

I disturbi alimentari infantili

Laura Dalla Ragione

Nell'ultimo decennio, casi clinici di Anoressia Nervosa ed altri DCA sono stati sempre più frequentemente segnalati in bambine in età prepuberale (dagli otto anni e prima del menarca e dei cambiamenti somatici indotti dalla pubertà). Più in generale, si è abbassata l'età dell'insorgenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare, spostandosi intorno ai 14-15 anni, con la comparsa del disturbo in bambine di 10-11 anni. Il quadro clinico che osserviamo in queste bambine/i è del tutto sovrapponibile a quello delle ragazze adolescenti e giovani donne che abbiamo osservato sino ad ora: una ideazione intensa sul cibo e le forme corporee; l'uso della restrizione, del vomito e dell'iperattività fisica; un'insoddisfazione per il proprio aspetto che si trasforma in ossessione ed intorno alla quale ruota tutto il mondo interno ed esterno.

Ciò pone problemi nuovi e complessi e costringe medici, pediatri, psichiatri, psicologi e nutrizionisti a costruire percorsi assistenziali che tengano conto dell'età delle pazienti (8-10 anni) e programmi di prevenzione familiari e scolastici per riconoscere e/o prevenire un disturbo così insidioso, il cui esordio precoce comporta alti rischi di compromissioni organiche e psicologiche, anche irreversibili.

Nel caso di bambine molto piccole, il riconoscimento del disturbo non è molto facile, perché la perdita di peso e la restrizione alimentare vengono spesso scambiate per inappetenza infantile o interpretate come sintomi da stress (magari indotto dal disagio scolastico del passaggio tra la quinta Elementare e la prima Media). Inoltre la bambina non esplicita, in modo così chiaro come l'adolescente, la ragione per cui non mangia, e cioè la paura di ingrassare. Può semplicemente dire: «Non ho fame». Non c'è neppure il segnale tipico della amenorrea, non avendo le bambine ancora avuto le prime mestruazioni. Ma alcuni segnali possono rivelare il disturbo: il modo in cui mangiano, sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi; la lentezza del pasto, l'esclusione di alcuni alimenti; l'iperattività fisica, l'assunzione di molta acqua; un uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti e poi il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti della bambina.

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

- **Come classificare i DCA infantili**

Le categorizzazioni del DSM-IV che utilizziamo per definire le varie tipologie di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA): Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (EDNOS), se non soddisfano appieno quando lavoriamo con i DCA degli adulti, soddisfano ancora meno quando si affrontano i DCA in età evolutiva.

Le caratteristiche di Anoressia e Bulimia sono abbastanza simili nell'adulto e nel bambino sia per quanto riguarda la sintomatologia (restrizione, vomito, attività fisica, abuso di lassativi, nascondere il cibo, preoccupazioni verso il cibo, ritiro sociale, irritabilità, ipersensibilità), sia per quanto riguarda gli aspetti di personalità come perfezionismo, coscienziosità, desiderio di compiacere, protettività, elevata tensione nel raggiungere i risultati.

Altre caratteristiche presenti nell'Anoressia Nervosa nei bambini sono: vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»), bassa autostima (aspetto molto rilevante nei DCA, più del problema del cibo o del peso corporeo), bisogno di controllo (aspetto centrale nel lavoro terapeutico con i DCA: se questi bambini non hanno controllo possono esprimere il proprio disagio facendosi del male).

La Bulimia Nervosa in età evolutiva presenta le seguenti caratteristiche: preoccupazione eccessiva e marcata rispetto al peso e alla forma fisica, senso di mancanza di controllo, abbuffate compulsive ricorrenti, comportamenti compensatori regolari.

Tra i bambini, la BN è molto meno comune dell'AN, ma i due disturbi presentano molte caratteristiche comuni, come la bassa autostima ed il bisogno di controllo. Sono presenti anche comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi. Esiste un "continuum" tra BN e AN e anche nelle pazienti molto piccole la transizione tra un disturbo e l'altro è alquanto frequente.

Altri disturbi alimentari presenti nell'infanzia sono il FAED, il Selective Eating, la Disfagia Funzionale e la Sindrome da Rifiuto Pervasivo.

