
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva

Diagnosi, assessment e trattamento

Susanna Pizzo e Valentina Massignani

GUIDE
PSICOLOGIA

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA
E COMPORTAMENTALE
Direzione Ezio Sanavio

 Erickson

IL LIBRO

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

In questo volume vengono presentati problemi alimentari che si possono manifestare in età precoce, oltre che i veri e propri disturbi alimentari dalla prima infanzia alla pre-pubertà dal punto di vista teorico-diagnostico.

Come costruire un trattamento specifico e personalizzato per la risoluzione di un disagio che il bambino esprime attraverso il suo corpo?

Vengono esaminati approfonditamente i criteri di diversi sistemi di classificazione, nello specifico: la *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised 0-3*; i *Great Ormond Street Criteria*; il *DSM-5®: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*.

Si affrontano il tema dell'obesità e le relative implicazioni psicologiche, oltre che condizioni atipiche come alcune disabilità a cui sono associate problematiche alimentari. Sono anche trattati in una prospettiva evolutiva il comportamento

Una valida guida per la diagnosi e un intervento altamente integrato, multidisciplinare e strutturato

alimentare, lo sviluppo dell'immagine corporea e delle preoccupazioni riguardanti la forma e il peso corporeo. Inoltre viene considerato il trattamento secondo un approccio cognitivo-comportamentale integrato prendendo in considerazione l'alleanza terapeutica, la riabilitazione psiconutrizionale, l'intervento con la famiglia e a scuola.

Il volume, rivolto a psicologi, giovani psicoterapeuti in formazione e psicoterapeuti esperti in terapia cognitivo-comportamentale, rappresenta un ottimo strumento per la diagnosi e l'intervento riguardo i principali problemi dell'alimentazione e della nutrizione del bambino fin dalla nascita.

LE AUTRICI

SUSANNA PIZZO

Docente e supervisore per le scuole di specializzazione in psicoterapia cognitiva e comportamentale dell'AIAMC. È responsabile del Centro Clinico Disturbi Alimentari e Obesità, presso l'Istituto Miller di Genova e Firenze.

VALENTINA MASSIGNANI

Laureata in Psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Padova. Socia straordinaria AIAMC, si occupa di valutazione psicodiagnostica, counseling, sostegno psicologico e trattamento dei disturbi d'ansia e dell'umore nei bambini e negli adulti.

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

DIREZIONE EZIO SANAVIO

I Quaderni di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale presentano i principali contributi di ricerca nazionali e internazionali e i più aggiornati strumenti clinici e operativi per l'assessment e il trattamento.



€ 21,00



www.erickson.it

INDICE

- 7 PRESENTAZIONE (Romana Schumann)
- 11 CAPITOLO PRIMO
Alimentazione e corpo: una prospettiva evolutiva
- 35 CAPITOLO SECONDO
Diagnosi, classificazione ed eziologia dei disturbi della nutrizione
e dell'alimentazione in età evolutiva
- 75 CAPITOLO TERZO
Condizioni cliniche particolari
- 105 CAPITOLO QUARTO
L'assessment dei disturbi alimentari in età evolutiva
- 139 CAPITOLO QUINTO
La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi alimentari
in età evolutiva
- 173 CAPITOLO SESTO
Intervento interdisciplinare

Presentazione

È con grande piacere che accolgo l'invito a presentare questo testo *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva* che nasce dall'esigenza di raccogliere in modo organizzato e sistematico le informazioni e le conoscenze scientifiche nell'ambito dei molteplici disturbi dell'alimentazione in giovane età.

Le autrici Susanna Pizzo e Valentina Massignani rispondono con questo libro a un'esigenza clinica che osserva sempre più spesso lo spostamento dell'insorgenza di una patologia alimentare in età evolutiva. Loro aggiungono un testo di riferimento in lingua italiana che aiuterà ad affrontare il tema durante la formazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale e quindi si rivolge a un pubblico composto da psicologi, giovani psicoterapeuti in formazione, ma anche a psicoterapeuti esperti in CBT che vengono a contatto con tali problematiche nella loro pratica clinica.

Le autrici hanno analizzato in un'opera molto meritevole le più rilevanti informazioni che la ricerca scientifica ha prodotto negli ultimi venti anni. Per il lettore si apre così un'importante finestra su quelli che sono i temi da approfondire qualora decida di avvicinarsi a tali patologie. I quesiti di questo contributo enfatizzano la necessità della creazione di un ponte tra medicina e psicologia in vista dell'ottenimento di successi terapeutici duraturi.

I disturbi dell'alimentazione nell'infanzia e nell'adolescenza sono disordini del normale fluire dell'alimentarsi, diffusi sempre più con sfumature che si avvicinano ai disturbi del comportamento alimentare dell'adulto. Lungi dal poter essere ridotti a un disturbo della nutrizione, implicano una serie di reazioni cognitive, emotive e comportamentali, sia da parte di colui che ne è afflitto che di chi lo circonda come l'ambiente familiare. I disturbi dell'alimentazione hanno un fortissimo impatto sulle relazioni interpersonali, sul percorso scolastico e accademico, sul benessere psicologico e sulla qualità di vita. Sarà così necessario che il professionista possieda le conoscenze e la deontologia adeguate per costruire insieme alla famiglia la motivazione necessaria per avviare un trattamento specifico e personalizzato verso la risoluzione di un disagio che il bambino esprime utilizzando lo strumento più autentico a sua disposizione: il corpo.

Vengono illustrate, in una prospettiva evolutiva, le fasi e i momenti attraverso cui il bambino costruisce il suo rapporto con il cibo e struttura la sua immagine corporea all'interno dell'ambiente relazionale e sociale nel corso del suo sviluppo fisico e mentale (capitolo 1). L'acquisizione di una buona regolazione emozionale interna ha una forte rilevanza nel favorire un rapporto sano con il cibo durante lo sviluppo.

Viene poi affrontato il problema dell'inquadramento teorico e diagnostico dei disturbi alimentari secondo un approccio biopsicosociale. Prendendo come punto di partenza la nosografia del DSM-5 (APA, 2014) si evidenzia la difficoltà diagnostica riscontrata per i disturbi alimentari in età evolutiva (capitolo 2). Per sopperire a tale mancanza a oggi risulta utile un'integrazione con altri sistemi di classificazione maggiormente focalizzati su queste fasce d'età. Data la multifattorialità e la complessità dell'eziologia di tali patologie viene elaborata un'interessante panoramica sui fattori di rischio alla luce delle ultime ricerche a riguardo.

