Si capisce quindi che un esordio precoce non solo potrebbe correlarsi ad una continuità nell'ambito dei DCA, ma esso costituirebbe anche un fattore di rischio per la salute psichica in generale.

Tornando alle statistiche, studi ulteriori hanno dimostrato che per l'anoressia nervosa l'età media di insorgenza si è abbassata di circa un anno, tanto è vero che si assiste a diagnosi ancora prima dell'arrivo del menarca in giovani ragazze di addirittura 8-9 anni.

²⁴ “Anoressie contemporanee”. Boursier V., Manna V., Nunziante Cesaro A. FrancoAngeli editore, 2013 (p.159-202)

Anche in età evolutiva, così come nella sfera adulta, sembrerebbe essere più comune un continuum tra anoressia e bulimia piuttosto che la presentazione di forme distinte e indipendenti tra di loro.

In età pediatrica si stima che la prevalenza maschi-femmine sia di circa 1:6, mentre molto spesso la causa scatenante si rileva essere simile a quella della successiva età più adulta: insoddisfazione corporea e desiderio di magrezza, elementi che poi, ancora una volta, si riflettono sul livello di autostima che i soggetti hanno di sé stessi.

Tali aspetti sono stati riscontrati nel 60% dei bambini tra i 5 e gli 8 anni, mentre uno studio della Società italiana di Medicina dell'Adolescenza, risalente al 2010, ha stimato che nella fascia 11-14 anni circa il 17% dei ragazzi segue una dieta restrittiva, spesso autoimposta e non necessaria. I vissuti di vergogna, bassa autostima, bisogno di controllo e di perfezionismo costituiscono quindi il fattore scatenante che fa sì che il cibo diventi spesso un modo per affrontare e gestire le emozioni, oltre ad essere il mezzo attraverso cui manifestare la sofferenza. Grazie al controllo del cibo e del peso, il bambino sente dunque di avere il controllo su sé stesso, sulle sue relazioni e sulla sua vita in generale²⁵.

In generale, si stima che ci siano 8 nuovi casi ogni 100.000 donne in un anno per l'anoressia nervosa, mentre per quanto riguarda gli uomini si riscontra un'incidenza compresa tra 0,02 e 1,4 nuovi casi ogni 100.000 uomini. Se si parla della bulimia nervosa, invece, si riscontrano almeno 12 nuovi casi ogni 100.000 donne all'anno e circa 0,8 nuovi casi ogni 100.000 uomini²⁶.

L'avvento di problematiche alimentari sempre più precoci impegna i professionisti dell'area sanitaria in maniera più diretta a concentrarsi non solo sul comportamento nutrizionale, ma anche sul disagio emotivo sottostante il sintomo e sull'aiuto nella ricerca di un'identità personale che sia forte e solida. Accanto a ciò, anche il sostegno e l'impegno della famiglia nel seguire la terapia e parteciparvi è un elemento imprescindibile per la buona riuscita della stessa.

²⁵ Centro di terapia EMDR. <http://www.emdranoressia.it/index.php/i-dca-in-eta-evolutiva/>

²⁶ <https://www.ospedalebambinogesu.it/dall-anoressia-all-arfid-i-disturbi-alimentari-si-combattono-con-la-diagnosi-precoce>

2.1 Feeding disorders oppure eating disorders?

È indubbio che l'alimentazione, a partire dal neonato, sia il frutto di una complessa interazione tra i meccanismi relazionali di madre e bambino ed è per questo che i moderni sistemi di valutazione tengono conto del peso che tale scambio relazionale assume.

È proprio questa la ragione che ha spinto Bryant-Waugh e Piepenstock a proporre di riferirsi ai DCA infantili come “feeding disorders”, cioè disturbi della nutrizione, piuttosto che “eating disorders”, ovvero disordini dell'alimentazione.

Secondo gli autori, infatti, la definizione “eating disorders”, essendo meglio riferita ad una dimensione individuale, andrebbe riservata a tutti quei soggetti che, grazie alla tappa dello sviluppo da loro raggiunta, sono in grado di provvedere autonomamente alle proprie scelte alimentari²⁷, mentre la prima definizione, ovvero “feeding disorders”, richiama più ad una sfera relazionale, al bisogno di alimentarsi e di essere alimentati. L'idea di fondo è infatti quella che i disturbi alimentari infantili dovrebbero essere considerati all'interno di un ampio contesto che possa tenere conto non solo delle caratteristiche dei bambini, ma anche, se non soprattutto, di quelle di tutta la famiglia. Ad esempio, è stato recentemente dimostrato che lutti nella vita della madre durante i 12 mesi antecedenti al concepimento possono correlare in maniera positiva con l'insorgenza di disordini alimentari in età pediatrica, specie per i maschi. La stessa cosa per ansia e depressione materna durante la gestazione²⁸. Ancora, si può ricordare che la base fondante dell'immagine corporea e della soddisfazione/insoddisfazione nei confronti del proprio corpo derivano dalle relazioni che il bambino instaura con le figure di attaccamento attraverso contatti sensitivi e motori, poiché questi ultimi lo aiutano a distinguere il proprio corpo dagli oggetti esterni presenti nell'ambiente²⁹.

Da questi pochi esempi si capisce come il trattamento non possa prevedere attenzione solo per il bambino, ma debba necessariamente tenere conto del contesto di vita in cui quest'ultimo si inserisce visto che in alcuni casi si ha a che fare con soggetti che hanno dovuto relazionarsi con caregiver in difficoltà nell'accudire i figli o nell'infondere loro sicurezza e affetto.

In generale, comunque, i campanelli d'allarme a cui i genitori dovrebbero prestare attenzione sono:

- il bambino mangia molto lentamente;
- il bambino mette in atto rituali al momento del pasto come sminuzzamento del cibo in piccolissimi pezzi;

²⁷ <https://www.stateofmind.it/2018/12/disturbi-alimentari-infanzia/>

²⁸ Centro di terapia EMDR. <http://www.emdranoressia.it/index.php/i-dca-in-eta-evolutiva/>.

²⁹ “Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza”. Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

- il bambino tende ad assumere molta acqua e ad avere subito bisogno del bagno dopo i pasti;
- il bambino manifesta eccessiva selettività nei confronti del cibo e ne esclude a priori altri;
- frequenti cambiamenti d'umore;
- tendenza all'isolamento;
- iperattività sottoforma di esercizio fisico eccessivo oppure gioco;
- il bambino manifesta sentimenti di colpa e di vergogna durante o dopo i pasti;
- il bambino manifesta ipersensibilità verso le critiche in generale, ma a maggior ragione se rivolte al corpo.

Il disturbo alimentare in età evolutiva, come si può intuire, è solito dunque manifestarsi sottoforma di un generico disinteresse verso gli alimenti, una restrizione della loro assunzione, una loro esclusione a causa di aspetto, colore o odore, una generica dichiarazione di inappetenza o la preoccupazione verso gli effetti negativi che determinate tipologie di cibi potrebbero avere.

2.2 I disturbi alimentari durante l'infanzia e la prima fanciullezza

Nel DSM-5, a causa dell'eliminazione della dicitura “disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza” presente nella precedente edizione del manuale, i disturbi della nutrizione dell'infanzia non trovano più una collazione specifica, ma vengono inseriti nel capitolo ampio dei “disturbi dell'alimentazione e della nutrizione” (si veda capitolo 1.3). Quello che è specificato nel DSM-5 è invece il fatto che maggiormente presenti nell'età infantile risultano essere tre particolari disturbi: la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Ciò che si può aggiungere alla spiegazione precedentemente elaborata di tali disturbi riguarda il fatto che quello evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo ha sostituito ed esteso la diagnosi di “disturbo della nutrizione dell'infanzia” che invece era presente nel DSM-IV; l'evitamento e la restrizione di cibo nel bambino possono dipendere essenzialmente da tre cause primarie:

1. apparente mancanza di interesse verso l'alimentazione;
2. evitamento dei cibi a causa del loro aspetto, colore, odore o sapore;
3. preoccupazioni che il bambino nutre nei confronti dei possibili effetti avversi degli alimenti.

In realtà, diversi autori hanno criticato l'attuale sistema di classificazione dal momento che, oltre a non permettere una categorizzazione a sé stante dei disturbi infantili, sembra suggerire che il problema sia solamente del bambino quando invece, come ribadito anche in precedenza, è spesso tutto il nucleo familiare che deve essere considerato. A sostegno di questo concetto si può ricordare che è stato dimostrato che le caratteristiche del bambino e del suo caregiver influenzano in molti modi il rapporto che viene instaurato con il cibo e il mantenimento di un eventuale disturbo; tra questi fattori si ricordano: il comportamento eccessivamente rigido dei genitori in relazione alla crescita e al tipo di alimentazione del bambino, il mancato riconoscimento degli indizi di fame e di sazietà da parte dei genitori, il comportamento familiare caotico, l'incapacità di offrire al bambino una vasta gamma di alimenti e l'incapacità di fornirgli un contesto alimentare appropriato³⁰.

Se si intende orientarsi nell'universo nosografico dei DCA infantili ritengo che sia interessante anche porre uno sguardo al passato, in particolar modo all'edizione precedente del DSM, il DSM-IV, pubblicato nel 1994. In esso sotto la dicitura "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza" trovano una collocazione specifica anche quelli che vengono definiti "disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza", in cui il manuale propone di distinguere tra:

- disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza: è una categoria diagnostica molto vaga che definisce semplicemente l'incapacità di alimentarsi in maniera adeguata da cui derivano, per almeno un mese, una considerevole perdita di peso, l'impossibilità di aumento di quest'ultimo e concomitanti problemi gastrointestinali o medici in generale. L'età di esordio deve essere precedente ai 6 anni. Gli autori del manuale parlano del bambino affetto da disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza come di un soggetto irritabile, con tendenze all'isolamento, che manifesta sofferenza durante i pasti e, talvolta, con ritardo dello sviluppo.

Queste caratteristiche, così come si legge, potrebbero essere accentuate dalla tipologia di relazione esistente con i genitori, infatti il DSM specifica che è possibile un miglioramento del quadro sintomatico cambiando la persona che si occupa dell'alimentazione del piccolo;

- pica: i criteri diagnostici sono rimasti invariati nel DSM-5 (si veda capitolo 1.3);
- disturbo da ruminazione: i criteri presenti nel DSM-IV sono stati ripresi anche nella versione successiva. Si può specificare il fatto che il disturbo si manifesta in genere tra i 3 e i 12 mesi di età, dopo un periodo di normale funzionamento, e che il rigurgito non deve essere accompagnato da nausea, conati di vomito o disgusto.

³⁰ <https://www.stateofmind.it/2018/12/disturbi-alimentari-infanzia/>

Il bambino che rumina, così come sottolineano gli autori, appare immobile, con lo sguardo perso nel vuoto ed estraniato dal mondo esterno³¹. La risposta del caregiver a tale comportamento potrebbe essere scoraggiamento e allontanamento dal piccolo, aggravando così la problematica.

Di seguito una tabella riassuntiva:

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE DELL'INFANZIA O DELLA PRIMA FANCULLEZZA
1. DISTURBO DELLA NUTRIZIONE DELL'INFANZIA O DELLA PRIMA FANCULLEZZA	<ul style="list-style-type: none"> a. anomalia della nutrizione che si manifesta attraverso una persistente incapacità di alimentarsi adeguatamente co significativa incapacità di aumentare di peso o significativa perdita di peso durante un periodo di almeno un mese; b. l'anomalia non è dovuta ad un'altra condizione medica generale o gastrointestinale; c. l'anomalia non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale o alla mancanza di disponibilità di cibo; d. l'esordio è prima dei sei anni di età.
2. PICA	<ul style="list-style-type: none"> a. persistente ingestione di sostanze non alimentari per un periodo di almeno un mese; b. l'ingestione di tali sostanza è inappropriata rispetto al livello di sviluppo; c. il comportamento non fa parte di una pratica culturalmente accettata; d. se il comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale, è sufficientemente grave da giustificare attenzione clinica.
3. DISTURBO DA RUMINAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> a. ripetuto rigurgito e rimasticazione di cibo per un periodo di almeno un mese dopo un periodo di funzionamento normale; b. il comportamento non è dovuto ad un condizione gastrointestinale associata o ad un'altra condizione medica generale; c. il comportamento non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia o bulimia nervose. Se invece i sintomi di manifestano durante il decorso di ritardo mentale o di un disturbo generalizzato dello sviluppo, sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Tabella tratta da "I disturbi alimentari nell'infanzia". Boursier V., Manna V., Nunziante Cesaro A., 2013

³¹ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders. 4th ed., 1994.

L'ICD-10, invece, distingue solamente tra:

- disturbo della nutrizione dell'infanzia e della fanciullezza: fa riferimento a criteri diagnostici uguali a quelli riportati nel DSM-IV con l'unica eccezione che vengono dichiaratamente esposti due concetti: ci deve essere assenza di altri disturbi mentali o comportamentali (ad eccezione del ritardo mentale) e devono mancare condizioni organiche sufficienti a giustificare l'incapacità di nutrirsi;
- pica dell'infanzia e della fanciullezza: fa riferimento a criteri diagnostici uguali a quelli riportati nel DSM-IV, con l'unica eccezione che viene esposto che: la frequenza dell'ingestione di sostanze non alimentari deve essere di almeno due volte alla settimana e l'età cronologica e mentale del bambino deve essere di almeno due anni. Inoltre, per la diagnosi di pica è necessario che non ci siano altri disturbi mentali e comportamentali (ad eccezione del ritardo mentale).