Il FAED (Food Avoidance Emotional Disorder), "Disturbo emotivo di evitamento del cibo" è simile all'AN nell'evitamento marcato del cibo e la perdita di peso. Non è presente preoccupazione per forma fisica e peso, né un'immagine corporea distorta. Questi bambini possono non mangiare perché hanno fobie od ossessioni, o perché sono depressi. La gravità di questo disturbo è pari a quella dell'AN e la perdita di peso può essere simile così come la gravità della situazione medica.

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

Il Selective Eating (Alimentazione Selettiva), disturbo abbastanza diffuso, è caratterizzato da alimentazione molto selettiva di cibi, predilezione per i carboidrati, altezza e peso normali, disagio sociale, assenza di preoccupazione per il peso e la forma, assenza di dispercezione dell'immagine corporea. La gamma di cibi con cui questi bambini si nutrono è davvero molto ristretta: a volte prevede solo quattro o cinque categorie di alimenti. I bambini risultano a volte fisicamente sani, mentre il loro problema più manifesto è rappresentato dal disagio sociale e dalla vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere. Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutica, mentre il bambino in genere rifiuta il trattamento mediato dai genitori.

La Disfagia Funzionale comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare. Tra i motivi scatenanti identificabili, non è stata individuata alcuna causa organica, né preoccupazione per il corpo o dispercezione delle sue forme.

L'evitamento del cibo ha ragioni molto diverse rispetto all'AN: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde. Si tratta di sentimenti molto difficili da trattare.

La Sindrome da Rifiuto Pervasivo è il rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico o una psicosi infantile. Ciò che è certo è che la prognosi è sicuramente molto grave.

- **Immagine corporea e comportamento alimentare**

L'insorgenza sempre più precoce dei DCA ci costringe a riflettere su quali possano essere i fattori specifici e aspecifici di tale espressione patologica comparsa nell'ultimo decennio.

Contemporaneamente all'aumentare delle forme precoci di DCA, si è allargata a macchia d'olio l'obesità infantile: oggi un bambino italiano su tre è in soprappeso ed uno su sette francamente obeso. Gran parte di questi bambini (30-60%) mantiene l'eccesso ponderale anche in età adulta e già durante l'età evolutiva l'obesità si associa a morbilità metabolica e d'organo.

Il quadro clinico dei Disturbi del Comportamento Alimentare osservato nelle bambine e nelle preadolescenti è del tutto sovrapponibile a quello delle ragazze adolescenti e delle giovani donne: l'ossessione intensa per il cibo, il peso e le forme corporee, nucleo della psicopatologia, diviene un sostituto difensivo contro i conflitti associati al raggiungimento dell'identità personale in una fase

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

della vita in cui le strutture fisica e psicologica attraversano una fortissima, direi catastrofica, trasformazione.

L'adolescenza rappresenta una fase critica del ciclo vitale soprattutto per quanto riguarda la formazione dell'immagine di sé dello schema corporeo. Il rapporto con il cibo in questa fascia d'età riveste un'importanza fondamentale non solo per la crescita e lo sviluppo del corpo, ma anche in quanto valore simbolico che contribuisce a definire l'identità personale e l'autonomia psicosociale. I fattori di rischio per un esordio precoce di DCA sono senz'altro aumentati: i modelli culturali della magrezza a cui i bambini sono sempre più esposti attraverso i mass media, ma anche attraverso la famiglia, la scuola e i luoghi di aggregazione; abitudini alimentari scorrette e sempre meno regolari in ambito familiare; l'aumento dell'incidenza dell'obesità infantile che costituisce un fattore di rischio specifico per i DCA.