È necessario che il professionista approfondisca aspetti relativi alla diagnosi differenziale attraverso la conoscenza di problemi psicologici e organici, che possono compromettere l'alimentazione del bambino non direttamente connessi a un disturbo alimentare. La diagnosi differenziale risulta essere un aspetto estremamente rilevante per una buona riuscita del trattamento (capitolo 3). Un focus particolare viene posto sul tema dell'obesità infantile e adolescenziale, patologia in continuo crescendo all'interno della società che richiede una maggior sensibilizzazione e prontezza d'intervento rispetto a quanto riscontrato fino a oggi.

Sia nella fase di assessment (capitolo 4) che in quella terapeutica, l'approccio cognitivo-comportamentale necessita di essere adeguato alle competenze cognitivo-relazionali del bambino coinvolgendo in modo attivo la famiglia nel percorso motivazionale e riabilitativo. Soprattutto nella fase iniziale l'attività di monitoraggio, il supporto comportamentale da parte dei genitori, così come la costruzione di una solida alleanza terapeutica con il bambino, sono presupposti necessari per impostare una terapia efficace (capitolo 5).

La ricchezza innovativa di questo testo è dovuta anche all'attenzione posta dalle autrici sui recenti contributi scientifici in merito alla necessità di sviluppare un trattamento integrato tra l'aspetto psiconutrizionale e l'intervento psicologico-psicoterapeutico (capitolo 6). I diversi professionisti devono lavorare in modo integrato nel definire e seguire il medesimo progetto terapeutico affinché quest'ultimo non risulti semplicemente una sommatoria dei contributi di diverse discipline ma sia, anche in età evolutiva, la risultante di una forte sinergia tra i vari settori (medico e psicologico).

La necessità di un team multidisciplinare adeguatamente formato nell'approccio a tali patologie è un presupposto indispensabile per il successo del trattamento,

anche secondo le più recenti linee guida internazionali. La ristrutturazione dei modelli alimentari disfunzionali nell'ambito medico-nutrizionale deve avvenire in modo coordinato al lavoro psicoterapeutico.

A tal proposito, le autrici sottolineano come peculiarità del processo terapeutico in età evolutiva il ruolo predominante dato all'intervento familiare sia nell'ambito della riabilitazione psiconutrizionale che in quello psicologico-psicoterapeutico. La famiglia può essere infatti una grande risorsa nel processo di guarigione del paziente come anche, se non adeguatamente supportata, un importante fattore di mantenimento del problema.

È necessario accogliere e contenere le ansie e le frustrazioni dei genitori dovute in parte al disturbo, nonché guidare tutti i componenti della famiglia verso l'apprendimento di competenze cognitive-emotive-comportamentali che siano funzionali al processo di cambiamento terapeutico nel paziente.

Infine, il libro dedica uno spazio importante alla necessità di affrontare, soprattutto nella fase riabilitativa, un intervento di integrazione e supporto all'istituzione scolastica.

Mi complimento con le autrici per aver dato questo contributo importante e di grande aiuto per i professionisti coinvolti nella scelta della cura di disturbi alimentari e obesità in età evolutiva. Il loro forte e acuto suggerimento è quello di porre l'attenzione sull'offerta innovativa della riabilitazione psiconutrizionale combinata con un ampio e differenziato inquadramento psicologico-psicoterapeutico sia per il paziente in giovane età che per la sua famiglia.

Mi auguro che tale contributo scientifico offra al professionista che si propone di lavorare in tale ambito una nuova prospettiva di intervento terapeutico, basata sulla necessità di fornire una risposta integrata, multidisciplinare e strutturata.

Romana Schumann
Psicologa psicoterapeuta

Alimentazione e corpo: una prospettiva evolutiva

Lo sviluppo dell'autoregolazione della nutrizione

Il ruolo della dieta materna e dell'allattamento

L'esperienza del bambino col cibo sembra iniziare prima della nascita, quando il feto sta crescendo nel grembo materno. L'ambiente alimentare del feto è sensibile ai cambiamenti delle abitudini dietetiche materne e l'esposizione a queste influenza la futura accettazione da parte del bambino dei cibi solidi (Fisher e Birch, 2001). Tra la dodicesima e la quattordicesima settimana di gestazione, periodo in cui il feto sviluppa la capacità di deglutire e l'esperienza legata al gusto, il liquido amniotico diviene una ricca fonte di esposizione sensoriale. Manella, Johnson e Beauchamp (1995) hanno condotto uno studio nel quale è stato rilevato l'odore di aglio nel liquido amniotico di quattro donne su cinque alle quali erano state somministrate capsule contenenti essenza di aglio subito prima di sottoporsi a un'amniocentesi di routine. Ciò fa ipotizzare che il liquido amniotico possa essere sensibile ad aspetti sensoriali legati all'alimentazione materna e che l'esperienza con il sapore inizi quando il feto è esposto al gusto e al sapore della dieta materna in utero.

Una volta uscito dal grembo materno, il bambino si nutre grazie all'allattamento. La scelta di allattare al seno piuttosto che artificialmente può avviare percorsi molto diversi in relazione a due elementi rilevanti: l'esperienza del gusto e il controllo della quantità di cibo ingerita. Riferendoci all'esperienza col gusto, è possibile pensare che la dieta del bambino durante i primi mesi di vita sia sostanzialmente unidimensionale, in quanto basata unicamente sull'assunzione di latte. Tuttavia l'allattamento al seno porta con sé i sapori legati alla dieta materna, già presenti nel liquido amniotico; uno studio di Manella e Beauchamp (1991a) ha rilevato odore di aglio in campioni di latte materno di donne che avevano assunto capsule con essenza di aglio due ore prima del test. Risultati simili sono stati ottenuti facendo assumere alle neomamme estratto di alcol (Manella e

Beauchamp, 1991b) e di vaniglia (Manella e Beauchamp, 1996b). L'esposizione a questi sapori comporta una sistematica alterazione del ritmo di suzione e della quantità di latte ingerito dal neonato. L'assunzione di latte materno sembra quindi esporre il neonato a un ambiente ricco di sapori; al contrario l'assunzione di latte artificiale potrebbe determinare un'esperienza gustativa più costante e meno variabile. Dal punto di vista alimentare, un passo evolutivo importante consiste nel passaggio al consumo di cibi solidi; la differente esperienza dei sapori fatta dai bambini allattati rispetto a quelli nutriti con latte in polvere pone le basi per un diverso atteggiamento precoce di accettazione nei confronti dei cibi solidi. Infatti la varietà della dieta materna influenza l'ampiezza della gamma dei sapori di cui il bambino fa esperienza in utero e quindi influisce anche sulla varietà dei cibi che verranno accettati dal bambino.