Come si capisce, i quadri descritti dal DSM-IV e dall'ICD-10 sono essenzialmente sovrapponibili, infatti le uniche differenze che si ritrovano riguardano il fatto che il secondo manuale include il disturbo da ruminazione nel disturbo della nutrizione dell'infanzia e della fanciullezza e, inoltre, esclude la diagnosi di pica in presenza di altri disturbi mentali.

In entrambe le classificazioni, la dimensione relazionale non viene considerata.

Il problema fondamentale di tale categorizzazione è emerso grazie ad uno studio di Williams et al. del 2009 condotto su 234 bambini con DCA: da quest'ultimo è infatti emerso che solo 19 partecipanti ottenevano una diagnosi specifica secondo le categorie proposte dal DSM e dall'ICD³². La diretta conseguenza è che numerosi soggetti non trovano posto nelle categorie diagnostiche, pur presentando una difficoltà legata all'alimentazione.

In conseguenza a tutto ciò sono nate una serie di classificazioni alternative al DSM, le quali, più del classico manuale, cercano di tenere conto anche degli aspetti relazionali e famigliari nella diagnosi.

³² "Anoressie contemporanee". Boursier V., Manna V., Nunziante Cesaro A. FrancoAngeli editore, 2013 (p.159-202)

2.2.1 La prima infanzia: classificazione 0-3 anni

La classificazione 0-3 anni (zero-to-three) propone un sistema utile per la diagnosi dei disturbi dello sviluppo nei bambini più piccoli che ruota attorno a 5 assi, ognuno dei quali si occupa di un'area del funzionamento del bambino:

1. asse I: diagnosi primaria;
2. asse II: classificazione della relazione;
3. asse III: condizioni o disturbi fisici, neurologici, evolutivi e mentali;
4. asse IV: agenti stressanti di natura psico-sociale;
5. asse V: livelli di sviluppo del funzionamento emotivo³³.

I disturbi della nutrizione, secondo gli autori di tale modello, sarebbero da inserire nell'asse I e considerati come una difficoltà del bambino ad imparare regolari pratiche alimentari in relazione a stati fisiologici di fame e sazietà. Nel 2005, poi, la classificazione è andata incontro a revisione grazie al lavoro di Irene Chatoor, la quale inizialmente individuò 4 tipologie di disturbi dell'alimentazione infantile della fascia 0-3 anni, per poi ampliarli, nel 2009, a 6. Essi sono:

- disturbo alimentare dello stato di regolazione: è tipico dei bambini che non riescono a mantenere uno stato di calma durante i pasti o la poppata (per i più piccoli) o per un eccesso di sonnolenza o, al contrario, per iperattività.
Tale difficoltà impedisce anche l'instaurarsi di un corretto rapporto primario con il caregiver, specie la madre, il quale, di conseguenza, manifesta spesso ansia, stanchezza, depressione e comportamenti maladattivi. È un disturbo che potrebbe essere associato a difetti di maturazione funzionale e/o a ritardo cognitivo;
- disturbo alimentare di reciprocità con il caregiver: è la tipologia di problematica più frequentemente riscontrata degli studi della Chatoor che si caratterizza per una mancanza di reciprocità madre-bambino durante il momento del pasto (o della poppata): il piccolo, infatti, non risponde con sorrisi e non manifesta piacere, mentre il genitore, dal canto suo, rifiuta il contatto con il bambino. Spesso si nota che se il bambino viene nutrito da una persona diversa riprende a mangiare, elemento che avvalorava la tesi dell'importanza della relazione primaria madre-figlio;
- anoressia infantile: come l'anoressia nervosa, è un quadro che si caratterizza per il rifiuto ad assumere il corretto introito di cibo, ma ha un'insorgenza precoce (9-18 mesi).

³³ "Anoressie contemporanee". Boursier V., Manna V., Nunziante Cesaro A. FrancoAngeli editore, 2013 (p.159-202).

Si presenta primariamente nel passaggio dall'alimentazione al seno al biberon o comunque alle prime pappe, quasi come se il bambino vivesse questo passaggio come una deprivazione della madre. È possibile che il quadro si associ a gravi disturbi psicomotori durante la crescita;

- avversione selettiva verso il cibo: identifica la tendenza del bambino ad alimentarsi unicamente tramite alcuni cibi, mentre altri vengono rifiutati per via di sapore, odore o consistenza. Come si può intuire, ciò potrebbe causare carenze nutrizionali importanti.

Tale comportamento è giustificato dal fatto che, come ricorda la dottoressa Dalla Ragione, il gusto è il senso che, insieme all'olfatto, si sviluppa subito dopo la nascita per permettere al bambino di discriminare i sapori dolci da quelli amari: a partire da questa capacità, gli alimenti accettati dal gusto del soggetto potranno anche influenzare il gradimento di nuovi sapori.

Infatti, il gusto e l'olfatto sono gli unici due sensi che sono collegati direttamente con l'ippocampo, ovvero il centro della memoria a lungo termine (gli altri tre sensi, invece, vengono elaborati dal talamo)³⁴.

In generale, insorge dopo l'introduzione di un nuovo alimento e caratterizza bambini ipersensibili.

- disturbo alimentare associato a componenti organiche: è una problematica che si presenta in concomitanza con una patologia organica e che potrebbe esserne, anzi, la causa scatenante. Inizialmente la cura medica potrebbe funzionare anche per ristabilire le capacità nutrizionali, ma poi il bambino, provando angoscia, si potrebbe rifiutare ancora una volta di mangiare;
- disturbo alimentare associato a traumi del tratto gastrointestinale (o post traumatic feeding disorder - PTFD): esso si verifica in seguito a traumi specifici del tratto orofaringeo e gastrointestinale; si può dunque individuare con precisione la causa della problematica. Spesso si riconosce nel bambino ansia anticipatoria rispetto al momento del pasto proprio legato all'aspetto traumatico dell'esperienza.

³⁴ “Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza”. Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

2.2.2 La classificazione secondo i criteri “GOS” per gli under 14

L'equipe del Great Ormond Street (GOS) Hospital di Londra si è invece soffermata sulla diagnosi di DCA nei ragazzi di età compresa tra i 7 e i 14 anni, sostenendo la possibilità di una diagnosi di anoressia e bulimia nervosa in epoca prepuberale.

Nello specifico, la classificazione da loro proposta distingue 9 categorie diagnostiche:

- anoressia nervosa: l'ingente perdita di peso che viene considerata un aspetto fondamentale per la diagnosi in età adulta, qui viene sostituita con un mancato aumento ponderale, il quale dovrebbe, invece, essere tipico di questa età di sviluppo. L'aumento di peso è evitato ricorrendo alla pratica dell'esercizio fisico intenso e del vomito autoindotto. Le preoccupazioni relative a peso e forma corporea sono meno frequenti rispetto che negli adulti, ma quando presenti vengono espresse tramite sintomi somatici (dolori addominali, nausea, gonfiori, ecc...), a causa della scarsa capacità che i bambini hanno ad esprimerle. Jeammet nota che alcuni preadolescenti anoressici presentano una grave distorsione della personalità o provengono da uno scenario familiare molto conflittuale³⁵;
- bulimia nervosa: presenta tutte le caratteristiche tipiche che il disturbo assume anche in età adulta ad eccezione del fatto che sembrerebbe che i bambini bulimici ricorrano molto meno frequentemente ad agiti autolesivi diversamente dai più grandi;
- disturbo emotivo di rifiuto del cibo: si potrebbe dire che questo sia un quadro a cavallo tra l'anoressia nervosa e un disturbo affettivo dal momento che vengono soddisfatti i criteri per la prima problematica (in assenza però di preoccupazione eccessiva verso il peso o la forma corporea), insieme ad una quota molto marcata di disturbi dell'umore. I soggetti che ne sono affetti, quindi, riconoscono il loro stato di eventuale sottopeso, ma affermano di non riuscire a mangiare per ragioni varie, spesso legate all'umore;
- alimentazione selettiva: si riferisce ai bambini che limitano i loro cibi ad una gamma molto ristretta a cui si aggiunge, sovente, il rifiuto verso nuovi alimenti. Il soggetto che ne è affetto, diversamente dai casi precedenti, non presenta problematiche di peso, ma viene da sé che tale selettività può portare a problematiche di carenze nutritive importanti;
- disfagia funzionale ed altre fobie connesse all'alimentazione: comprende tutte quelle paure che il bambino può sviluppare nei confronti del cibo che, per la disfagia funzionale, si traducono nella paura di soffocare o vomitare (spesso ciò è causato da effettive esperienze passate traumatiche in questo senso o anche ad esperienze di abuso);

³⁵ Jeammet, 1991.

- rifiuto pervasivo: è una categoria che comprende bambini che si rifiutano completamente di mangiare, bere, parlare e prendersi cura di sé e che, di conseguenza, mettono in grave pericolo la loro vita. Il fatto che si rifiutano di parlare rende poi l'approccio dello specialista particolarmente complicato;
- alimentazione restrittiva: è la categoria che fa riferimento a soggetti che non hanno particolari problemi di peso, ma semplicemente mangiano poco perché non sembrano essere interessati al cibo o non traggono piacere da quest'ultimo;
- rifiuto del cibo: è una condizione meno grave del rifiuto pervasivo, dal momento che il soggetto si rifiuta di mangiare solamente, ad esempio, in particolari situazioni o con persone specifiche. Spesso viene usato per nascondere ansia e angoscia;
- perdita di appetito secondaria ad una depressione: questa categoria non costituisce un disturbo dell'alimentazione a sé stante, ma è importante considerarla (e distinguerla dall'anoressia nervosa) proprio perché si associa alla depressione e di conseguenza necessita di un trattamento adeguato.

2.3 Il rapporto con la famiglia: ... è colpa dei genitori?

La teoria dei sistemi familiari (Bowen 1979 e Hoffman 1985), nata a partire dalla più generale "teoria sistemica", concettualizza la famiglia come un sistema, ovvero come un gruppo di soggetti interconnessi tra di loro, da cui deriva che il comportamento di un individuo può essere compreso solamente in riferimento al contesto familiare di riferimento.

Dunque, tali interazioni, costituiscono una realtà "terza" che non corrisponde alla semplice somma delle parti in gioco, ma risulta essere più forte³⁶.

In particolare, la ricerca sui disturbi del comportamento alimentare in ambito sistemico, iniziata più di cinquanta anni fa con le osservazioni cliniche degli esponenti della scuola di Milano (Boscolo, Cecchin, Selvini Palazzoli), evidenzia come la relazione tra gli aspetti psicopatologici e le dinamiche familiari risulti essere di centrale importanza. Si sa che storicamente le dinamiche familiari negative sono state indicate come elemento fondamentale nello sviluppo, o nel mantenimento del disturbo: si pensi al modello sopracitato della famiglia psicosociale proposto da Minuchin (1978) o al concetto di "madre anoressogena" di Selvini Palazzoli (1985).

³⁶ Tesi di dottorato di ricerca in psicologia dinamica e clinica: "Studio empirico sul funzionamento familiare: indicatori di rischio psicopatologico genitoriale e comunicazione emotiva tra genitori e figlie in famiglie con adolescenti con disturbi del comportamento alimentare". Michela Erriu, 2019.

In particolare, Mara Selvini Palazzoli ha indirizzato l'attenzione della ricerca sugli stili e sulle caratteristiche della coppia genitoriale: l'autrice parla infatti di una madre spesso invadente, ipercritica e intollerante e di un padre sovente assente dal nucleo familiare per cause lavorative. In questo contesto, il paziente svilupperebbe il disturbo come modalità per esprimere il suo disagio in una maniera che risulta essere, però, provocatoria: da un lato, infatti, sancisce il controllo sulla situazione nella disperata ricerca di un'autoaffermazione individuale, ma dall'altro, a causa proprio della sua condizione, conferma la sua dipendenza dalla famiglia e la sua solitudine.

La teoria prende in considerazione anche quelli che sono gli stili comunicativi delle famiglie in questione, affermando che in esse nessuno fa qualcosa perché lo desidera, ma tutto è in funzione del bene e delle esigenze altrui: in questo senso Selvini Palazzoli parla di "matrimonio a tre", proprio per esprimere questo rapporto di interdipendenza reciproca tra tutti i membri del nucleo. Risale a questi stessi anni la teoria della famiglia psicosomatica di Minuchin. Si capisce quindi come in questi primi modelli la famiglia fosse fortemente colpevolizzata poiché ritenuta la causa scatenante del disturbo, mentre studi successivi, più validi dal punto di vista empirico, hanno dimostrato che componenti come il coinvolgimento affettivo, la comunicazione e le dinamiche familiari sono aspetti molto variabili e di conseguenza non possono essere considerati tipici della "famiglia con disturbo del comportamento alimentare", almeno nella totalità dei casi. Ad oggi, infatti, si sa che la genesi dei disturbi del comportamento alimentare è complessa e multifattoriale e dunque non è possibile ritrovarne un'unica causa scatenante. È proprio per questo che, diversamente dal passato, ora non ci si concentra tanto sulle caratteristiche della famiglia per scoprire quelle che potrebbero essere la causa del disagio, bensì si pone l'attenzione sulle risorse del nucleo. Se allora si assume che la famiglia sia un sistema, si può dire che sicuramente il cambiamento di un membro influenza quello degli altri, ma nel senso che, per mantenere l'omeostasi, il nucleo stesso si adatta a tali cambiamenti e ne risponde con le sue risorse. È proprio cambiando il punto di vista relativo alla famiglia che si può cambiare prospettiva terapeutica dal momento che, come detto anche precedentemente, il trattamento di un DCA deve prevedere partecipazione e coinvolgimento del nucleo familiare, in quanto ambiente relazionale primario per il soggetto.