Un'alta prevalenza di preadolescenti femmine seguono diete per perdere peso e numerosi studi confermano che tale comportamento è un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie alimentari e problemi di salute cronici. L'eccessiva importanza attribuita alle regole che vincolano la quantità di cibo, gli intervalli di digiuno o le calorie da assumere, insieme alla paura della superalimentazione e della sottoalimentazione ha l'effetto di abituare il bambino, sin da molto piccolo, a non ascoltare i propri stimoli interni (fame, sazietà...) o i propri gusti. In questo modo, egli mangia secondo i modelli di comportamento della famiglia, del gruppo dei pari, della televisione senza allenarsi ad esercitare in alcuno modo il proprio senso critico rispetto ai messaggi che gli arrivano e senza che il suo organismo venga soddisfatto da scelte alimentari personali e consapevoli. In questo disorientamento dovuto ad una continua sovrastimolazione di informazioni, il bambino può facilmente imparare ad utilizzare il cibo come risposta alle emozioni, succedaneo della relazione con l'Altro, soddisfacimento immediato ed illusorio delle proprie aspirazioni, dimenticando di ascoltare realmente bisogni e necessità.

Il contesto socio-culturale influisce significativamente nella formazione dei modelli di riferimento che diventano parametri di giudizio, e quindi di valore, del bambino. Negli ultimi cinquant'anni, l'ideale estetico si è progressivamente conformato attorno ad un'immagine corporea filiforme, che ha determinato una pressione sociale alla magrezza come espressione di valore positivo. Molti studi sottolineano come la valorizzazione estrema dell'apparenza e della bellezza, associata a magrezza, abbia un ruolo primario nello sviluppo e nella diffusione di un'eccessiva attenzione al peso, alle forme corporee e all'alimentazione in genere. Il controllo morboso di ciò che mangia, l'attività fisica eccessiva, le estenuanti pratiche estetiche, la scelta e la selezione ossessive dei cibi

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

rappresentano quindi modalità sempre più diffuse attraverso cui l'adolescente definisce rapporti sociali e identità personale. È indubbio che la società attuale presti particolare attenzione al corpo, interrogandosi sul ruolo e sulle funzioni che svolge nell'esperienza quotidiana e sulle dinamiche psicologiche, emotive, culturali e formative che una tale enfaticizzazione comporta. Il corpo è una dimensione della nostra esistenza nella quale si iscrivono dinamiche affettive, pulsionali ed emozionali come quelle sociali, culturali e comunicative.

Come riuscire a conciliare una cornice culturale che diffonde un'idea di corpo inteso come possesso e dominio, disciplinato da pratiche minuziose che continuamente tese a rinegoziarne i confini, con i propri limiti naturali, individuali, intimi ed emozionali?

Schilder sosteneva che l'immagine corporea è "l'immagine del nostro proprio corpo che formiamo nella mente, il modo in cui il corpo appare a noi stessi", cioè un insieme di processi dipendenti dal contesto, un'unità molteplice di diverse rappresentazioni di sé, un "filtro cognitivo" che ci consente di interpretare la realtà attraverso il processo di attribuzione di significato delle esperienze.

L'immagine di sé è la relazione che il corpo stabilisce con il Sé e con gli altri, in una dinamica complessa e graduale, attraverso la quale viene a formarsi l'identità del soggetto, continuamente in fieri, dove la strutturazione del corpo non è data una volta per tutte, ma si trasforma costantemente insieme alle diverse relazioni che il soggetto-corpo stabilisce col mondo stesso.

Le bambine e le ragazze che apparentemente negano la centralità del corpo, ma che lo dimagriscono o lo riempiono di cibo fino all'inverosimile, soffrono in realtà di un'ipermentalizzazione di quel corpo, oggetto e contenuto di ogni loro pensiero. Nel tentativo di domarlo e farlo scomparire si ritrovano schiave di un corpo irreali, al cui controllo, peso e conformazione dedicano ogni minuto della giornata. Nel falso pretesto di rivendicare l'esclusivo valore della dimensione psichica, esse diventano solo corpo, agganciando il sentimento di identità al peso e al giudizio della bilancia.

- **Ma è possibile prevenire?**

Nel caso di bambine molto piccole il riconoscimento del disturbo non è semplice, dal momento che cambiamenti fisici o psicologici possono essere facilmente attribuiti alla loro giovane età. Questo porta a spostare l'attenzione su programmi di prevenzione primaria che coinvolgano i principali luoghi della formazione identitaria: la famiglia e la scuola.