Infine, l'allattamento al seno piuttosto che al biberon potrebbe determinare esperienze differenti per quanto concerne il controllo dell'alimentazione tra madre e bambino. Considerando che l'allattamento al seno non consente un feedback visivo rispetto al volume di latte assunto dal bambino a ogni poppata, il comportamento della madre potrebbe essere maggiormente legato alle risposte del neonato sia per determinare quando iniziare la poppata sia per capire quando terminare; il pasto quindi si interromperà presumibilmente quando la suzione del neonato rallenta o si arresta, per cui la madre immagina che il figlio sia sazio. Contrariamente a ciò, la nutrizione tramite biberon dà alla madre informazioni maggiori riguardo alla quantità di latte consumata dal bambino e quindi i genitori hanno un ruolo più attivo nel determinare il momento in cui l'alimentazione inizia e in cui finisce e la quantità di latte che il bambino assume a ogni poppata. Il diverso approccio all'allattamento della madre (al seno o con biberon) può trasmettere informazioni molto diverse al bambino riguardo alla sazietà, ossia la condizione per la quale l'alimentazione termina: per il bambino allattato al seno essa termina generalmente in accordo a segnali di sazietà; al contrario per il bimbo allattato al biberon il senso di pienezza risulta secondario rispetto al controllo materno. Sembra che, col tempo, possano svilupparsi problemi di bilancio energetico quando i segnali di sazietà del bambino hanno un minor potere determinante sulla conclusione del pasto rispetto alle decisioni materne (Wright, Fawcett e Crow, 1980).

La relazione con i genitori nei primi mesi di vita del bambino

Le basi per l'autoregolazione interna dell'alimentazione vengono poste durante il primo anno di vita; è in questo periodo che il bambino sviluppa la capacità di identificare i segnali interni di fame e sazietà e di reagire adeguatamente ad essi, mangiando o interrompendo l'alimentazione (Chatoor e Ganiban, 2004). Alla base

della regolazione interna dell'alimentazione vi è lo sviluppo di un sistema comunicativo bambino-genitore in cui il piccolo trasmette la propria fame o sazietà e il genitore risponde a questi segnali in modo adeguato; il caregiver, rispondendo in modo differenziato e contingente ai comportamenti del figlio, favorisce lo sviluppo nel bambino della capacità di individuare consapevolmente i propri stati di fame e sazietà e gli insegna a rispondere adeguatamente a questi diversi segnali interni (mangiare quando è affamato, interrompere l'alimentazione quando è sazio). Questa competenza si sviluppa parallelamente all'autoregolazione in altri domini quali quello emozionale e di controllo comportamentale, ed è parte di un più ampio processo di transizione verso l'autonomia che avviene durante i primi anni di vita.

Lo sviluppo della nutrizione autonoma e autoregolata internamente avviene in tre stadi: omeostasi, reciprocità diadica, passaggio all'alimentazione autonoma. Durante queste fasi, le caratteristiche del bambino e dei genitori possono interferire con la regolazione nutrizionale, ponendo le basi per l'insorgenza di pattern alimentari disfunzionali.

- *Il raggiungimento dell'omeostasi*: avviene durante i primi mesi di vita e in questo stadio il compito principale del bambino è quello di raggiungere e mantenere uno stato di calma vigile per potersi alimentare. Lo sviluppo di un sistema comunicativo con il genitore in cui i segnali di fame e sazietà del bambino siano espressi e compresi dai caregiver permette di mantenere un'omeostasi nutrizionale. Se il genitore è in grado di differenziare e rispondere adeguatamente ai segnali di fame e sazietà del figlio, favorirà lo sviluppo della regolazione interna della nutrizione in quanto rinforzerà la distinzione tra stato di fame e stato di sazietà e inoltre rinforzerà il fatto che questi due stati richiedono risposte differenti. Se i genitori hanno difficoltà a comprendere o a rispondere ai bisogni del figlio, è possibile che lo alimentino indipendentemente dai suoi segnali interni di appetito e pienezza. Di conseguenza, la capacità del piccolo di distinguere tra fame e sazietà sarà compromessa e i suoi bisogni non saranno soddisfatti. Un'alterazione relativa a questa fase può portare allo sviluppo di un disturbo alimentare dell'autoregolazione.
- *Il raggiungimento della reciprocità diadica*: a partire dai due ai quattro mesi di vita, il bambino diventa un agente socialmente attivo nell'interazione coi genitori grazie al contatto oculare, alle vocalizzazioni e alla vicinanza fisica reciproca. Ciò porta a cambiamenti significativi delle interazioni tra caregiver e bambino durante la nutrizione; queste infatti saranno regolate reciprocamente dal genitore e dal figlio. Il bambino agirà attivamente e volutamente sul caregiver con segnali finalizzati a manifestare il proprio stato di fame e sazietà, mentre il genitore controllerà la disponibilità del cibo. In una situazione ottimale, il bambino emetterà chiari segnali di fame e sazietà che il genitore comprenderà e a cui risponderà

adeguatamente; ma se il piccolo emetterà deboli segnali relativi al proprio stato interno e/o i genitori non saranno in grado di coglierli, ad esempio perché distratti da altro, la regolazione reciproca della nutrizione non potrà svilupparsi. Generalmente questi bambini vengono nutriti sporadicamente e i loro bisogni alimentari non sono adeguatamente soddisfatti; nei casi più gravi può svilupparsi un disturbo alimentare della reciprocità caregiver-bambino.

- *Passaggio all'alimentazione autonoma*: tra i sei mesi e i tre anni di vita il bambino sviluppa una maggiore indipendenza fisica ed emotiva e la maggior capacità di comprendere le relazioni causa-effetto assume un particolare ruolo nella nutrizione. Durante questo stadio il bambino non deve solo differenziare tra sensazione di fame e sazietà ma deve anche differenziare queste sensazioni fisiche dalle esperienze emozionali; diventa quindi importante che i genitori sappiano diversificare i segnali di fame e pienezza del figlio da quelli a valenza emotiva e che vi rispondano adeguatamente, offrendogli cibo quando il bambino è affamato ma non quando ha bisogno di affetto o di essere calmato, e terminando il pasto quando il bimbo è sazio e non quando il cibo nel piatto è terminato. Ciò permetterà che il bimbo sviluppi una regolazione interna indipendente dell'alimentazione. Se invece i genitori rispondono ai bisogni emotivi del figlio nutrendolo, il bambino confonderà la fame con le esperienze emozionali e imparerà a mangiare o a rifiutare il cibo quando avverterà emozioni quali tristezza, frustrazione, rabbia; l'alimentazione del bambino sarà quindi regolata esternamente dalle sue esperienze emozionali. Nel caso in cui il bambino emetta chiari segnali di fame e sazietà, i genitori potranno interpretarli correttamente e il bambino svilupperà un'alimentazione autonoma; nel caso in cui invece l'infante emetta scarsi segnali, i genitori possono preoccuparsi e diventare ansiosi relativamente al fatto che il bambino non mangi abbastanza da permettergli di crescere e dunque tenderanno a sottostimare i suoi segnali di pienezza. D'altra parte, se un bambino emette scarsi segnali di sazietà e tende a calmarsi quando gli viene fornito del cibo, i genitori possono insegnargli a mangiare in risposta alle proprie esperienze emotive e a sviluppare un pattern di iperalimentazione.