Di conseguenza, si capisce che una struttura rigida della famiglia che presenta un caso di disturbo del comportamento alimentare non è tracciabile in maniera univoca, ma questo non equivale a dire che il comportamento dei caregiver e il modo in cui essi approcciano il bambino al cibo non abbia nessuna importanza e nessuna ripercussione sullo sviluppo successivo.

Numerosi sono stati gli studi in tal senso, tra i quali si può ricordare “Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari durante lo svezzamento di soggetti affetti da DCA” di Sara Forli, Alice Barale e Loretta Pennacchi del 2018³⁷. L’obiettivo dello studio è stato quello di indagare le abitudini e i comportamenti alimentari durante la prima infanzia di soggetti affetti da DCA, con particolare attenzione al periodo dello svezzamento.

L’indagine è stata condotta su due gruppi di ragazze (uno con DCA e un gruppo di controllo) di età compresa tra i 12 e i 24 anni. Dallo studio è emerso che, se non si registrano differenze significative tra il gruppo con DCA e quello di controllo in relazione all’allattamento esclusivo al seno, ai mesi di inizio dello svezzamento e alla riproposta degli alimenti precedentemente rifiutati dal bambino, risulta invece esserci disparità per quanto riguarda la gestione dei pasti. Si sottolinea infatti che comportamenti adottati dai genitori (come il non fare pasti insieme alla famiglia o forzare i figli a mangiare) sono significativamente presenti nei casi con diagnosi di disturbo alimentare³⁸. Le autrici sottolineano che questa ricerca, essendo stata svolta su un campione relativamente piccolo di soggetti, richiederebbe sicuramente ulteriore indagine, ma comunque può rappresentare un valido strumento per la promozione nelle famiglie di una corretta e sana

alimentazione e per incentivare uno svezzamento che sia il più in accordo possibile con le Linee Guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Ancora, si può aggiungere che se si parte dall’assunto che la partecipazione del nucleo familiare deve essere fondamentale per il trattamento di un disturbo del comportamento alimentare e per la sua comprensione, si può ricordare che durante la valutazione iniziale del caso si possono sottoporre dei test non solo al soggetto interessato, ma anche al suo nucleo di riferimento: un esempio è il Parenting Stress Index (PSI). Esso è pensato per l’identificazione precoce di quelle caratteristiche che possono interferire con il normale funzionamento emotivo e comportamentale del bambino. L’idea di fondo è che lo stress genitoriale è frutto di elementi combinati che derivano dal figlio, dal genitore stesso e da una serie di circostanze secondarie al ruolo parentale; il punteggio che si ottiene da ognuno dei 36 item presenti permette di valutare quanto il soggetto tende a far emergere una migliore immagine di sé, minimizzando i fattori di stress, oppure quanto sia aderente alla realtà. Ancora, si può ricordare il Parental Bonding Instrument (PBI), il quale fornisce indicazioni sulla qualità delle relazioni tra figlio, madre e padre.

³⁷ Journal of Biomedical Practitioners in www.ojs.unito.it

³⁸ “Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari durante lo svezzamento di soggetti affetti da DCA”. Sara Forli, Alice Barale e Loretta Pennacchi. 2018

A questo punto si possono analizzare quali sono gli strumenti che i genitori hanno per fronteggiare un esordio di DCA in età infantile: essi, necessariamente adeguati all'età del piccolo, possono prevedere piccoli "compiti a casa" da svolgere insieme ai genitori e che prevedano la presenza di cibo. Tra essi si può ricordare:

- il carrello della spesa: attraverso un disegno il bambino può aggiungere gli alimenti nuovi che di volta in volta assaggia fino ad arrivare ad avere un bel carrello pieno e colorato;
- la "mia" piramide alimentare: attraverso dei ritagli di giornale il bambino viene invitato a mettere alla base gli alimenti che preferisce, mentre verso la cima quelli che piacciono di meno. Di volta in volta i cibi possono essere spostati se si scopre che sono graditi o che non fanno paura;
- cosa e quando?: grazie ai ritagli di giornale si organizzano i vari pasti;
- il menù di casa mia: prevede la creazione di un menù simile a quello del ristorante che può essere arricchito con i piatti assaggiati e gli alimenti nuovi³⁹.

Inoltre, è importante che i genitori coinvolgano il bambino nella spesa.

Laura Dalla Ragione individua anche dei consigli pratici per la famiglia⁴⁰:

- orari e spazi dei pasti devono essere definiti;
- si può coinvolgere il bambino nella preparazione dei pasti e della tavola;
- cercare di condividere il menù con la famiglia;
- alternare alimenti accettati e cibi fobici;
- i genitori devono fungere da esempio per le scelte alimentari;
- non eliminare completamente dalla tavola gli alimenti fobici;
- l'ambiente deve essere rilassato;
- è necessario comprendere le difficoltà del bambino;
- è di fondamentale importanza diminuire l'ansia nei confronti dell'alimentazione del bambino;
- l'atteggiamento non deve essere impositivo;
- la TV deve essere spenta al momento del pasto.

³⁹ "Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza". Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

⁴⁰ "Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza". Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

Ancora, quello che il nucleo familiare può fare riguarda lo stare vicino al figlio accogliendolo nel suo disagio e non solo nel disturbo del comportamento alimentare, mantenere il dialogo aperto e non giudicante, rinforzare la sua autostima per fargli sentire che può farcela, non colpevolizzarsi ma, al contrario, essere una risorsa per aiutarlo, non essere troppo controllante e chiedere aiuto tempestivamente⁴¹.

Un'ultima questione da analizzare riguarda il fatto che, come sottolinea Maria Grazia Giannini, presidentessa dell'associazione il Bucaneve ODV, spesso il cibo viene utilizzato come “punizione” o “ricatto” nei confronti dell'agito del bambino: questa tendenza, in realtà, sarebbe da evitare poiché favorisce l'avvento di quella che viene definita emotional eating, ovvero la pratica che prevede lo sfogo di emozioni o sentimenti percepiti come incontrollabili tramite un'alimentazione eccessiva e spesso mal regolata, che poi, spesso, lascia spazio ai sensi di colpa per aver mangiato troppo.

Sarebbe meglio dunque, come sottolinea lo psicologo Roberto Sacco, usare il dialogo costruttivo che permette ai bambini di essere consolati, il contatto fisico e il gioco⁴².

2.4 Il ruolo delle istituzioni scolastiche

L'associazione ABA (associazione bulimia anoressia) ritiene che la scuola sia un luogo in cui, indubbiamente, i ragazzi intessono relazioni, si confrontano in maniera positiva e negativa con i pari e gli insegnanti: è quindi il primo luogo che permette al bambino di incontrare il contesto sociale al di fuori dalla famiglia. Se si pensa agli esordi sempre più precoci dei disturbi del comportamento alimentare si capisce allora quanto sia importante che le istituzioni scolastiche si affianchino alle famiglie per aiutare i ragazzi a crescere in maniera corretta.

È per questo che ABA riserva un'attenzione peculiare alla prevenzione nelle scuole⁴³. In questo senso si possono ricordare altri due progetti di prevenzione del disturbo attuati all'interno delle scuole, il primo dei quali risulta essere il progetto Foodnet. Quest'ultimo è un intervento a diffusione nazionale che ha lo scopo di entrare nelle classi per dialogare con i bambini della scuola primaria riguarda il loro rapporto con il cibo e le emozioni che ne scaturiscono.

L'aspetto fortemente educativo si ritrova nel fatto che i professionisti invitano i piccoli a riconoscere quali emozioni principali e quali sensazioni fisiche il cibo scatena e ad associarle ad un “luogo” sul corpo.

⁴¹ “Bambini a rischio DCA: cosa può fare il genitore?”. In www.assilbucaneve.it.

⁴² “Non premiate i figli con il cibo, il rischio è un disturbo alimentare”. In www.assilbucaneve.it

⁴³ <https://www.bulimianoressia.it/index.php/a-scuola/>

Il secondo progetto che si può ricordare è quello promosso dalla testata giornalistica “Melarossa” nel 2021: è intitolato “Alimentazione sana” ed è rivolto non solo a prevenire i DCA nei bambini, ma anche l’obesità infantile poiché, proprio come ricorda il giornale, “il sovrappeso in età infantile è un problema mondiale. Si stimano oltre 40 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni in sovrappeso o addirittura persino obesi”⁴⁴.

Tali progetti risultano essere particolarmente utili perché, come ha sottolineato la dottoressa Laura Dalla Ragione nel seminario “Ritorno alla vita” del 2012⁴⁵, i programmi di prevenzione che si svolgono nel gruppo di pari sottoforma di dibattito e/o discussione conducono a risultati migliori rispetto a quelli condotti come lezione o conferenza, poiché questi ultimi producono cambiamenti nella conoscenza piuttosto che nel comportamento.

Molto utile in tal senso è stato il gruppo di ricerca di McVey che ha constatato l’efficacia del programma di supporto tra pari denominato “Girl Talks” (discorsi tra ragazze): è un intervento promosso da infermiere professionali all’interno della scuola basato su 10 incontri per trattare di temi come l’approccio critico agli ideali proposti dai media, l’accettazione del proprio corpo e il controllo del peso. Tale intervento ha contribuito a ridurre l’insoddisfazione corporea e i sintomi bulimici sia a conclusione delle sedute sia a tre mesi di follow-up.

Inoltre, si può ricordare l’approccio di Laura Dalla Ragione, autrice di *“Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell’alimentazione in infanzia e prima adolescenza”*, la quale afferma che vengono svolti dalla sua equipe multidisciplinare interventi strutturati nelle scuole elementari e medie della provincia di Perugia per valutare in che modo il modello di magrezza proposto dalla società odierna influenzi la percezione corporea. A tal proposito, è stato svolto uno studio su 167 bambini di età compresa tra i 10 e i 12 anni basato sulla visione di filmati, slide e fotografie riguardanti le diete squilibrate. È emerso che i bambini parlano con estrema facilità e tranquillità non solo di quello che vedono, ma fanno anche riferimento a ciò che sperimentano a casa con i loro famigliari e il rapporto che questi ultimi instaurano con il cibo. Tali racconti, contrariamente a quanto si possa immaginare, non sono così rari. È quindi diretta conseguenza comprendere l’importanza degli interventi di prevenzione. L’intervento dell’equipe della dottoressa Dalla Ragione ha previsto l’utilizzo del Body Shape Questionnaire (BSQ) utile a valutare il livello di preoccupazione corporea di un gruppo di studenti; il questionario è costituito da 34 item che indagano un arco di tempo di quattro settimane sulla base di sei livelli di gravità.

⁴⁴ <https://melaniaromanelli.com/educazione-alimentare-nella-scuola-prevenzione-contro-i-dca/>

⁴⁵ <https://www.stateofmind.it/wp-content/uploads/2012/06/Ritorno-alla-Vita-comunicato-stampa-approfondito.pdf>

I dati emersi sembrano avvalorare la tesi secondo cui i disturbi del comportamento alimentare avrebbero un'età di esordio sempre più precoce: il 70,8% delle bambine manifesta infatti preoccupazioni relative alle forme corporee, il 10% dei maschi riferisce preoccupazione per il fisico; il 56% delle ragazze (contro il 15% dei ragazzi) afferma di credere di doversi mettere a dieta, al punto di evitare di indossare abiti attillati, mentre le differenze maschi-femmine sembrano ridursi in riferimento alla necessità di fare attività fisica (si ricordi che i DCA nei maschi si esprimono maggiormente come tentativo di rispettare un canone ideale per quanto riguarda la muscolatura). Lo studio conferma l'ipotesi che la pressione sociale alla magrezza determina un aumento dell'insoddisfazione corporea anche nei bambini più piccoli, indipendentemente dal reale stato nutrizionale⁴⁶.

Di conseguenza, i programmi di prevenzione primaria anche all'interno delle scuole si rendono sempre più necessari.

2.5 Il trattamento psicoterapico in caso di esordio di DCA

La letteratura dimostra che gran parte degli autori sono concordi nel ritenere che la psicoterapia nel caso dei disturbi del comportamento alimentare sia uno degli elementi di spicco per la terapia di questi ultimi, seppur debba essere sempre inserita in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale. Naturalmente il trattamento psicoterapico richiede alcuni accorgimenti che si rifanno allo stato di salute fisico e alle condizioni psicopatologiche del paziente dal momento che, ad esempio, in una situazione di acuzie della patologia si sconsiglia di intraprendere una pratica psicoterapica intensiva, ma sarebbe meglio appoggiarsi ad interventi supportivi volti alla ripresa di condizioni fisiche adeguate. Esistono numerose forme di psicoterapia che possono essere applicate ai casi di DCA tanto è vero che non si può sapere con sufficiente evidenza scientifica quale sia il trattamento migliore a causa dello scarso numero di studi condotti e dei pochi campioni esaminati.

In linea generale, però, si possono ritrovare delle indicazioni che la letteratura fornisce: per l'adulto si concorda nel ritenere la terapia cognitivo-comportamentale come la più utile in caso di bulimia nervosa, dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati e nel caso di binge-eating disorder, mentre nei casi di anoressia nervosa sono indicate varie psicoterapie che, oltre a quella cognitivo-comportamentale, comprendono l'approccio psicodinamico e quello familiare.

⁴⁶ "Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza". Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

Per quanto riguarda i disturbi in età evolutiva, invece, l'American Psychiatric Association indica come più adeguata la terapia familiare sia per i casi di anoressia che per quelli di bulimia nervosa, mentre le linee guida NICE (National Institute for Clinical Excellence) raccomandano la terapia familiare per l'anoressia nervosa e la terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa e il BED. Le ricerche sulla psicoterapia psicoanalitica sono invece un numero esiguo.