Tra gli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il Ministero della Salute contempla infatti la lotta all'obesità e ai DCA, allo scopo di diminuire il numero di persone che si ammalano di queste patologie. Tuttavia, allo stato attuale non esistono interventi di prevenzione

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

primaria dei DCA la cui efficacia sia provata e documentata. In questa incertezza sembra utile richiamare l'attenzione su tre aspetti:

L'informazione isolata non sembra sortire effetti positivi sulla prevenzione.

Particolarmente significativa potrebbe rivelarsi l'attenzione alla percezione del bambino e dell'adolescente nei confronti della morte, del futuro, del Sé, delle relazioni familiari, con particolare riferimento alla trasmissione generazionale di eventuali processi immaturi nella differenziazione dei ruoli familiari.

Gli ambiti operativi per gli obiettivi della prevenzione comprendono la scuola, il gruppo dei coetanei e quello degli operatori socio-sanitari.

L'obiettivo principale dei programmi di prevenzione è quello di aumentare i fattori di protettivi, in grado di prevenire l'insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Molti programmi di prevenzione, in tutto il mondo occidentale, cercano di mettere in evidenza soprattutto le tecniche di coinvolgimento dei ragazzi prevalentemente in età scolare. Il gruppo di ricerca di McVey, uno dei più accreditati nel panorama scientifico internazionale, dopo aver constatato l'efficacia di un intervento di prevenzione dei disturbi alimentari attraverso un programma di supporto tra pari denominato "Girls Talks" (discorsi tra ragazze) all'interno del contesto scolastico, decide di ripeterlo per valutare se i risultati ottenuti precedentemente potessero essere generalizzati. Viene così appurato che programmi di prevenzione che utilizzano il gruppo dei pari come fattore di sostegno, di partecipazione, di condivisione e discussione, conducono a risultati migliori rispetto a programmi di prevenzione classici, (ad esempio sotto forma di lezione o conferenza) che producono cambiamenti nella conoscenza piuttosto che nei comportamenti. Tali studi confermano l'efficacia dell'applicazione del gruppo di sostegno tra pari soprattutto nelle scuole Elementari e Medie, dove non ci siano significative preoccupazioni per il peso e le forme corporee.

I momenti formativo-informativi devono essere strutturati per tematiche specifiche e finalizzati a sviluppare abilità di gestione degli eventi di vita potenzialmente stressanti, focalizzando l'attenzione sul miglioramento del concetto di sé, sull'accettazione del proprio aspetto fisico e sull'autostima.

Il nuovo orientamento per la prevenzione di DCA non ha più solo lo scopo di prevenire i fattori di rischio di queste malattie, ma anche quello di lavorare sui fattori protettivi, cioè su quegli elementi che consentono un normale e fisiologico sviluppo dell'individuo, introducendo il concetto di "resilienza" per sottolineare l'importanza di "un tempo dedicato ad un lavoro sulle risorse, sui fattori protettivi (...) per esercitare una virtù e promuovere salute in un cammino fatto di imprevisti, di fatiche, di scelte, ma soprattutto di ascolto, di espressione di sé e dei propri desideri".

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

La scuola costituisce un luogo di riferimento per diverse componenti della comunità: gli studenti e le loro famiglie, gli insegnanti e il personale scolastico, gli operatori professionali e i volontari che vi operano a diverso titolo. Perciò essa rappresenta uno dei principali punti di forza per lo sviluppo comunitario di una strategia di promozione della salute, attraverso la costruzione e il potenziamento di processi di partecipazione e cooperazione.

- **Ciò che i bambini osservano e raccontano**

Da alcuni anni svolgiamo, come équipe formativa del Centro DCA, interventi strutturati nelle scuole Elementari, Medie inferiori e superiori, sia per valutare in che modo il condizionamento culturale legato al modello di magrezza intervenga nella costruzione della percezione corporea, sia per disporre una base per strategie operative di intervento di prevenzione primaria in ambito scolastico. Progressivamente, abbiamo messo a punto diverse modalità di intervento, cercando di renderle quanto più accessibili e fruibili alle classi di età selezionate; contemporaneamente i dati raccolti su circa 800 ragazzi ci hanno aiutato a perfezionare e modulare il tipo di intervento.