Il ruolo dell'apprendimento

I bambini acquisiscono dal loro ambiente e dall'esperienza una vasta gamma di informazioni riguardanti il cibo e l'alimentazione: imparano qual è il luogo adatto (in cucina a tavola, di fronte alla televisione in salotto, nella propria stanza, ecc.) e qual è il momento della giornata appropriato per alimentarsi, apprendono le modalità con cui si svolgono i pasti, le maniere e le regole riguardanti come sia meglio consumare il cibo (con le posate o con le mani) e come comportarsi a

tavola. I bambini inoltre imparano che queste regole possono variare a seconda dell'ambiente in cui vengono a trovarsi; potranno comportarsi diversamente a seconda che si trovino a casa loro, a casa di un amico, alla mensa scolastica.

I genitori rappresentano dei modelli particolarmente significativi per il bambino rispetto al comportamento alimentare: i figli li osservano e acquisiscono informazioni sulla loro alimentazione e sulle loro abitudini durante i pasti. Inoltre i genitori sono determinanti sia per il ruolo decisionale che esercitano sui tipi di cibo che vengono consumati in casa, sia per le decisioni che prendono riguardo l'alimentazione del figlio.

I genitori inoltre trasmettono al figlio un modello di comportamento alimentare; la coppia genitoriale tende a consumare cibi simili (Grimm-Thomas, Hoefling e Birch, 1999; Lee e Kolonel 1982; Patterson, Rupp, Sallis, Atkins e Nader, 1988), e l'alimentazione del bimbo riflette quella dei genitori (Laskarzewski et al, 1980; Oliveria et al, 1992; Patterson et al., 1988); la coppia parentale esercita questa influenza mettendo a disposizione del figlio il cibo che consuma, fungendo da modello alimentare significativo, ed esercitando controllo sulla nutrizione del bambino. Le somiglianze genitore-figlio nella regolazione problematica del consumo alimentare sono già presenti in un momento precoce dello sviluppo e sono particolarmente evidenti nel caso di madri e figlie (Fisher e Birch, 2001); nello studio di Cutting, Fisher, Grimm-Thomas e Birch (1999) è stata riscontrata un'associazione positiva tra comportamento disinibito alimentare delle madri e consumo eccessivo di cibo da parte delle figlie in età prescolare.

Anche la socializzazione svolge un ruolo molto importante: quando il bambino inizia a giocare con gli amici o con i fratelli e quando si creano opportunità di consumare il pasto con gli altri bambini, egli trae informazioni anche dal comportamento alimentare dei pari. L'influenza sociale può modificare il comportamento di accettazione del cibo del bambino grazie all'apprendimento osservativo. In uno studio, bambini messicani esposti a modelli più grandi che consumavano cibo piccante risultavano predisposti ad assaggiare e mangiare piccole quantità di questo tipo di alimento (Rozin e Schiller, 1980); tali risultati suggeriscono che i bambini piccoli possano essere sensibili alle preferenze e al comportamento alimentare delle persone presenti nel loro ambiente.

Il ruolo del controllo genitoriale e della restrizione alimentare

Con la crescita, il bambino acquisisce una maggior autonomia e inizia a partecipare alle decisioni riguardo il proprio comportamento alimentare in quanto esprime verbalmente i propri bisogni e le proprie preferenze. L'equilibrio che si instaura fra genitore e figlio nel controllo dell'alimentazione sembra avere

Diagnosi, classificazione ed eziologia dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva

La diagnosi dei disturbi alimentari in età evolutiva

Secondo il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – DSM-5 (APA, 2014) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

Vengono proposti i criteri per i seguenti disturbi:

- pica
- disturbo da ruminazione
- disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- anoressia nervosa
- bulimia nervosa
- disturbo da binge-eating.

In questo volume non verranno approfonditi il picacismo e il disturbo da ruminazione, per i quali rimandiamo il lettore direttamente al DSM-5 (APA, 2014).

Nelle tabelle 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 sono riportati i criteri diagnostici relativi agli altri disturbi.

TABELLA 2.1
**Criteria diagnostici del disturbo evitante/restrittivo
dell'assunzione di cibo secondo il DSM-5® (APA 2014, p. 385)***

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
<p>A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (per es., apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini).2. Significativo deficit nutrizionale.3. Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali.4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. <p>B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.</p> <p>C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.</p> <p>D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata alla condizione o al disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.</p> <p>Specificare se:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>In remissione</i>: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

* ©2014, Raffaello Cortina Editore, su licenza di *American Psychiatric Association* (2013).

TABELLA 2.2
**Criteria diagnostici relativi all'anoressia nervosa secondo il DSM-5®
(APA 2014, p. 391)***

Anoressia nervosa
<p>A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.</p> <p>B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.</p>

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Note di codifica: Il codice ICD-9-CM per l'anoressia nervosa è 307.1, assegnato indipendentemente dal sottotipo. Il codice ICD-10-CM dipende dal sottotipo (si veda sotto).

Specificare quale:

- (FSO.01) *Tipo con restrizioni:* Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- (FSO.02) *Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione:* Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Specificare se:

- *In remissione parziale:* Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.
- *In remissione completa:* Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

* ©2014, Raffaello Cortina Editore, su licenza di *American Psychiatric Association* (2013).

TABELLA 2.3
**Criteri diagnostici relativi alla bulimia nervosa secondo il DSM-5®
(APA 2014, pp. 398-399)***

Bulimia nervosa
A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none">1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

- *In remissione parziale*: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.
- *In remissione completa*: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

* ©2014, Raffaello Cortina Editore, su licenza di *American Psychiatric Association* (2013).

TABELLA 2.4
Criteri diagnostici relativi al disturbo
da binge-eating secondo il DSM-5® (APA 2014, pp. 404-405)*

Disturbo da binge-eating
<p>A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
<p>B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mangiare molto più rapidamente del normale.2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
<p>C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.</p>
<p>D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.</p>
<p>E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.</p>
<p>Specificare se:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>In remissione parziale</i>: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.• <i>In remissione completa</i>: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

* ©2014, Raffaello Cortina Editore, su licenza di *American Psychiatric Association* (2013).