Se ne possono analizzare a questo punto le principali forme.

L'APPROCCIO FAMILIARE

L'applicazione della terapia familiare ai disturbi del comportamento alimentare prende avvio, come ricordato anche precedentemente, dagli studi di Minuchin e di Selvini Palazzoli. Bisogna però sottolineare che rispetto al primo approccio quello attuale risulta essersi modificato per tre ragioni:

1. il paradigma della famiglia psicosomatica proposto da Minuchin è caduto in disuso;
2. la famiglia non viene vista come colpevole del disturbo, ma viene integrata nel trattamento al fine di poterne sfruttare le risorse;
3. la family based therapy (FBT) risulta essere un approccio ampio che comprende la terapia familiare propriamente detta, il parent management training e i modelli psicoeducativi.

Dunque, mentre la terapia familiare classica aveva come obiettivo quello di modificare le dinamiche familiari disfunzionali e causa della patologia, la moderna pratica terapeutica mira a modificare i comportamenti ormai cristallizzati attorno al disturbo e a coinvolgere la famiglia quale supporto alla terapia stessa.

La forma più utilizzata in questo senso è il modello Maudsley Family Therapy, il quale si articola in tre fasi e copre il periodo di circa un anno⁴⁷. Nella prima fase si aiutano i genitori a trovare strategie efficaci per aiutare il figlio nella ripresa ponderale, nella seconda il centro è l'adolescente che viene indirizzato verso l'apprendimento di comportamenti alimentari adeguati e messi in atto autonomamente, mentre nell'ultima si favorisce la ripresa di una normale vita adolescenziale.

Un'altra forma di trattamento risulta essere la Multiple Family Therapy che affianca il lavoro multifamiliare con quello del singolo nucleo.

⁴⁷ "La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare". A.Gritti. 2019 (p.309-321).

L'APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

L'approccio cognitivo-comportamentale individua il nucleo psicopatologico dell'anoressia e della bulimia nervosa in un'alterazione cognitiva che contribuisce allo sviluppo ed al mantenimento del disturbo stesso⁴⁸. Per quanto riguarda l'anoressia, partendo dal fatto che si sa che il successo della condotta restrittiva fa sì che il soggetto si senta speciale, con un controllo finalmente raggiunto, e si identifichi con il disturbo, l'obiettivo della terapia è quello di sviluppare la motivazione al cambiamento, ristabilire delle corrette abitudini alimentari (e quindi il peso) e modificare le false credenze sulle forme corporee e sul valore attribuito al sé.

Invece, la teoria sulla bulimia nervosa elaborata da Fairburn si basa sulla credenza che la valutazione negativa che i pazienti sviluppano di sé stessi favorisce la restrizione alimentare, ma ciò facilita, diversamente dal caso dell'anoressia nervosa, la perdita di controllo e spesso la caduta nel binge-eating disorder. Si crea così un circolo vizioso che accresce la valutazione negativa che il soggetto ha di sé e da ciò riprende la restrizione alimentare. La terapia cognitivo-comportamentale, di conseguenza, deve concentrarsi sul binge-eating, sui comportamenti restrittivi e sulla valutazione erronea del peso e della forma corporea.

Tale terapia cognitiva-comportamentale è utilizzata anche per la terapia dei DCA infantili: in particolare, una recente review ha affermato che essa, utilizzata come trattamento precoce, permette addirittura di ottenere migliori outcome. Queste tecniche risultano essere particolarmente utili per la disfagia evolutiva e l'alimentazione selettiva. La durata della terapia va da sei mesi ad un anno.

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

L'approccio psicoanalitico ai DCA si basa sulla considerazione del disturbo come riconducibile a difficoltà a livello delle interiorizzazioni precoci e come causato dai cambiamenti puberali e dalle trasformazioni corporee; questi ultimi aspetti farebbero infatti riemergere conflitti passati e problematiche relative al processo dell'individualizzazione. A partire da questa considerazione generale, poi, le psicoterapie psicoanalitiche possono essere distinte in forme brevi e focali, orientate prevalentemente a ristabilire una condotta alimentare adeguata e a placare la crisi adolescenziale, e forme di lunga durata che si concentrano più profondamente sul disturbo.

È un tipo di terapia che, per i suoi tratti caratteristici, risulta essere più adeguato al trattamento di pazienti in tarda adolescenza o adulti.

⁴⁸ "La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare". A.Gritti. 2019 (p.309-321).

2.6 Il lavoro sul corpo

Da quello che è stato detto in precedenza è ovvio che coloro che sono affetti da disturbi del comportamento alimentare utilizzino il corpo come mezzo per esprimere e/o sfogare le proprie tensioni interne. Laura Dalla Ragione, a tal proposito, ha affermato: *“Il corpo è un foglio di carta dove scrivere e comunicare con il mondo, dove ridefinire i confini, dove compattare una identità poco coesa e reintegrare un dolore strisciante”*. Il corpo diventa dunque il palcoscenico su cui le emozioni insostenibili e incontrollabili possono rappresentarsi⁴⁹, un contenitore frammentato di sentimenti, il simbolo della propria storia. Paradossalmente, di conseguenza, diventa ciò che permette alla persona di trovare una propria identità universalmente riconosciuta: di essere, cioè, “l’anoressica”, “la bulimica”, “la malata”.

È per tali ragioni doveroso trattare gli interventi che si focalizzano proprio sul corpo.

2.6.1 La psicomotricità

La tecnica della psicomotricità permette di lavorare sul piano del corpo e del movimento con obiettivi più ampi rispetto alla sola considerazione della perdita di peso e della forma corporea. Essa, infatti, mira allo sviluppo di consapevolezza e accettazione delle proprie caratteristiche fisiche e motorie, all’acquisizione della padronanza di sé e alla scoperta/riscoperta delle proprie potenzialità. Il movimento, inoltre, permette di canalizzare le emozioni per poi riconoscerle e quindi nominarle. Alcuni degli obiettivi di un laboratorio di psicomotricità possono essere, ad esempio, riconoscere i propri limiti e la possibilità di superarli, scaricare le tensioni attraverso l’attività fisica, cambiare i propri modelli posturali e motori, sperimentare le distanze e il contatto altrui e stimolare una nuova gestualità. Come racconta la dottoressa Stefania Lanaro: *“Le proposte sono quelle che nascono dall’ascolto del gruppo, l’indirizzo lo dà la loro storia e il loro qui ed ora, se il desiderio di controllo è molto si comincia con il movimento della ginnastica posturale, asettico e preciso, si osserva e si ascolta, si lavora sulle contratture che lentamente lasciano lo spazio allo sguardo, ognuno dei soggetti sperimenta il proprio limite e cerca di fare qualche passo fuori dalla corazza muscolare che difende e protegge la fragilità”*⁵⁰. Il soggetto racconta quindi non solo con le parole, ma anche con il corpo il suo messaggio, la sua vita, e il setting, preparato dallo psicomotricista, deve garantire sicurezza per la messa in gioco del sé.

⁴⁹ “Incontrare il corpo: psicomotricità e disturbo alimentare”. Stefania Lanaro. Csifra Edizioni.

⁵⁰ “Attività psicomotoria in ambito di salute mentale” in <https://www.stefanialanaro.com/>

L'obiettivo di tutto il lavoro è l'essere consapevoli del proprio corpo attraverso il movimento creativo poiché questo aspetto, a sua volta, rende possibile dire "io sono" nel mondo, nel trascorrere del tempo e nei cambiamenti che la vita propone ogni giorno⁵¹.

2.6.2 L'arteterapia

L'arteterapia è un trattamento terapeutico che utilizza l'espressione artistica come strumento utile per esprimere le proprie emozioni e per comprendere i problemi. Il focus di questa tecnica deve essere l'interpretazione del processo creativo e non dell'opera finale in sé, quale via preferenziale per accedere al mondo interno del soggetto. L'arteterapia risulta essere particolarmente adatta ai casi di disturbo del comportamento alimentare poiché essi, per loro natura, sono particolarmente caratterizzati da meccanismi di scissione, somatizzazione, identificazione proiettiva e dissociazione che rendono arduo il lavoro psicologico individuale attraverso la verbalizzazione⁵². Il lavoro, dunque, è più spontaneo, privo di censure e svincolato dalla paura del giudizio altrui. Si permette in questo modo la comunicazione della conflittualità interna attraverso un canale diverso dal corpo fisico, la limitazione della tendenza al perfezionismo promuovendo invece lo spostamento dell'attenzione al processo creativo e al suo significato, la creazione di un nuovo spazio in cui sperimentare la propria soggettività, nonché l'acquisizione di comportamenti adeguati a rimanere in gruppo.

2.6.2 La terapia dello specchio

La terapia dello specchio (elaborata da Wilson e modificata da Laura Dalla Ragione) prevede una graduale esposizione del soggetto allo specchio al fine di lavorare sull'immagine corporea e sulla sospensione del giudizio a favore dell'abbandono dei meccanismi mentali disfunzionali. Di solito la procedura prevede circa sette sedute individuali in cui il soggetto è posto in piedi di fronte ad uno specchio a tre ante e gli viene chiesto di descrivere quello che vede senza essere giudicante. Le prime sedute vengono svolte con gli indumenti addosso, mentre gradualmente si cerca di scoprire sempre più parti del corpo fino all'ultima seduta in cui il soggetto rimane solo con gli indumenti intimi. È indubbio che sia un'esperienza di forte impatto emotivo per il paziente e dunque il ruolo del terapeuta risulta essere fondamentale per far sì che l'ambiente possa essere percepito come sicuro, non giudicante e pronto ad accogliere sia difficoltà che punti di forza.

⁵¹ "Incontrare il corpo: psicomotricità e disturbo alimentare". Stefania Lanaro. Csifra Edizioni.

⁵² www.nuoveartiterapie.net/arteterapia-disturbi-alimentari/.

SECONDA PARTE:

INDAGINE SPERIMENTALE SUL RAPPORTO TRA LO
STILE ALIMENTARE E I BAMBINI IN ETÀ SCOLARE

CAPITOLO 3

“Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare”

*“Ci preoccupiamo di ciò che
un bambino diventerà domani,
ma ci dimentichiamo che lui è
qualcuno oggi”.*
(Stacia Tauscher)

Come si è avuto modo di trattare nelle pagine precedenti, oggigiorno sembrerebbe che l'età di esordio dei disturbi del comportamento alimentare si sia notevolmente abbassata, elemento a cui bisogna aggiungere anche la consapevolezza che la famiglia non può più essere ritenuta la causa della malattia, bensì deve essere considerata una risorsa importante per far sì che la terapia messa in atto possa considerarsi efficace e globale. È dunque indubbio che non si può più prendere in carico un soggetto affetto da disturbi del comportamento alimentare e cercare di “sradicarlo” dal suo contesto, dalla sua famiglia e dai suoi affetti, ma è necessario tenere in considerazione le sue abitudini, le sue relazioni familiari e amicali, i suoi sentimenti e il suo stile di vita. È da queste considerazioni di fondo che nasce il questionario intitolato “Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare”, proprio a sottolineare come le prime relazioni che il bambino instaura con il cibo e il momento dei pasti possono essere di fondamentale importanza per lo sviluppo del successivo rapporto con gli alimenti; naturalmente tutto ciò non può prescindere dalla considerazione della famiglia, a maggior ragione se si considerano bambini piccoli.

L'altra motivazione madre che ha portato alla nascita di questa indagine risiede nel fatto che è indubbio che l'uomo crea un legame affettivo con il cibo: infatti molto spesso le emozioni vengono espresse o, al contrario, represses grazie all'utilizzo di quest'ultimo, come se il controllo sul cibo permettesse anche di avere il controllo sulla propria vita e sulle proprie emozioni. Cercare di ripristinare il proprio equilibrio emotivo attraverso tali modalità ricorda molto il comportamento dei bambini molto piccoli, i quali, in assenza della parola, trovano nella bocca uno degli strumenti per stabilire il contatto con la figura d'amore, di cura e di nutrimento. È proprio in questo momento che, secondo alcune teorie psicoanalitiche come quelle di Hilde Bruch, un modo eccessivo ed indiscriminato di rispondere alle richieste di attenzione del neonato da parte della madre attraverso il cibo o, al contrario, continue disattenzioni nei confronti delle richieste e delle necessità del figlio

generano confusione e finiscono per creare nel piccolo un forte legame tra emozioni e cibo che poi si perpetua anche negli anni successivi⁵³.

Risulta essere a questo punto ovvio che un'attenzione maggiore, nonché un'informazione adeguata, da parte dei genitori può prevenire l'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare oppure, se essi si sono già incistati, un occhio più allenato permette di richiedere un intervento più tempestivo. Si sa infatti, come accade per tutte le altre patologie, che un intervento precoce può essere determinante per la soluzione positiva del problema: prima si interviene, maggiori sono le probabilità di successo.

3.1 Analisi del questionario

Il questionario da me proposto riporta il titolo "Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare" ed è stato somministrato ai genitori di bambini in età scolare; esso contiene 38 domande concernenti il momento dei pasti e i comportamenti ad essi correlati messi in atto dai figli. Sono state alternate domande a risposta multipla con altre che permettevano invece una riflessione libera da parte del soggetto partecipante. L'ultima domanda faceva poi riferimento all'organizzazione di due incontri educativi online relativi alla tematica del rapporto tra alimentazione e bambini, ma che, a causa della scarsa risposta di interessamento, sono stati sostituiti dal webinar organizzato dall'associazione "Il Bucaneve ODV" dal titolo "Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse".