In particolare, un recente lavoro di prevenzione e ricerca su un campione di bambini e preadolescenti ci ha restituito utili riflessioni sulla costruzione dell'immagine corporea, come fattore di rischio anche molto precoce per i DCA. Il nostro studio nasce da un intervento di educazione alimentare effettuato su un campione di 167 bambini di alcune scuole Elementari e Medie inferiori della Provincia di Perugia, di età compresa tra i 10 e i 12 anni, di cui 97 femmine e 70 maschi. Il percorso, svolto in integrazione e in continuità ai temi affrontati dalle diverse discipline scolastiche, ha utilizzato come traccia di riferimento: "Le diete squilibrate e le diverse proposte del mercato". Dalla proiezione di filmati, slides e lucidi, si è passati alla discussione dell'esperienza personale, con l'intento di offrire ai bambini coinvolti nel progetto spunti di riflessione, comprensione e giudizio autonomo rispetto ai continui e spesso contrastanti messaggi di bellezza, forma fisica e salute. I bambini parlano con estrema semplicità e tranquillità di ciò che vedono intorno e si raccontano, descrivendo il proprio vissuto, ciò che senza far troppo rumore entra a far parte della loro quotidianità: «la dieta strana della mamma che non riesce mai a dimagrire... ora anziché mangiare beve delle cose che le dà un'amica... secondo me le fanno solo male»; oppure la dieta della cuginetta «che non può mangiare pasta e pane perché il dottore le ha detto che la fanno ingrassare», o ancora della zia che «è sempre a dieta e non è mai contenta». Un bambino ammette che i compagni lo prendono spesso in giro per il suo aspetto: «forse dovrei dimagrire un po', ma mia madre dice che sono ancora troppo piccolo per seguire una dieta... se mai

Seminario Ritorno alla Vita - 4 giugno 2012 Milano Assago

la farò tra qualche anno... » e poi si parla di Costantino, «quello tutto muscoli che pubblicizza Tesmed». Allora mi rendo conto che tutti conoscono «l'elettrostimolatore per fare i muscoli», che molti papà e zii lo hanno già comprato e che alcuni sono curiosi di provarlo nonostante loro stessi dicano «ma non funziona davvero, quello lì per avere tutti quei muscoli avrà fatto ore ed ore di allenamenti!». Una bambina dice di non piacersi perché dovrebbe perdere qualche chilo e che non sente di avere alcuna probabilità per diventare bella come le modelle della televisione o delle pubblicità: «quelle lì sono tutte anoressiche... non mangiano... e io non ci riuscirei mai». Raccontano delle mille diete dimagranti che vedono sui giornali, in televisione o su persone che le hanno provate ed ognuno ha esperienze ed opinioni personali più o meno dirette: «la dieta dissociata secondo me è la migliore... è la più equilibrata (...) i pasti sostitutivi li ho provati una volta ma li hanno fatti solo per rubare soldi alla gente... li usa ogni tanto mia madre (...) l'istruttore della palestra ha consigliato la dieta a zona a un amico di mio fratello per fargli aumentare la massa».

Quello che i bambini raccontano è un mondo di diete in cui la preoccupante diffusione dell'idealizzazione della magrezza e l'attenzione al peso si impongono con prepotenza; un mondo in cui, accanto ai messaggi dei mass-media, si ritrovano i condizionamenti delle esperienze delle persone che fanno parte della loro realtà: la famiglia, la scuola, gli amici, gli allenatori. È un mondo che osservano e che inevitabilmente vivono e dal quale vengono condizionati giorno dopo giorno. E allora, pur consapevoli dell'arduo compito che spetta a chi voglia impegnarsi nella crescita e nella formazione dei bambini (“...ma com'è difficile, oggi, contrastare il flusso micidiale della mala informazione, della mala educazione, della pubblicità del peggio, dei mille camuffamenti della verità ai fini del potere e del benessere dell'individuo”), non possiamo che confermare l'importanza di modelli di intervento di prevenzione per cercare di contrastare l'impatto delle “potenti forze culturali” che favoriscono e sostengono dispercezioni corporee, e in certi casi anche la diffusione di comportamenti alimentari disturbati. ■

Laura Dalla Ragione