Per la valutazione della gravità nell'anoressia nervosa (tabella 2.2), il DSM-5 si basa sull'Indice di Massa Corporea (IMC) nel caso degli adulti, mentre per i bambini e gli adolescenti sul percentile dell'IMC. I livelli di gravità specificati basandosi sull'indice di massa corporea sono i seguenti:

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

Nel caso della bulimia nervosa (tabella 2.3), il DSM-5 (APA, 2014) suggerisce di valutare la gravità facendo riferimento alla frequenza di condotte compensatorie inappropriate. I gradi previsti sono:

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

Per quanto riguarda il binge-eating (tabella 2.4), la gravità del disturbo è stimata in base alla frequenza degli episodi di abbuffata:

- *lieve*: da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana;
- *moderata*: da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana;
- *grave*: da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana;
- *estrema*: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

La quinta versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 2014) ha apportato alcuni cambiamenti rispetto alla versione precedente:

- non è più presente la sezione «Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza» e i disturbi del comportamento alimentare che si possono presentare in età evolutiva e in età adulta sono descritti nella sezione «Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione»;
- la categoria del DSM-IV (APA, 2000) corrispondente al disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza è stata rinominata Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, con un conseguente ampliamento dei criteri;
- i criteri relativi all'anoressia nervosa non sono stati riconcettualizzati ma è stato eliminato il requisito dell'amenorrea; il criterio A è stato riformulato per essere più chiaro e nel testo viene fornita una guida per valutare se il peso corporeo

Condizioni cliniche particolari

Condizioni atipiche

Quando ci riferiamo alle «condizioni atipiche», non intendiamo dire che il problema della nutrizione o dell'alimentazione sia meno grave rispetto al disturbo alimentare «vero e proprio». Per l'alimentazione, come per altri comportamenti quotidiani, la distinzione tra normale e anormale è spesso poco chiara. Mentre alcuni comportamenti alimentari sono palesemente al di fuori della normalità (ad esempio il vomito autoindotto), nella maggior parte dei casi si tratta di condotte che divengono preoccupanti solo se vengono portate all'estremo. La natura dimensionale dei problemi alimentari e il fatto che problemi lievi siano piuttosto comuni, mentre condizioni gravi risultino rare, rappresentano alcuni dei fattori che spiegano come mai attualmente non ci sia una teoria di base ampiamente accettata o un sistema di classificazione empiricamente derivato per i problemi alimentari nell'infanzia; di conseguenza, esiste un basso numero di ricerche empiriche in questo campo. Molto di quello che si sa è basato su esperienze cliniche; tuttavia, la mancanza di ricerche non riflette una minore severità clinica; ad esempio, cambiamenti nell'omeostasi del sistema di regolazione dell'appetito possono verificarsi in diversi stati patologici come infiammazioni, alterazioni della motilità gastrointestinale, tumori e malattie sistemiche generali. Tutti i problemi descritti di seguito possono presentarsi con una grave compromissione fisica, sociale e/o psicologica.

Fobie correlate al cibo e disturbo ossessivo-compulsivo

Le fobie che hanno come oggetto il cibo si possono presentare isolatamente (ad esempio come fobia specifica) o come parte di un disturbo d'ansia più complesso. È facile confondere questo tipo di problemi con altri disturbi alimentari, in quanto l'evitamento del cibo è caratteristica di molti dei problemi che andiamo descrivendo. La natura specifica della paura può variare, tra le altre cose, con lo stadio di sviluppo del bambino.

Le più comuni riguardano la paura per il vomito (emetofobia), la paura di contaminazione o avvelenamento, la paura di soffocamento o di deglutire-ingerire (disfagia funzionale) e la paura delle conseguenze dell'ipercolesterolemia (Lifshitz, 1987). Le fobie in relazione all'alimentazione sono di solito eventi secondari, cioè seguono un periodo di alimentazione normale per lo stadio di sviluppo. Chiari fattori scatenanti possono essere rappresentati da eventi traumatici per il bambino.

L'emetofobia, sebbene sia stata classificata come una fobia specifica, in realtà è un disturbo più complesso; si manifesta spesso con una sintomatologia che comprende, oltre agli attacchi di panico, anche un abbassamento del tono dell'umore, ansia sociale, restrizioni alimentari, comportamenti ossessivo-compulsivi e frequente storia di ansia da separazione (Boshen, 2007; Lipsitz, Fyer, Paterniti e Klein, 2001; Van Hout, Oude Lansink e Bouman, 2005). Nonostante la complessa fenomenologia, l'emetofobia viene presentata come diagnosi primaria in quanto la comorbidità con altri disturbi appare solo dopo la sua insorgenza (Lipsitz et al., 2001). Questa fobia non riguarda esclusivamente il vomito di per sé ma, piuttosto, l'atto del vomitare; le tre condizioni più comuni sono: la paura di vomitare, la paura di vomitare in presenza di altre persone e la paura di vedere altri vomitare (van Hout e Bouman, 2006). Il comportamento alimentare rappresenta un elemento centrale nella fenomenologia del disturbo, tuttavia non è presente la preoccupazione per il peso e la forma del corpo, costruito tipico dei disturbi alimentari; in ogni caso, nell'emetofobia possiamo assistere a una restrizione alimentare talvolta considerevole per la paura dell'effetto che i cibi potrebbero indurre dal punto di vista gastrointestinale. Nell'emetofobia vi è una tendenza a esprimere l'ansia attraverso sintomi somatici, nello specifico sintomi gastrointestinali come la nausea e la sensazione di «sfarfallamento» allo stomaco. Si osserva anche la tendenza a fraintendere in modo catastrofico la nausea e una certa ipervigilanza nei confronti dei sintomi gastrointestinali; le credenze tipiche che si osservano in questo disturbo riguardano l'inaccettabilità del vomitare, e si riscontra anche una maggiore sensibilità al disgusto. Gli evitamenti possono riguardare luoghi chiusi con molta gente, dove è più elevata la probabilità di contrarre qualche virus; tra i comportamenti protettivi si osserva un elevato uso di antibatterici per le mani assieme a ripetuti lavaggi, il controllo della data di scadenza dei cibi e assicurarsi ripetutamente dello stato di salute degli altri. Il bambino potrebbe iniziare eliminando alcuni cibi sulla base di criteri interni da lui stabiliti (ipotesi personali, credenze popolari o esperienze dirette), sulla pesantezza o digeribilità degli stessi, procedendo poi nell'eliminazione di intere categorie di cibi.

Rachmann (1976; 1977) ha osservato che uno dei percorsi attraverso i quali si acquisiscono le fobie specifiche è il condizionamento traumatico, che

può verificarsi anche attraverso una singola esposizione a un evento negativo. In questo caso, l'evento traumatico sarebbe legato al vomito; potrebbe trattarsi di una crisi vissuta in prima persona dal bambino, oppure l'aver visto vomitare un proprio genitore o un fratello (ad esempio, a causa di una grave patologia).