Nello specifico, dopo le prime tre domande incentrate sul numero dei membri della famiglia, l'età e il sesso dei figli, ne sono seguite altre che si concentravano propriamente sul rapporto che il nucleo, e di conseguenza anche il bambino, instaura con il momento dei pasti. In ordine si ritrova:

1. Quale è la regione in cui la sua famiglia abita?
2. Siete soliti utilizzare una cucina regionale durante la preparazione dei pasti a casa?
3. Durante il periodo scolastico suo figlio assume una regolare colazione?
4. Durante il periodo scolastico il pranzo di suo figlio come è organizzato?
5. Se è presente una mensa a scuola, il menù (seguivano ipotesi sulla compilazione del suddetto in autonomia, con l'aiuto dei genitori o degli insegnanti, oppure se senza possibilità di scelta).
6. Nella preparazione dei pasti a casa (seguivano ipotesi riguardanti la preparazione dei pasti, ovvero se si cerca di seguire un'alimentazione variegata, se si cucina solo quello che piace o che è disponibile in dispensa, ecc..).

⁵³ "DCA: disturbi del comportamento alimentare. Manuale per operatori, insegnanti, genitori". Umberto Nizzoli, Claudio Colli, Chiara Covri. Carocci Faber editore, 2007.

7. Suo figlio porta alimenti a scuola per l'intervallo?
8. Se è stato risposto "sì" alla domanda precedente, indicare alcuni esempi.
9. Sempre se è stato risposto "sì"; suo figlio (seguivano ipotesi riguardanti la consumazione, ovvero se la merenda viene mangiata tutta, solo in parte o non viene assaggiata affatto).
10. Suo figlio per la merenda pomeridiana cosa è solito assumere?
11. Durante il pasto suo figlio mangia (seguivano ipotesi sulla modalità di approccio al cibo, cioè se il bambino mangia una quantità "normale" di cibo in tempi simili agli altri commensali, se mangia troppo velocemente, se invece è troppo lento e mangia poco, oppure ancora se mangia troppo e troppo velocemente).
12. Al momento del pasto suo figlio fatica a stare a tavola?
13. A suo figlio sono mai state fatte osservazioni riguardo il suo peso corporeo?
14. Se sì, suo figlio come ha reagito dopo queste affermazioni?
15. I bambini rimangono a tavola durante un normale pasto settimanale?
16. Suo figlio fatica a mangiare in pubblico?
17. Se è stato risposto "a volte" o "spesso" indicare con quali alimenti (alcuni esempi).
18. L'alimentazione di suo figlio si modifica quando è particolarmente stressato o felice?
19. È importante per suo figlio che il cibo sia preparato in un certo ordine e/o tagliato in un certo modo?
20. Lei preferisce che suo figlio non assuma determinate tipologie di cibo (non si considerino eventuali allergie e/o intolleranze)?
21. Se è stato risposto "sì", indicare quali e perché.
22. Suo figlio si rifiuta di assumere determinate tipologie di alimenti (non si considerino eventuali allergie e/o intolleranze)?
23. Se è stato risposto "sì" alla domanda precedente, indicare alcuni esempi.
24. Sempre se è stato risposto "sì", quale crede che sia l'origine di questo comportamento?
25. Suo figlio ha delle preferenze particolari verso il cibo?
26. Se è stato risposto "sì" alla domanda precedente, indicare alcuni esempi.
27. Se suo figlio decide di non assumere un alimento presente nel piatto come reagisce la famiglia?
28. In famiglia siete soliti ricompensare il bambini tramite del cibo (gelato, un dolce che gli piace, patatine, ecc...)?
29. Vi capita di mandare il bambino a letto senza cena?
30. Se questa modalità viene messa in atto, il bambino come reagisce?

31. Capita che suo figlio assuma o tenti di assumere oggetti o elementi non edibili?
32. Dopo il pasto capita che suo figlio abbia subito bisogno di usare il bagno?
33. La scuola organizza dei corsi sulla corretta alimentazione nei bambini in età scolare?
34. Il momento del pasto che tipo di esperienza è per la vostra famiglia?
35. Se si organizzassero due incontri online di discussione sulla tematica del rapporto tra alimentazione e bambini sarebbe interessato/a a partecipare?

Si capisce come alcune domande prevedessero una risposta basata sulla frequenza (spesso, a volte, raramente, mai), altre una risposta libera, mentre ulteriori ancora prevedessero di scegliere l'opzione più vicina a quella che realmente rispecchia le abitudini familiari.

I temi trattati nei vari item sono stati scelti tenendo in considerazione le principali manifestazioni dei disturbi del comportamento alimentare, i principali comportamenti ad essi associati e le abitudini che la letteratura ha dimostrato essere più facilmente messe in atto. L'aiuto della Dott.ssa Stefania Lanaro è stato di fondamentale importanza per permettermi di calarmi ulteriormente all'interno di questa complessa realtà.

Il questionario è stato creato grazie all'ausilio di Google Moduli e promosso tramite l'uso di piattaforme elettroniche quali WhatsApp, Facebook e Instagram.

3.2 I dati ottenuti

Il questionario, compilato da 91 persone, mostra una prevalenza (60,4%) di partecipanti lombardi, seguiti da un 29,7% di liguri e un 8,8% di veneti, di conseguenza è opportuno sottolineare che, anche solo per distribuzione geografica, non rispecchia tutta la popolazione; per quanto riguarda invece l'età dei figli a cui i compilanti fanno riferimento si ritrova un picco di 18 anni e un minimo di 2 mesi, anche se la maggioranza si colloca nella fascia 5-10 anni, aspetto che risulta essere pienamente in accordo con la dicitura "bambini in età scolare". Il campione è assolutamente omogeneo poiché si rileva un 49,4% di maschi contro il 50,6% di femmine.

Il primo dato che emerge già dalle prime domande è che circa la metà dei partecipanti (49,5%) afferma che i loro figli durante il periodo scolastico sono soliti pranzare nella mensa scolastica e che il menù che quotidianamente viene loro offerto, nella stragrande maggioranza dei casi (95%), non può essere scelto se non per quanto concerne allergie e/o intolleranze; solo l'1,1% dichiara che è compilato dal bambino in autonomia.

Tale dato in linea di massima potrebbe essere interpretato come positivo, in quanto potrebbe far pensare che sia un modo che la scuola usa per affiancare la famiglia in un'educazione alimentare volta sin da subito ad insegnare l'importanza di un'alimentazione ricca e variegata, se non fosse per i dati che emergono successivamente e che fanno riferimento ad abitudini o preferenze alimentari manifestate. Infatti, il 19,8% dei partecipanti afferma che è importante per il figlio che durante il pasto il cibo sia preparato in un certo ordine e/o tagliato con precisione, ma ancora più emblematiche risultano essere alcune risposte alla domanda "suo figlio si rifiuta di assumere determinate tipologie di alimenti?". Come si potrebbe immaginare, la maggior parte delle risposte riguardano il rifiuto nei confronti delle verdure, in particolar modo quelle verdi, della frutta, oppure dei formaggi, ma si ritrovano anche affermazioni come "alimenti che contengono troppi ingredienti mischiati tra di loro" e "tutto il cibo che fa ingrassare". A mio parere quest'ultime risultano essere emblematiche poiché permettono di capire come alcuni bambini non è raro che prestino attenzione, da un lato, alle proprietà degli alimenti, al loro aspetto e alla loro consistenza, mentre dall'altro al loro carattere "dannoso" e alle loro proprietà ingrassanti. I dati naturalmente non permettono di generalizzare, ma potrebbero far pensare, nel primo caso, ad un'avversione selettiva verso il cibo, la quale identifica la tendenza del bambino ad alimentarsi unicamente tramite alcuni alimenti, mentre altri vengono rifiutati per via di sapore, odore o consistenza, e nel secondo caso si ricade in uno degli aspetti che trasversalmente caratterizzano quasi tutti i disturbi del comportamento alimentare. Un'indagine più accurata e più ampia potrebbe risultare interessante in tal senso.

Si può aggiungere anche che il 10,7% dei genitori afferma che il rifiuto è stato manifestato di recente (aspetto che potrebbe essere interpretato come un campanello d'allarme dopo un'analisi delle cause profonde), mentre il 26,8% che è presente fin dall'infanzia anche se il bambino non è mai stato effettivamente invitato ad assaggiare il cibo. Ciò è concorde, almeno in linea generale, con quanto affermato in riferimento alla reazione della famiglia al rifiuto: seppur la percentuale diminuisca, si ritrova infatti un 16,5% dei partecipanti che lascia che il bambino non assuma l'alimento, mentre una percentuale molto più esigua (2,2%) ammette che si arrabbia e il 3,3% obbliga il bambino a mangiare quello che rimane nel piatto. Un altro aspetto che stride con la rigidità del menù scolastico e che non permette di considerarlo, almeno a mio avviso, uno strumento adeguato ad insegnare la corretta alimentazione è ciò che emerge dalla domanda "durante il pasto suo figlio mangia...", di cui sono risultate interessanti quasi tutte le risposte; infatti, è emerso che:

- l'8,8% dei bambini a cui i partecipanti si riferiscono è solito assumere una quantità eccessiva di cibo e molto velocemente;

- il 10,3% assume una quantità di cibo definita come nutrizionalmente “normale”, ma in tempi molto lunghi;
- il 7,3% dichiara che il figlio mangia poco e molto lentamente.

Il discorso sulla velocità o sulla lentezza nell’assunzione di cibo non può essere considerato accessorio o marginale: bisogna ricordare infatti che tempi troppo lunghi passati davanti al piatto possono essere considerati come campanelli d’allarme soprattutto in relazione all’alimentazione nei bambini (si veda paragrafo 2.1). Ancora, come è stato ribadito in precedenza, un altro campanello d’allarme si può ritrovare in frequenti cambiamenti d’umore nel piccolo: a tal proposito è risultata utile la domanda “l’alimentazione di suo figlio si modifica quanto è particolarmente stressato?”. Qui, in effetti, il 28,6% ammette che ciò accade, mentre un’altra risposta degna di attenzione è stata “forse, ma noto più spesso che se troppo distratto e in compagnia non mangia molto”. Questo aspetto mi ha fatto pensare non solo alle modificazioni dell’umore, ma anche ai problemi sociali che si correlano fortemente ai disturbi del comportamento alimentare o al loro esordio. Nel questionario, il 6,6% dei partecipanti ha affermato che il figlio a volte fatica a mangiare in pubblico, mentre l’1,1% che la fatica si riscontra spesso. Qualcuno dichiara che la causa di questa difficoltà sia da ritrovare nel cibo presentato (e ciò si potrebbe ricollegare al discorso della selettività fatto in precedente), ma un’altra risposta che spicca è “quando ci sono persone adulte non di famiglia”. Si capisce, dunque, che anche l’aspetto sociale e la perdita della sua naturalità non possono essere più considerati come marginali, ma anzi come importanti segnali premonitori o, nella fase acuta, come veri e propri deficit secondari al disturbo. Anche la pica non può essere dimenticata se si vuole affrontare questo argomento: per fortuna, all’interno del questionario non sono emersi dati significativamente rilevanti che permettono di parlare di tale problematica. Infatti, ben il 96,7% dei partecipanti ha dichiarato che il figlio non tenta mai di assumere oggetti non edibili, mentre solo il 2,2% ha affermato che ciò succede raramente. Partendo dall’informazione iniziale sulla rigidità del menù, un altro ragionamento che ne è derivato ha riguardato come venissero allora gestite dalla scuola le difficoltà appena trattate; da qui l’importanza dell’educazione alimentare nelle scuole, aspetto che verrà analizzato nelle sue statistiche e percentuali nel paragrafo successivo (3.3. Le difficoltà e i limiti dello studio).

Interessante è risultata per me anche la domanda “dopo il pasto capita che suo figlio abbia subito bisogno di usare il bagno?” infatti ad essa le risposte sono state:

- 4,4% spesso;
- 31,9% a volte;
- 29,7% raramente;
- 34,1% mai.

La maggioranza complessiva (61,6%) che afferma che l'uso del bagno oscilla tra "a volte" e "raramente" naturalmente non permette di generalizzare e parlare di una sicura condotta di eliminazione, ma comunque potrebbe essere, ancora una volta e in seguito ad un'indagine più accurata, un ulteriore spunto di riflessione. Ciò soprattutto perché un altro segnale d'allarme a cui la famiglia dovrebbe prestare attenzione riguarda il fatto che il bambino tende ad assumere molta acqua e ad avere subito bisogno del bagno dopo i pasti.

Nonostante tutti questi elementi (non sempre positivi) dichiarati, alla penultima domanda del questionario, ovvero quella che chiedeva di descrivere che tipo di momento fosse per la famiglia quello del pasto, la maggior parte dei partecipanti afferma che è un'esperienza piacevole, di condivisione e scambio e, addirittura, probabilmente l'unico momento in cui tutti i membri del nucleo possono riunirsi insieme (specialmente la cena).

Ancora una volta si sancisce dunque l'importanza del pasto non solo dal punto di vista nutrizionale, ma anche da quello relazionale e, di conseguenza, emerge sempre con più forza l'utilità di progetti di educazione familiare e scolastica in modo da avere tutti gli strumenti per prevenire un'eventuale problematica alimentare e far sì che il momento dedicato all'alimentazione permanga come sereno e di condivisione.