In molti bambini, la fobia degli alimenti può essere una caratteristica di un più pervasivo disturbo d'ansia o di un disturbo ossessivo-compulsivo. Esso può presentarsi con ossessioni legate al cibo in assenza però di preoccupazione per peso e forma del corpo. Ad esempio, il bambino potrebbe sviluppare una preoccupazione ossessiva per la composizione degli alimenti, per la presenza di sostanze grasse e unte o riguardo la freschezza dei cibi stessi; questo tipo di ossessione potrebbe indurre il bambino a limitare l'assunzione di cibo, orientandosi esclusivamente verso fonti notoriamente sicure (ad esempio, in termini di pulizia), oppure designando un membro della famiglia alla preparazione del cibo. L'associazione tra anoressia nervosa e disturbo ossessivo-compulsivo è ben conosciuta (Shafran, Bryant-Waugh e Arscott, 1995).

Condizioni organiche

Perdita dell'appetito

La perdita del desiderio di mangiare rappresenta una questione rilevante, ma spesso trascurata, nella gestione di individui affetti da malattie organiche. Essa può contribuire allo sviluppo di malnutrizione e all'alterazione del metabolismo delle proteine.

Uno stato anoressico si riscontra frequentemente in persone affette da condizioni mediche quali tumore, malattia renale cronica e malattia cardiopolmonare cronica. In queste condizioni mediche l'anoressia viene descritta dai pazienti come perdita dell'appetito, mentre non è presente la paura di ingrassare e la dispercezione corporea, tipici dei disturbi alimentari. Si tratta di una condizione complessa che, oltre alla perdita di appetito, può includere una combinazione di sintomi, quali senso di sazietà precoce, nausea cronica, perdita di peso involontaria, ridotta resistenza fisica e stanchezza (tabella 3.1).

TABELLA 3.1

Condizioni organiche associate a perdita dell'appetito

Sistema cardiopolmonare

- Disturbo cardiaco congenito
- Fibrosi cistica

Sistema gastrointestinale <ul style="list-style-type: none">• Malattia epatica cronica• Sindrome da colon irritabile• Celiachia• Reflusso gastroesofageo
Sistema renale <ul style="list-style-type: none">• Insufficienza renale cronica• Acidosi tubulare renale
Sistema endocrino-metabolico <ul style="list-style-type: none">• Ipotiroidismo• Insufficienza surrenalica• Ipercalcemia• Avvelenamento da piombo• Disturbo metabolico congenito
Sistema neurologico <ul style="list-style-type: none">• Tumore al cervello• Lesioni ipotalamiche

DEFICIT DELLA MOTRICITÀ ORALE

Un'alimentazione adeguata è strettamente correlata a un'ottimale funzionalità di tipo motorio orale e facciale, indipendentemente dalla motricità del resto del corpo.

Un deficit nella motricità orale si può osservare come risultato di lesioni strutturali (un esempio è il labbro leporino). Un altro problema che genera questo tipo di deficit è la macroglossia che è un'anomalia che comporta un'eccessiva crescita volumetrica della lingua; anche la sindrome di Pierre-Robin (PRS) determina gli stessi problemi; essa è caratterizzata dalla chiusura incompleta del palato (palatoschisi) che di solito assume la forma di U, la mandibola è insolitamente piccola e la lingua è disposta posteriormente. Infine, menzioniamo anche l'atresia esofagea ossia una malformazione congenita dell'esofago; il deficit della motricità orale può essere anche una conseguenza di lesioni funzionali (ad esempio, paralisi cerebrale, paralisi bulbare e pseudobulbare, miopatie).

DISTURBO CARDIACO CONGENITO

Alcune difficoltà alimentari sono comuni in bambini affetti da cardiopatia congenita. In questi casi si osserva un aumento del fabbisogno energetico in concomitanza con una diminuzione dell'apporto nutrizionale (Cameron, Rosenthal e Olson, 1995; Mitchell, Logan, Pollock e Jamieson, 1995). In presenza di deficit cardiaco, per assicurare una crescita ottimale, il fabbisogno calorico è del 50% in più rispetto ai bambini normali. Il modello alimentare si caratterizza per un'ampia

Scheda 4.1

Scheda di monitoraggio dei pasti (formato per genitori)

Data: ___/___/___

Ora	Cibo consumato	Quantità	Luogo/Chi c'era?
Colazione			
Spuntino			
Pranzo			
Spuntino			
Cena			

La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi alimentari in età evolutiva

Una panoramica

I disturbi alimentari che insorgono nell'infanzia hanno una patogenesi complessa ed elevate probabilità di gravi complicazioni e scarsi risultati. Per questi motivi è indicato iniziare quanto prima un programma di trattamento integrato in cui vengano considerati i seguenti elementi:

- fornire informazioni e istruzioni a genitori e altri membri della famiglia;
- coinvolgere i genitori nella terapia;
- considerare l'esigenza di un ricovero in ospedale;
- creare un'alleanza terapeutica;
- considerare gli aspetti motivazionali;
- calcolare l'intervallo di peso considerato nella norma;
- ristrutturare i modelli alimentari (approfondito nel capitolo 6);
- valutare un approccio cognitivo-comportamentale;
- svolgere un lavoro con la famiglia (approfondito nel capitolo 6);
- prendere in considerazione gli ambiti educativi (approfondito nel capitolo 6).

Tra questi non esiste un aspetto preferenziale, tuttavia nella pratica clinica, la scelta terapeutica è determinata più dalla disponibilità sia del bambino che da parte dei genitori che dalle necessità del caso.

Fornire informazioni e istruzioni ai genitori e altri componenti della famiglia

Quando si lavora con i bambini, il coinvolgimento dei genitori e delle altre figure che partecipano alla loro cura e educazione è fondamentale. È essenziale che

essi comprendano la natura del problema e le basi dell'approccio terapeutico; per questo motivo dare spiegazioni e qualche istruzione rappresenta una parte essenziale nella gestione dei disturbi alimentari. I genitori e il bambino necessitano di una chiara esposizione riguardo alla diagnosi, al decorso e alle complicazioni di tale condizione, ai possibili fattori perpetuanti e al trattamento proposto. I genitori sono comprensibilmente impazienti di capire la causa del problema del loro bambino, ma esporre loro un'analisi dettagliata di tutti i fattori che entrano in gioco raramente si rivela vantaggioso. Considerata l'eziologia multifattoriale dei disturbi alimentari, è estremamente difficile comprendere la dettagliata patogenesi del disturbo di una specifica persona. Generalmente, risulta più utile focalizzarsi su quei fattori che potrebbero mantenere il problema e cercare il modo di superarli. Non sempre i genitori comprendono pienamente la gravità del problema di loro figlio. Soprattutto nel caso di anoressia nervosa e di bulimia nervosa, alcuni genitori sono più propensi a pensare che si tratti di un problema di carattere organico, oppure tendono a minimizzare. Al contrario, nel caso di alimentazione selettiva spesso i genitori sono seriamente preoccupati e sono convinti che il proprio figlio riporterà un danno irreversibile a causa della limitata gamma di cibi di cui si nutre; queste preoccupazioni possono essere presenti nonostante l'ottima salute del bambino.