3.3 Le difficoltà e i limiti dello studio

Come si è avuto modo di specificare in precedenza, si è scelto di promuovere il questionario tramite l'ausilio delle principali piattaforme social piuttosto che per via cartacea e manuale: tale scelta appare abbastanza scontata se si considera il massiccio uso che la popolazione odierna fa dei telefoni e dei social network, come essi permettano al soggetto partecipante di avere più libertà e più tempo per la compilazione e, almeno in teoria, come favoriscano una condivisione più veloce e con un maggior numero di persone. La scelta è risultata così essere comoda per il compilante, ma anche per la successiva raccolta dati.

Sebbene sia stata presa tale decisione e il questionario sia stato chiuso più di due mesi dopo la sua prima promozione, si è raggiunto solo un numero esiguo di partecipanti (91) e il feedback ricevuto in relazione all'ultima domanda (riguardante l'organizzazione di due incontri online di discussione su ciò che era emerso con i partecipanti al questionario) è stato di misera entità; è per questo che poi l'associazione "Il Bucaneve ODV" ha promosso l'incontro "Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse" del 20 settembre 2021. È dunque lecito chiedersi il perché di questo dato.

Una prima motivazione che dal mio punto di vista deve essere analizzata riguarda il fattore temporale: il questionario è stato infatti elaborato durante il periodo estivo (da luglio a settembre) e di conseguenza si potrebbe ipotizzare che la chiusura delle scuole e le vacanze programmate abbiano giocato un ruolo a sfavore nei confronti dell'interesse verso la compilazione.

Bisogna poi considerare che il questionario è stato fatto girare in diversi gruppi WhatsApp delle classi e dunque risulta immediato pensare che qualcuno abbia deciso anche di non compilarlo non solo per mancanza di tempo, ma anche perché l'argomento "alimentazione" da alcuni è considerato ancora accessorio e i problemi ad esso correlati solo dei vizi o dei capricci (si veda l'argomento dell'introduzione a tale elaborato). Emblematico in tal senso è che il 7,7% dei partecipanti allo studio ha affermato che la scuola dei propri figli non organizza corsi sulla corretta alimentazione dei bambini in età scolare, ma comunque non sarebbe interessato a parteciparvi, mentre il 9,9% dichiara di non parteciparvi visto lo scarso interesse nei confronti dell'argomento.

Ancora, si può ricordare che alla domanda finale (riguardante l'organizzazione degli incontri di discussione) il 38,5% ha affermato apertamente che non sarebbe stato interessato a prenderne parte. Queste considerazioni stridono con i risultati della domanda che era volta ad indagare se al bambino fossero mai state fatte osservazioni riguardo al peso corporeo: qui il 6,6% ha infatti affermato che commenti di questo tipo sono stati fatti da uno specialista, il 5,5% dichiara dai compagni di classe e addirittura il 13,2% fa riferimento a osservazioni che derivano proprio dalle figure genitoriali.

Ne consegue che dei 91 partecipanti ben il 25,3% ha affrontato il tema delle osservazioni dirette al corpo e al suo peso; di conseguenza il tema dell'alimentazione non può più essere considerato come accessorio o poco rilevante, anche perché viene dichiarato dagli stessi genitori che alcuni bambini hanno reagito alle osservazioni piangendo, arrabbiandosi o demoralizzandosi.

Un ulteriore problema che si potrebbe riscontrare, comune però a tutte le tecniche di inchiesta di questo genere, riguarda il fattore della desiderabilità sociale, ovvero è naturale chiedersi se le risposte che sono state date rispecchino la realtà dei fatti oppure siano dettate dal desiderio di "fare bella impressione" e di dipingere un'immagine piacevole della propria famiglia. In relazione a tale aspetto, bisogna considerare che alcune risposte, soprattutto quelle temporali (spesso, a volte, raramente, mai), possono essere considerate in maniera soggettiva e non è semplice definirle in modo chiaro e obiettivo. Inoltre, è indubbio che alcune domande toccassero degli argomenti in maniera molto esplicita e che potessero essere interpretate come frutto dell'incapacità dei genitori a gestire i figli: si pensi alla domanda sulla fatica a stare a tavola, sulla possibilità di mangiare in pubblico o sulla punizione inflitta al bambino mandandolo a letto senza cena.

La riflessione sulla desiderabilità sociale è scaturita anche osservando due domande che, seppur poste in maniera diversa, vanno ad indagare un aspetto simile:

- i bambini rimangono a tavola durante un normale pasto settimanale?
- al momento del pasto suo figlio fatica a stare a tavola?

I risultati che sono emersi da tali item sono infatti differenti poiché alla prima domanda il 56% afferma che i propri figli riescono a rimanere a tavola sempre, mentre nella seconda domanda in esame solo il 39,6% dichiara che i propri figli non hanno mai problemi a rimanere a tavola. Ancora, alla prima domanda solo il 5,5% afferma che i figli rimangono a tavola raramente, mentre alla seconda si ritrova una distribuzione equa (29,7% per entrambi) tra coloro che affermano che i propri figli a volte e raramente faticano a stare a tavola.

È chiaro che questa ricerca, essendo stata svolta su un campione relativamente piccolo di soggetti, richiederebbe sicuramente ulteriore indagine, ma ritengo che possa essere considerata abbastanza funzionale alla stesura di questo elaborato perché ha permesso di far emergere delle abitudini, dei comportamenti e dei sentimenti che si possono ritrovare in ogni famiglia e che possono essere analizzati per garantire maggiore informazione. Più informazione si correla direttamente ad un maggiore contrasto alla manifestazione dei disturbi del comportamento alimentare nell'infanzia.

3.3.1 Consigli per i genitori

Come la letteratura insegna, e come è emerso anche dal questionario proposto, essere genitore di un figlio con un possibile esordio, o con una diagnosi, di disturbi del comportamento alimentare non è per niente semplice. Si pensi anche in generale a quanto le malattie mentali e i problemi ad esse correlate siano ancora stigmatizzate dalla società odierna e a quanto sia quasi una vergogna ammettere di avere bisogno di un aiuto su questo versante della salute. E non è arduo immaginare che la difficoltà sia ancora maggiore se si ha a che fare con un bambino o con un preadolescente non pienamente in grado di esprimere i propri sentimenti tramite l'uso delle parole più adeguate.

Le difficoltà sono comprensibili, ma bisogna considerare che il silenzio da parte dei genitori potrebbe contribuire ad alimentare la forza del DCA: da un lato, infatti, questo comportamento potrebbe portare il soggetto a credere che nella famiglia ci siano degli argomenti tabù che risultano essere indiscutibili, mentre dall'altro lato potrebbe rafforzare l'immagine negativa che egli potrebbe essersi fatto di sé,

aggravando l'idea che ci siano parti di lui talmente "orribili" tanto da essere indicibili⁵⁴. È quindi necessario, per il bene del soggetto, affrontare la situazione. Questo non significa sentirsi in dovere di risolvere subito e ad ogni costo la situazione o di essere in grado di fronteggiare qualsiasi tipo di comportamento o di risposta, poiché bisogna considerare anche che il controllo è un aspetto importante e ricercato dalla persona che soffre di disturbi del comportamento alimentare, dunque non la si può proprio obbligare ad ascoltare. Inevitabile dire che un percorso di trattamento o di aiuto basato sulla costrizione è inefficace e infruttuoso. Per quanto non esista un manuale di istruzioni per affrontare il problema, Nizzoli, Colli e Covri nel loro manuale per gli operatori, insegnanti e genitori riportano alcune indicazioni utili:

- la conversazione richiede tranquillità, sicurezza e calma: è necessario quindi controllare l'ansia e sentirsi equilibrati, elementi che possono essere raggiunti ad esempio costruendosi una bozza del discorso da affrontare, avendo bene in mente cosa dire e quando dirlo;
- è necessario avere tempo a sufficienza per sostenere la conversazione senza interruzioni;
- è bene che al momento della discussione siano presenti entrambi i genitori: è infatti importante che il/la ragazzo/a capisca che entrambi hanno compreso il suo disagio e siano pronti ad accoglierlo;
- bisogna tenere a mente che il primo tentativo potrebbe fallire e quindi potrebbero essere necessari più momenti di confronto sull'argomento;
- è importante mantenere un atteggiamento non giudicante evitando critiche, dimostrando empatia e ascolto attivo;
- si possono esprimere le preoccupazioni derivate dai comportamenti dettati dal disturbo del comportamento alimentare portando anche esempi pratici;
- è opportuno evitare suggerimenti semplici e scontati come "tutto si può risolvere mangiando" o ricatti emotivi, ad esempio "se mi vuoi bene impegnati a stare meglio".
-

A questo punto si possono rianalizzare (si veda capitolo 2.3) anche quali sono gli strumenti che i genitori hanno per fronteggiare un esordio di DCA in età infantile: essi, necessariamente adeguati all'età del piccolo, possono prevedere piccoli "compiti a casa" da svolgere insieme ai genitori con la presenza di cibo. Tra questi ultimi si può ricordare:

- il carrello della spesa: attraverso un disegno il bambino può aggiungere gli alimenti nuovi che di volta in volta assaggia fino ad arrivare ad avere un bel carrello pieno e colorato;

⁵⁴ "DCA: disturbi del comportamento alimentare. Manuale per operatori, insegnanti, genitori". Umberto Nizzoli, Claudio Colli, Chiara Covri. Carocci Faber editore, 2007.

- la “mia” piramide alimentare: attraverso dei ritagli di giornale il bambino viene invitato a mettere alla base gli alimenti che preferisce, mentre verso la cima quelli che piacciono di meno. Di volta in volta i cibi possono essere spostati se si scopre che sono graditi o che non fanno paura;
- cosa e quando?: grazie ai ritagli di giornale si organizzano i vari pasti;
- il menù di casa mia: prevede la creazione di un menù simile a quello del ristorante che può essere arricchito con i piatti assaggiati e gli alimenti nuovi⁵⁵.

Inoltre, è importante che i genitori coinvolgano il bambino nella spesa.

Laura Dalla Ragione individua anche dei consigli pratici per la famiglia⁵⁶:

- orari e spazi dei pasti devono essere definiti;
- si può coinvolgere il bambino nella preparazione dei pasti e della tavola;
- bisogna cercare di condividere il menù con la famiglia;
- è consigliabile alternare alimenti accettati e cibi fobici;
- i genitori devono fungere da esempio per le scelte alimentari;
- non eliminare completamente dalla tavola gli alimenti fobici;
- l’ambiente deve essere rilassato;
- è necessario comprendere le difficoltà del bambino;
- è di fondamentale importanza diminuire l’ansia nei confronti dell’alimentazione del bambino;
- l’atteggiamento non deve essere impositivo;
- la TV deve essere spenta al momento del pasto.

In linea generale, dunque, quello che il nucleo familiare può fare riguarda lo stare vicino al figlio accogliendolo nel suo disagio e non solo nel disturbo del comportamento alimentare, mantenere il dialogo aperto e non giudicante, rinforzare la sua autostima per fargli sentire che può farcela, non colpevolizzarsi ma, al contrario, essere una risorsa per aiutarlo, non essere troppo controllante e chiedere aiuto tempestivamente⁵⁷.

⁵⁵ “Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell’alimentazione in infanzia e prima adolescenza”. Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ “Bambini a rischio DCA: cosa può fare il genitore?”. In www.assilbucaneve.it.

CAPITOLO 4

“Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse”

“Tutto ciò che è fatto per amore è sempre al di là del bene e del male”.
(Friedrich Nietzsche)

I dati che sono emersi dal questionario “Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare” sono risultati utili come spunto di riflessione su quelli che possono essere considerati dei campanelli d’allarme, ovvero comportamenti che potrebbero sfociare in un rapporto disfunzionale con il cibo se non adeguatamente controllati, oppure riguardo ad abitudini che quotidianamente la famiglia mette in atto. È per questo che inizialmente si era pensato di organizzare due incontri online con coloro che avevano compilato il questionario al fine di permettere una restituzione di ciò che era emerso e trattare anche la tematica del rapporto tra il cibo e i bambini, ma, come detto precedentemente, la scarsa adesione alla proposta non li ha resi attuabili. Di conseguenza, si è dovuto pensare ad un altro tipo di evento e, grazie al Bucaneve ODV e alla Dott.ssa Lanaro, è stato organizzato un incontro online sulla pagina dell’associazione intitolato “Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse”, tenutosi il giorno 20 settembre 2021.

Di seguito la locandina pubblicitaria.



4.1 Descrizione dell'incontro

“Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse” è stato un incontro andato in onda sulla pagina Facebook del Bucaneve ODV che mi ha permesso di presentare non solo il mio questionario e la sua strutturazione, ma anche alcuni dati che ne sono emersi; il fine ultimo era quello di trattare il tema del rapporto tra bambini e alimentazione e offrire spunti di riflessione per famiglie e non solo. L'evento, che ha avuto una durata di un'ora e un quarto circa, ha visto la partecipazione anche della Dott.ssa Stefania Lanaro e della presidentessa dell'associazione Maria Grazia Giannini, le quali mi hanno aiutato nella mia esposizione trattando il tema del rapporto genitori-figli e bambini-cibo. L'incontro è disponibile al seguente link: <https://youtu.be/iwZKOr9Wy6Y>.

L'organizzazione dell'esposizione ha previsto una parte iniziale di inquadramento generale, la trattazione del questionario e infine la considerazione del rapporto tra genitori e figli con conclusioni ulteriori su ciò che le domande avevano fatto emergere riguardo al momento del pasto.