È utile fornire ai genitori informazioni scritte sui disturbi alimentari e suggerire qualche lettura. Nei successivi incontri verrà poi dedicato del tempo per rispondere a ulteriori domande e per discutere di eventuali preoccupazioni o incertezze.

Coinvolgere i genitori nella terapia

Nonostante il trattamento dei disturbi alimentari sia centrato sul bambino, appare centrale il ruolo degli altri membri della famiglia. I genitori hanno un ruolo rilevante per supportare il programma cognitivo-comportamentale, in particolare per ciò che riguarda la pratica a casa. Il terapeuta concorda gli obiettivi sia con il bambino che con i genitori e questi ultimi possono dare un feedback, a volte maggiormente attendibile rispetto a quello che può dare un bambino, riguardo ai progressi o alle difficoltà incontrate. Alcuni aspetti del problema richiedono l'intervento dei genitori, dal semplice fissare l'appuntamento per la volta successiva a ulteriori visite mediche o indagini ematiche. Anche la pianificazione dei pasti e, come vedremo, il controllo su ciò che mangia il proprio figlio, riguardano aspetti in cui sono coinvolti in prima persona i genitori oltre che altre figure di riferimento.

In linea generale riteniamo che i genitori, assieme ad altri membri della famiglia, debbano essere incontrati in presenza del bambino; tuttavia nel corso della nostra esperienza abbiamo potuto osservare che alcuni genitori, incuranti

della presenza del proprio figlio, hanno la tendenza a fare commenti negativi e critiche ostili con ripercussioni piuttosto negative. In questi casi è consigliabile vedere i genitori in assenza del figlio affinché possano esprimere i loro sentimenti e possano ricevere il supporto necessario, ma in un contesto dove si cerca di preservare la relazione tra il terapeuta e il bambino.

Soprattutto con i bambini più piccoli, è buona prassi invitare i genitori a partecipare agli ultimi dieci minuti di ogni seduta. Riteniamo che questo sia un momento fondamentale di ogni singolo incontro; possiamo chiedere al bambino di fare un riassunto di ciò che è stato trattato. In questo modo gli permettiamo di scegliere le informazioni da condividere con il genitore, cercando di limitare successivi pesanti interrogatori nelle ore seguenti; nello stesso tempo verifichiamo quali informazioni sono state maggiormente trattenute dal bambino ed, eventualmente, possiamo integrare ripetendo anche al genitore alcuni aspetti che riteniamo fondamentali. Durante questi dieci minuti si dovranno condividere con il genitore anche eventuali pratiche da svolgere a casa e, infine, rispondere alle domande che potrebbero essere formulate. Gli incontri con la famiglia più allargata vengono programmati ogni tre o quattro sedute.

Alcuni aspetti rilevanti che devono essere considerati nel trattamento dei disturbi alimentari sono:

- il potenziale danno per la salute;
- la perdita di lucidità da parte del bambino;
- il problema del controllo.

È possibile quindi, soprattutto nel caso di anoressia nervosa, che il bambino abbia qualche sofferenza fisica, una scarsa consapevolezza riguardo alla sua condizione e si accanisca per mantenere il controllo su ciò che mangia e sul peso, con un conseguente senso di realizzazione. Questa abilità di controllo sul cibo e sulle forme del corpo è così appagante che può divenire simile a una droga. Per tali ragioni, è indispensabile che gli adulti responsabili del benessere del bambino riprendano in mano le redini per quanto riguarda l'alimentazione. Nei periodi precedenti, è possibile che i genitori siano entrati in collusione con la perdita di peso o la mancata crescita del loro figlio, senza accorgersi di quanto peso egli abbia realmente perso, oppure non intervenendo in modo sufficientemente determinato una volta che la perdita di peso è diventata evidente. Comprensibilmente, i genitori potrebbero aver attribuito la perdita di peso a un problema di salute fisica e aver cercato spiegazioni alternative rispetto al digiuno. Inoltre, anche quando il problema della crescita diventa evidente, spesso i genitori sono riluttanti ad assumere una posizione risoluta, per paura di turbare profondamente il figlio.

Ora i genitori dovranno modificare il loro modo di porsi e, nel caso di anoressia nervosa, ciò è contro i desideri espressi dal bambino e può determinare,

I gruppi psicoeducazionali forniscono ai genitori informazioni sul disturbo e strategie di gestione dei comportamenti disfunzionali del figlio, in modo da supportare la terapia in ambiente familiare.

La maggior parte degli studi sull'efficacia della terapia familiare sono stati condotti con pazienti con anoressia nervosa; i risultati evidenziano una maggiore efficacia della psicoterapia familiare in alcuni sottogruppi: pazienti più giovani e con una breve durata del disturbo. Riguardo ai pazienti affetti da bulimia nervosa, l'evidenza di efficacia è ancora scarsa.

Obiettivi dell'intervento familiare

DARE INFORMAZIONI SUL DISTURBO

Il clinico dispenserà informazioni al paziente e alla sua famiglia riguardo alla natura del disturbo, agli effetti della denutrizione e soprattutto ai fattori che mantengono il problema nel tempo. Inoltre è essenziale che ai genitori venga spiegata la natura multidimensionale del problema alimentare e il fatto che le sue cause rimangano tuttora non chiaramente identificabili, in modo da alleviare qualsiasi senso di colpa per il disturbo del figlio (Lask, 2000). Il terapeuta fornirà informazioni riguardo al probabile decorso del recupero del figlio; deve essere chiaro ai genitori che il fatto di non assecondare tutte le richieste del bambino non comprometterà la relazione con lui ed è anzi necessario al percorso terapeutico. Inoltre, per i genitori è utile sapere che la rabbia del figlio nei loro confronti, che inizialmente sarà limitata al disaccordo riguardo all'alimentazione ma che in seguito può assumere il carattere di un conflitto più generalizzato, costituisce un segno positivo in quanto è una manifestazione della maggior capacità del piccolo di esprimere le emozioni negative.

CONTENIMENTO DELL'ANSIA E DELLE EMOZIONI NEGATIVE

I familiari del bambino con disturbo alimentare sono spesso fortemente preoccupati, stressati e frustrati dalla situazione; è essenziale che il clinico dedichi una parte del lavoro ad affrontare il carico emotivo sopportato dai componenti della famiglia, aiutandoli in questo modo a riacquisire un senso di competenza.