In particolar modo, Maria Grazia Giannini ha ribadito come il rapporto che il bambino instaura con il cibo partendo dagli insegnamenti famigliari può influenzare la crescita successiva e la modalità di approccio agli alimenti. Nello specifico, viene affermato che “l'educazione impartita dai genitori in questo senso potrà avere un ruolo decisivo nella reale comparsa o meno del disturbo. Sappiamo bene che nutrire un bambino rappresenta un'importante forma di comunicazione tra i genitori e figli, importantissima per il suo sviluppo”⁵⁸. Sancendo l'importanza della relazione genitori-figli anche nel momento della nutrizione deriva che, come afferma ancora la Giannini, sarebbe allora auspicabile che nella realtà di un servizio ospedaliero e non solo i professionisti della salute fossero consapevoli che i bambini a rischio non sono più solo quelli che effettivamente “cadono” dalla curva di crescita, ma anche coloro che sono figli di genitori affetti da disturbi del comportamento alimentare o quelli i cui famigliari mostrano una persistente difficoltà a dar loro da mangiare. È per questo che, come affermano Davies e colleghi, è meglio definire i DCA come disturbi relazionali e non solamente prettamente fisici. Tali affermazioni risultano essere concordi con il filo conduttore di questo elaborato di tesi, ribadendo ancora una volta l'importante aspetto relazionale che attraversa trasversalmente tutti i disturbi del comportamento alimentare: quest'ultimo quindi, per una presa in carico che sia il più globale possibile, non può essere dimenticato.

⁵⁸ Maria Grazia Giannini, “Bambini, cibo e famiglia. Difficoltà e risorse”, 20 settembre 2021.

Affermare che i bambini a rischio devono essere considerati anche coloro che sono figli di soggetti affetti da DCA o di chi non riesce ad instaurare in maniera persistente una corretta relazione al momento del pasto significa porre un'importante accento su quella che è l'educazione familiare e su come il momento dedicato al cibo viene gestito. Come affermato da Stefania Lanaro e da Maria Grazia Giannini nel corso dell'incontro, seppur in letteratura non si trovino ancora statistiche valide riguardo ad una correlazione genetica del disturbo, si può fare questo tipo di ragionamento: il rapporto che i figli di soggetti affetti da DCA instaurano con il cibo, proprio a causa del disturbo genitoriale, non potrà non essere viziato dalla visione del familiare, ma anzi risulterà essere guidato dalle idee, dai pregiudizi e dai "no" imposti dagli adulti. Ritengo emblematica in tal senso la frase presa dal web e riportata dalla Dott.ssa Lanaro "osservo bambini [...] che non sanno desiderare perché il loro desiderio è soffocato dal desiderio dell'adulto". Diventa quindi necessario che il genitore sia adeguatamente formato e informato anche riguardo alla tematica dell'alimentazione per permettere lo sviluppo libero del bambino; naturalmente, se questo non avviene, è ovvio che ci si trova di fronte a piccoli che non hanno una visione globale della realtà, bensì una veicolata dai pensieri genitoriali ed è qui che bisogna intervenire. Come ricorda Laura Dalla Ragione, è dunque necessario, per vivere con gli altri, conservare delle distanze, creare degli intervalli, perché la prossimità e la vicinanza con l'altro non degeneri e perché la presenza dell'altro non invada lo spazio personale⁵⁹.

Come più volte sottolineato durante l'incontro, è indubbio che non si vuole cercare una colpa nella famiglia, in quanto una delle principali risorse del soggetto, ma semplicemente si vorrebbero offrire degli spunti di riflessione per auspicare ad una sempre maggiore considerazione dei disturbi del comportamento alimentare, e delle patologie psichiatriche in generale, lontana dallo stigma a cui invece ancora troppo spesso sono legati. L'intervento della Dott.ssa Lanaro è stato particolarmente importante in tal senso.

Spunti di riflessione, come ribadito anche in precedenza, volevano essere anche i dati derivati dall'analisi del questionario e osservati durante l'incontro. Ciò che è stato riportato è risultato essere una sintesi del paragrafo 3.2 di questo elaborato di tesi (i dati ottenuti).

Complessivamente credo di potermi ritenere soddisfatta di come è andata questa esperienza perché mi ha permesso non solo di presentare il mio lavoro e di venire ancora di più a contatto con la realtà dell'associazione "Il Bucaneve", ma anche di svolgere, nel mio piccolo, un lavoro di prevenzione e di educazione, come riportato dal titolo della tesi.

⁵⁹ "Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza". Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

Fornire spunti di riflessione e dati derivati da statistiche o da ciò che la letteratura insegna, infatti, permette di invitare a sviluppare un occhio più attento nei confronti di determinati comportamenti o abitudini messe in atto. Infatti, il fatto che la famiglia sia sempre più educata anche all'importanza della relazione con il cibo e che al contempo la scuola cerchi di organizzare interventi volti ad insegnare il corretto rapporto con gli alimenti permette, da un lato, di accorgersi dell'eventuale esordio di un comportamento disfunzionale (e quindi correggerlo tempestivamente per prevenire problemi futuri), mentre dall'altro lato, se la problematica si è già incistata, è fondamentale per garantire un intervento precoce. È ovvio che prima si interviene maggiori sono le possibilità di successo ed è altrettanto sicuro che per intervenire precocemente è necessario essere formati a riconoscere eventuali segnali d'allarme.

4.2 “Il Bucaneve ODV”: la realtà di un servizio di volontariato per i disturbi del comportamento alimentare

Parlando di prevenzione e educazione in riferimento ai disturbi del comportamento alimentare ritengo doverosa una breve analisi della realtà di un'associazione di volontario che ha proprio questo scopo, ovvero “Il Bucaneve ODV”. Come si evince dal sito internet, l'associazione è stata costituita il 16 gennaio 2012 come prosecuzione di un cammino iniziato con l'apertura del sito “Dalla parte di noi... genitori” e la pubblicazione del libro “Come in un quadro di Magritte” di Maria Grazia Giannini, attuale presidentessa del Bucaneve⁶⁰. Il suo scopo, a causa della frequenza sempre maggiore della comparsa dei DCA e dell'abbassamento attuale dell'età di esordio, è quello di ascoltare, supportare e orientare tutte le persone e le famiglie che vivono una condizione di disagio legata a tale psicopatologia; il fine ultimo è quello di garantire la migliore strategia per una presa in carico efficace che sia volta ad aiutare ad uscire dal disagio il maggior numero di persone possibili. Attraverso la pubblicazione di libri e articoli, l'organizzazione di conferenze e di incontri online, “Il Bucaneve” si propone, inoltre, di informare e formare riguardo la tematica dei disturbi del comportamento alimentare in modo da svolgere un lavoro di prevenzione primaria direttamente sul territorio e tra le famiglie interessate.

⁶⁰ <https://www.assilbucaneve.it/>.

TERZA PARTE:
IL RUOLO DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE
PSICHIATRICA

CAPITOLO 5

Il ruolo del TeRP con i nuovi DCA

*“Il meglio del vivere sta in un
lavoro che piace e in un amore
felice”.*
(Umberto Saba)

Nel corso della stesura di questo elaborato si è affrontato più volte il tema della difficoltà terapeutica che i disturbi del comportamento alimentare portano con sé, la quale comprende non solo il dolore dai pazienti, il modo in cui esso viene espresso e l’incapacità, talvolta, di provare e riconoscere le emozioni, ma anche i problemi e le difficoltà lamentati dalla famiglia. Se poi ci si cala nell’ambito dei DCA infantili si capisce ulteriormente quanto le difficoltà aumentino dal momento che si ha a che fare con bambini che esprimono un disagio e nuclei familiari che o fanno fatica ad accettare di riconoscere il problema, oppure cercano strategie di intervento che siano il più efficaci possibili in un breve periodo di tempo.

Può essere dunque interessante analizzare come la figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica possa utilizzare i suoi strumenti per inserirsi adeguatamente all’interno di un’equipe multidisciplinare dedicata.

5.1 Gli obiettivi del lavoro

È indubbio, come detto anche precedentemente, che la società attuale, nonché i social media, abbiano incrementato la promozione di ideali di bellezza utopici e portato alla nascita di nuovi disturbi del comportamento alimentare figli di abitudini mondane e di stili di vita spesso lontani dalla convenzionale “dieta mediterranea”: di conseguenza, è ora più che mai necessario che la formazione dei professionisti in ambito di salute mentale e prevenzione di quest’ultima sia non solo specifica, ma anche sempre aggiornata e attenta a considerare ciò che il mondo virtuale propone.

Questo cambiamento nella manifestazione del disagio ha infatti messo in crisi il consueto approccio riabilitativo dal momento che non si tratta più solo di lavorare dal punto di vista prettamente nutrizionale per favorire il mantenimento di un’alimentazione variegata, ma anche, se non soprattutto, con l’aiuto nella ricerca, o nella creazione, di un’identità personale che vada al di là e che sia più forte

di quella che la società cerca di trasmettere. Non solo, ma il lavoro deve anche cercare di concentrarsi sulla creazione dell'identità indipendente del disturbo in sé: si sa infatti che l'identificarsi con la propria malattia è un modo che i soggetti con disturbo del comportamento alimentare, soprattutto coloro che soffrono di anoressia, utilizzano per sentirsi qualcuno, per essere parte di qualcosa. "Io sono anoressica": l'identità che viene a formarsi è costruita attorno alla malattia. È dunque necessario sradicare questa modalità di pensiero al fine di concentrarsi su quello che la persona effettivamente è nel suo intimo e profondo e non su quello che fa trasparire per cercare l'approvazione altrui.

Ancora, e non da meno, ci si scontra spesso con pazienti che hanno problemi nel provare emozioni o nel riconoscerle e successivamente gestirle: il lavoro, dunque, deve puntare anche sull'imparare a conoscersi, ad accettarsi e a riuscire a veicolare il proprio sentito in vie diverse rispetto alla fisica ripercussione sul corpo.

La riabilitazione attuale poi, come si è già avuto modo di affrontare, non può prescindere dalla considerazione della famiglia che non deve più essere vista come la portatrice delle abitudini disfunzionali che hanno causato la malattia, bensì come una risorsa e un appoggio su cui poter contare. Questo a maggior ragione se si considerano i disturbi del comportamento alimentare in età infantile. Il compito è dunque quello di aiutare il nucleo ad uscire dalla dimensione della colpa per riuscire a riconoscere, accettare e trattare adeguatamente la difficoltà del figlio. È indubbio che una famiglia non espulsiva, ma comprensiva ed accogliente sia di fondamentale importanza per la riuscita del trattamento riabilitativo e il mantenimento delle corrette abitudini nel tempo.

5.2 La relazione terapeutica

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica è la figura professionale che si occupa primariamente degli aspetti della vita quotidiana dei pazienti poiché lavora sia sulle abilità di base che sulle abilità relazionali e sociali. È tra le figure professionali che più affiancano i pazienti e con i quali, di conseguenza, può lavorare instaurando una relazione di fiducia che è uno degli elementi che stanno alla base della formazione di un'adeguata compliance terapeutica. Questo perché la relazione, essendo che mette al centro la persona, porta al riconoscimento della diversità individuale e quindi a saper accogliere l'identità personale e la differenza altrui. Aspetto questo di fondamentale importanza se si parla di disturbi del comportamento alimentare poiché permette al soggetto di essere accettato e accolto per quello che realmente è e non per come cerca di farsi accettare dagli altri. Inoltre, la relazione rappresenta lo strumento privilegiato per fare educazione e riabilitazione poiché è indubbio che coloro che ne sono i protagonisti si arricchiscono a vicenda e si accettano reciprocamente.

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica, quindi, può essere visto come un facilitatore del processo di cambiamento in cui è protagonista il paziente.

Secondo Laura Dalla Ragione⁶¹, i caratteri costitutivi della relazione terapeutica ed educativa sono essenzialmente due:

1. intenzionalità: la relazione deve essere necessariamente orientata al conseguimento intenzionale di precisi obiettivi che possano essere d'aiuto per la persona;
2. asimmetria: essere consapevoli del proprio ruolo e di ciò che compete ad ognuno permette di lavorare effettivamente sul disturbo senza che qualsiasi presa di posizione venga interpretata come un'invasione del proprio spazio personale.

Solo in questo modo la relazione può diventare, così come afferma Carl Rogers, una relazione d'aiuto, cioè un rapporto in cui una persona si attiva per facilitare e promuovere la crescita e la maturazione dell'altro nell'ottica di un'autorealizzazione.

Le condizioni necessarie affinché tutto ciò possa essere messo in atto sono:

- accettazione: si basa su una comunicazione che dimostra all'interlocutore calore, interesse e tolleranza assoluti rispetto all'espressione dei suoi pensieri anche attraverso la sospensione di qualsiasi forma di giudizio e di valutazione (per questo è un elemento chiamato anche accettazione positiva incondizionata);
- empatia: si tratta di sentire il mondo dell'interlocutore come se fosse il proprio; si può dunque capire che non è la semplice comprensione comune, poiché è fondata sull'autentico desiderio di capire e di comunicare all'altro la propria intenzione di comprendere. L'interlocutore empatico, infatti, sa sperimentare ed accettare i sentimenti e le idee espressi dall'interlocutore, sa esprimere in maniera adeguata i propri sentimenti e i propri vissuti e sa formulare i propri costrutti personali in maniera flessibile;
- congruenza: Rogers suppone che ci possa essere un divario tra ciò che una persona si propone di essere e il sentimento che nutre nei confronti dell'interlocutore e perciò una relazione che sia autentica consiste nella consapevolezza di questi sentimenti e vissuti che non devono essere né negati, né distorti, ma affrontati.

Attraverso la relazione, le emozioni e le sensazioni di coloro che soffrono di DCA possono essere espresse al fine di impostare un primo lavoro utile alla ridefinizione dell'identità personale.

⁶¹ "Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza". Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.

Per quanto riguarda invece il lavoro sulle emozioni, molto utili risultano essere le terapie espressive poiché esse permettono di esprimere il proprio mondo interno attraverso una modalità che non sia prettamente verbale e, di conseguenza, più libera da blocchi, pregiudizi e paura del pensiero altrui. La valenza terapeutica, come già detto, non sta tanto nel risultato finale, bensì nel processo creativo, ovvero i colori e la tecnica usati, la scelta dei movimenti, la scelta dei disegni, la disposizione spaziale visto che sono tutte espressioni del mondo personale del soggetto. Ancora, gruppi di scrittura creativa o di poesia possono aiutare in tal senso.

È giusto ribadire ancora una volta come anche il TeRP non possa non tenere in considerazione il nucleo familiare di riferimento e l'ascolto delle sue richieste: ciò può essere attuato attraverso incontri solo con i genitori oppure congiunti anche con il figlio, o puntando su un percorso di psicoeducazione familiare in cui, dopo aver spiegato il disturbo e i suoi sintomi, si possono dare dei piccoli compiti relazionali al nucleo per vedere come essi vengono affrontati. In seguito, si può discuterne insieme in relazione alle modalità messe in atto, a quello che si può cercare di modificare e a quali sono invece i punti di forza.

5.3 La relazione terapeutica con i bambini

La letteratura contemporanea si è a lungo tempo concentrata sugli aspetti relazionali della terapia con l'adulto, dedicando meno attenzione alla relazione in età evolutiva, periodo in cui lo stabilire l'alleanza terapeutica non è però sempre così facile. Un primo ostacolo che si può ritrovare con bambini e adolescenti è infatti quello per cui non è semplice trovare un accordo sugli obiettivi: la motivazione di ciò è da ricercare nel fatto che molto spesso i bambini non scelgono spontaneamente di chiedere aiuto, ma arrivano su invito di un adulto. Ne deriva così un altro aspetto fondamentale: dal momento che spesso non sceglie autonomamente di venire, il bambino non sempre è consapevole della sua difficoltà e delle conseguenze legate ad essa, oppure, vista la tenera età, non è in grado di riconoscere il disagio e comunicarlo efficacemente. La relazione che il TeRP è in grado di stabilire, essendo meno legata ai pregiudizi riguardanti il ruolo sanitario e alla paura che i più piccoli possono nutrire, può quindi essere di fondamentale aiuto in tal senso poiché può essere utile per guadagnarsi la fiducia del bambino che in questo modo può essere aiutato ad accettare interventi successivi. Ancora una volta, anche con i bambini, il riabilitatore psichiatrico può essere visto come un accompagnatore che accetta e accoglie il disagio altrui e lo accompagna nel suo percorso di cura verso la più auspicabile remissione dei sintomi.

L'età evolutiva non solo è trattata poco in letteratura, ma sono stati condotti anche degli studi che hanno dimostrato come non sempre l'efficienza dei servizi specialistici a loro deputati sia valida: l'Eating Disorders Special Interest Group del Royal Collage of Psychiatrists ha condotto un'indagine nel 2000 sulle strutture presenti nel Regno Unito deputate alla cura dei disturbi del comportamento alimentare per bambini e adolescenti. È importante sottolineare che il campione che è stato studiato riguarda un ristretto numero di servizi (24), ma comunque ha permesso di evidenziare che, nonostante la disponibilità teorica a prendere in cura bambini e adolescenti con DCA, in realtà solo un numero estremamente esiguo è stato trattato. L'indagine ha inoltre fatto emergere che solo nel 63% dei servizi è presente un neuropsichiatra infantile e solo nel 50% dei casi la struttura si avvale di una collaborazione con un'equipe pediatrica⁶². È evidente che siano passati anni da questo studio, però è stato un semplice esempio portato per comprendere che la realtà delle strutture che si occupano di disturbi del comportamento alimentare nell'età infantile non è sempre così rosea come si potrebbe pensare.

Tornando alla relazione terapeutica con i bambini, si può aggiungere che, per ovviare alle difficoltà, esistono delle strategie con cui meglio agganciare i più piccoli: è infatti possibile favorire l'alleanza terapeutica adottando modalità in accordo con gli interessi dei bambini. Conoscere gli interessi del bambino e adeguarsi a lui consentirà infatti non solo di ingaggiarlo in modo più efficace, ma anche di permettere al piccolo paziente di comprendere maggiormente le sue difficoltà e i concetti riportati. È fondamentale quindi presentare il lavoro al bambino attraverso accorgimenti e strategie innovative, come il gioco, la creatività e l'immaginazione in modo da stimolarlo e motivarlo⁶³.

Ciò farà capire al piccolo che si trova in un ambiente sicuro e protetto, in cui l'unico obiettivo è aiutarlo.

⁶² "I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti". Tony Jaffa e Brett McDermott. Raffaello Cortina Editore, 2009.

⁶³ L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione, Elena Cirimbilla. 2020.

CONCLUSIONI

La stesura di questo elaborato di tesi ha permesso di sottolineare l'importanza dell'aspetto relazionale che trasversalmente attraversa i disturbi del comportamento alimentare: in particolare è risultata essere qui rilevante la relazione genitori-figli calata nel momento del pasto. Si voleva quindi dimostrare come comportamenti messi in atto dai bambini e la relativa risposta da parte delle figure genitoriali potessero influenzare il successivo rapporto con il cibo e con il momento dedicato all'alimentazione. In particolare, grazie al questionario "Il rapporto tra lo stile alimentare e i bambini in età scolare" si sono potute mettere in evidenza delle abitudini e dei comportamenti che potrebbero essere considerati dei campanelli d'allarme o che, in un'ottica meno orientata alla problematica, potrebbero diventare spunto per una riflessione più accurata riguardo al modo in cui i bambini vengono approcciati al cibo. È ovvio, infatti, che la relazione che questi ultimi instaurano con gli alimenti riflette ciò che è stato imparato all'interno del nucleo familiare, ma non bisogna dimenticare che i bimbi, anche già in età scolare, possono sviluppare dei loro pensieri e delle loro convinzioni riguardo al cibo che, nel caso fossero indici della nascita di un rapporto inadeguato, dovrebbero essere corretti.

Ciò che mi ha colpito in modo particolare tra quello che è emerso dal questionario riguarda il fatto che dei comportamenti che potrebbero essere considerati dei campanelli d'allarme si possono ritrovare nella gran parte delle famiglie che si potrebbero definire comunemente "non disfunzionali" (previa considerazione della condizione personale). Questo non significa affermare che nel tempo si andrà incontro allo sviluppo sicuro di un disturbo del comportamento alimentare, ma fa capire come il rapporto instaurato con il cibo non è sempre semplice e scontato. Anch'esso, infatti, riflette pensieri, abitudini, convinzioni, processi educativi, nonché emozioni del singolo soggetto e tutti questi sono aspetti che devono essere tenuti in considerazione. Si può dire quindi che, a discapito del relativo scarso interesse che è emerso dal questionario, il tema dell'alimentazione non può più essere considerato accessorio o marginale, ma anch'esso gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo del soggetto. In questo contesto, il tecnico della riabilitazione psichiatrica, da un lato, può promuovere la prevenzione primaria basata sia sull'informazione sia sull'analisi dei comportamenti e delle abitudini che, come detto precedentemente, potrebbero essere considerati dei campanelli d'allarme a avviare alla prevenzione secondaria; dall'altro lato, in quanto facilitatore della relazione terapeutica, può aiutare in prima persona la famiglia ad instaurare un corretto rapporto con il cibo, ad affrontare le emozioni e i sentimenti che scaturiscono dall'esordio di una problematica, oppure a favorire un'innovazione delle abitudini alimentari.

BIBLIOGRAFIA

1. “Anoressie e Bulimie”, Massimo Cuzzolaro, Bologna, Il Mulino, 2014.
2. “I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti”. Tony Jaffa e Brett McDermott. Edizione italiana a cura di Gian Luigi Mansi. Raffaello Cortina Editore, 2009.
3. “DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di), Milano, [Raffaello Cortina Editore](#), 2014.
4. “Anoressia e bulimia: i paradossi dell’adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese”. Philippe Jeammet. Edizione italiana a cura di Lenio Rizzo. Le Comete FrancoAngeli editore, 2011.
5. “Anoressie contemporanee”. Boursier V., Manna V., Nunziante Cesaro A. FrancoAngeli editore, 2013 (p.159-202).
6. “American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders”. 4th ed., 1994.
7. Tesi di dottorato di ricerca in psicologia dinamica e clinica: “Studio empirico sul funzionamento familiare: indicatori di rischio psicopatologico genitoriale e comunicazione emotiva tra genitori e figlie in famiglie con adolescenti con disturbi del comportamento alimentare”. Michela Erriu, 2019.
8. “La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare”. A.Gritti. 2019 (p.309-321).
9. “Manuale Diagnostico Dinamico, seconda edizione (PDM-2)”. Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams (a cura di). Raffaello Cortina editore. 2008 (p.449-453).
10. “Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10): descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Criteri diagnostici per la ricerca”. D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, G. Giordano, C. Sacca (a cura di). Elsevier editore, 1996.
11. “Le mani in pasta: riconoscere e curare il disturbo selettivo dell’alimentazione in infanzia e prima adolescenza”. Laura Dalla Ragione, Paola Antonelli (a cura di). Il pensiero scientifico editore, 2018.
12. “Incontrare il corpo: psicomotricità e disturbo alimentare”. Stefania Lanaro. Csifra Edizioni.
13. “DCA: disturbi del comportamento alimentare. Manuale per operatori, insegnanti, genitori”. Umberto Nizzoli, Claudio Colli, Chiara Covri. Carocci Faber editore, 2007.

EMEROGRAFIA

<http://www.disturbialimentarionline.it/la-diffusione-dei-dca>

<http://www.scuolamaraselvini.it/>

www.ipsico.it/sintomi-cura/anoressia-nervosa/

www.stefanialanaro.com/la-distorsione-dell-immagine-corporea-quando-cio-che-vedo-non-coincide-con-cio-che-sono-di-di-mara-soliani/

<https://www.stefanialanaro.com/anoressia-il-cervello-diventa-sordo-al-grido-del-corpo/>

<https://www.stateofmind.it/2016/05/fattori-rischio-mantenimento-disturbi-alimentari/>

<https://ilfattoalimentare.it/dieta-paleo-ordine-biologi-nutrizionisti.html>

<https://www.my-personaltrainer.it/alimentazione/digiuno-intermittente.html>

<https://melaniaromanelli.com/nuovi-disturbi-alimentari-sintomi-e-significato/>

<https://www.ipsico.it/news/moderni-disturbi-alimentazione/>

<https://www.stateofmind.it/2018/12/disturbi-alimentari-infanzia/>

www.ojs.unito.it

<https://melaniaromanelli.com/educazione-alimentare-nella-scuola-prevenzione-contro-i-dca/>

<https://www.stateofmind.it/wp-content/uploads/2012/06/Ritorno-alla-Vita-comunicato-stampa-approfondito.pdf>

<https://www.stefanialanaro.com/attivita-psicomotoria-in-ambito-di-salute-mentale-di-s-lanaro/>

www.nuoveartiterapie.net/arteterapia-disturbi-alimentari/

[https://www.assilbucaneve.it/2019/11/16/bambini-a-rischio-dca-cosa-puo-fare-il-](https://www.assilbucaneve.it/2019/11/16/bambini-a-rischio-dca-cosa-puo-fare-il-genitore/)

[genitore/https://www.aspicumbria.com/genitori-e-da/](https://www.assilbucaneve.it/2019/11/16/bambini-a-rischio-dca-cosa-puo-fare-il-genitore/)

<https://www.assilbucaneve.it/2018/09/19/non-premiare-i-figli-con-il-cibo-il-rischio-e-un-disturbo-alimentare/>

<http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2020/07/1.-Alleanza-terapeutica-in-eta-ev.-CIRIMBILLA.pdf>

SITOGRAFIA

<https://psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/>

<https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/binge-eating-disorder/>

<https://www.rivistadipsichiatria.it/>

<http://www.dallegrave.it/>

<https://www.fidadisturbialimentari.com/>

www.stefanialanaro.com

<http://www.emdranoressia.it/index.php/i-dca-in-eta-evolutiva/>

<https://www.ospedalebambinogesu.it>

<https://www.bulimianoressia.it/index.php/a-scuola/>

www.assilbucaneve.it

RINGRAZIAMENTI

Grazie a chi mi vuole bene.

Grazie a chi ha accettato le mie scelte e mi ha incoraggiato a portarle avanti.

Grazie a chi mi ha accompagnato in questo percorso.

Grazie a chi ho potuto conoscere grazie a questa esperienza.

Grazie a chi mi ha spronato a fare sempre di meglio e continua a farlo.

Grazie a chi crede in me.

Grazie a chi quotidianamente mi sta accanto.

Grazie alla mia famiglia per avermi permesso di raggiungere questo traguardo.

Grazie a tutti coloro, pazienti e operatori, che ho incontrato lungo le mie cinque esperienze di tirocinio e che mi hanno permesso di capire che questo è il lavoro che vorrei realmente fare nella vita.

Grazie a Stefania Lanaro, la mia co-relatrice, che con pazienza e attenzione mi ha accompagnato nella stesura di questo elaborato, mi ha aperto le porte di una realtà così complessa e mi ha trasmesso tutta la passione che ci vuole per affrontarla.

Grazie al Bucaneve ODV per avermi dato la fantastica opportunità di presentare il mio lavoro.

Grazie ad Annamaria Tanzi, la mia relatrice, per aver appoggiato questo progetto.