Molto spesso i genitori provano un forte senso di colpa per il disturbo alimentare del figlio; White (1989) ha proposto di affrontare tale emozione grazie all'«esternalizzazione del problema», che consiste nel distinguere tra la patologia, da una parte, e l'identità del paziente, dall'altra. In tal modo il clinico favorisce la creazione di un fronte unito per combattere il disturbo, e sottolinea ai genitori che non hanno colpa per il problema alimentare ma sono invece sue vittime e che è necessario il loro aiuto per contrastare la malattia del figlio.

FORNIRE STRUMENTI AI GENITORI

Il terapeuta insegna ai genitori le strategie necessarie ad affrontare i comportamenti quotidiani del figlio con disturbo alimentare: la coppia genitoriale dovrà essere in grado di gestire i comportamenti di restrizione, le condotte compensatorie e i momenti dei pasti. Per ottenere dei risultati è importante che il clinico promuova un atteggiamento di coesione e coerenza tra i membri della famiglia e che durante la fase iniziale del trattamento l'attenzione sia diretta alla gestione dei sintomi.

MIGLIORARE IL SISTEMA GENITORIALE

L'intervento ha l'obiettivo di aiutare i componenti della famiglia a definire con chiarezza il proprio ruolo e a rispettare i confini gerarchici del sistema familiare; questi aspetti sono importanti in quanto consentono al giovane di superare la fase di separazione individuazione propria dell'adolescenza. Nelle famiglie in cui è presente un disturbo alimentare spesso viene descritta la presenza di un'eccessiva vicinanza o invischiamento tra i componenti, che non consente di manifestare l'ostilità in modo aperto; il terapeuta dovrà quindi fornire alla famiglia un ambiente in cui questi sentimenti possano essere espressi in modo sicuro.

FOCALIZZARSI SULLA COMUNICAZIONE

Una parte fondamentale del lavoro con la famiglia è l'osservazione e l'identificazione dei pattern comunicativi che la contraddistinguono. È essenziale tenere presente che la comunicazione non si limita all'aspetto verbale ma si articola in diversi livelli (verbale, paraverbale, non verbale), ciascuno dei quali contribuisce a dare significato al messaggio. Quando i diversi livelli non sono congruenti tra loro possono insorgere delle difficoltà relazionali. Compito del terapeuta è di mettere in evidenza queste incongruenze commentandole in modo diretto oppure chiedendo al ricevente del messaggio quale pensa fosse il significato di ciò che gli è stato detto. Altre forme di comunicazione problematica sono quelle in cui una persona parla sopra alle altre, in modo tale da non lasciare loro spazio per esprimere il proprio punto di vista, e quella in cui qualcuno parla per conto di un altro, senza prima consultarlo, come se gli leggesse nella mente. In questo caso il clinico può sottolineare di essere interessato all'opinione di ciascun membro della famiglia e che quindi è preferibile che ognuno si esprima unicamente per quanto riguarda se stesso.

INCREMENTO DELLE ABILITÀ DI GESTIONE DEL CONFLITTO

Le abilità di gestione del conflitto sono utili ai genitori per affrontare i momenti di tensione che accompagnano i pasti e i comportamenti sintomatici del

bambino. Inoltre, tali abilità possono potenziare le risorse del sistema familiare e favorire la prevenzione delle ricadute.

SEPARARE LA RELAZIONE CONIUGALE DA QUELLA GENITORIALE

Può accadere che i genitori riferiscano la presenza di difficoltà coniugali; è importante che queste non vengano considerate causa delle difficoltà del figlio, in modo da liberare i genitori da sensi di colpa che potrebbero ostacolare il percorso terapeutico.

È preferibile adottare un approccio in cui il clinico, riconoscendo l'esistenza dei problemi relativi alla relazione coniugale, li tenga separati dai compiti genitoriali della coppia. Le difficoltà relazionali possono essere discusse in uno spazio appositamente dedicato.

In ogni caso, è utile far presente ai genitori che le loro difficoltà non gli impediranno di occuparsi in modo efficace del figlio e di assolvere ai compiti parentali.

FRONTEGGIAMENTO DI ALTRE SITUAZIONI DIFFICILI

La prima fase della terapia è focalizzata alla gestione dei sintomi alimentari; una volta che tale obiettivo è stato raggiunto, l'intervento può orientarsi all'identificazione e al trattamento di altre aree problematiche, quali le interazioni difficili, le convinzioni disfunzionali, eventuali tratti di perfezionismo, le aspettative in relazione al genere che possono mantenere il disturbo nel tempo.

LAVORARE CON UN SOLO GENITORE O CON GENITORI SEPARATI

Quando, per vari motivi, in una famiglia è presente un solo genitore, quest'ultimo dovrà sopportare uno sforzo superiore. Anche se non deve confrontarsi costantemente con potenziali pareri discordanti del partner per quanto riguarda la gestione del disturbo, quando il genitore è da solo avrà sulle spalle tutta la responsabilità, soprattutto per quanto riguarda l'alimentazione del bambino.

Tale onere è veramente gravoso per una sola persona; l'indicazione sarebbe quella di richiedere una qualche forma di assistenza per la gestione dei pasti. Nel caso in cui i genitori siano separati è fondamentale stabilire i diversi ruoli che essi rivestiranno nella vita del bambino. In linea generale, se entrambi i genitori sono costantemente in contatto con il bambino, sarebbe indicato intraprendere alcune sedute congiunte.

Gli incontri potranno essere dedicati a potenziare gli aspetti della genitorialità, perfezionando la comunicazione. È del tutto possibile, per i genitori, lavorare bene assieme nel loro ruolo, anche se essi non hanno avuto particolare successo nella relazione coniugale.

L'intervento a scuola

L'immagine stereotipata della ragazzina adolescente che soffre di anoressia nervosa, appartenente alla classe sociale media, con elevati standard di realizzazione, non tiene conto della complessità dei disturbi alimentari a esordio infantile; in questa fascia di età il disturbo interessa entrambi i sessi, tutti i gruppi sociali e tutti i livelli intellettivi e di apprendimento.

In generale, i bambini con disturbi alimentari vengono descritti dagli insegnanti come allievi educati e obbedienti, senza particolari problemi a scuola. Tuttavia, essi appaiono anche spesso solitari con la tendenza a isolarsi dal resto della classe. Vengono considerati più vulnerabili o timidi, con un particolare bisogno di essere accuditi. Non è raro che gli insegnanti provino sentimenti di tristezza e dispiacere nei confronti di bambini con questo disturbo e si comportino con loro in modo iperprotettivo. L'intervallo e la pausa del pranzo rappresentano momenti di estrema difficoltà per il bambino il quale cercherà di isolarsi, allontanandosi dai compagni o talvolta non recandosi alla mensa, per non rendere pubblico il suo problema. Se costretto a frequentare la mensa, potrebbe utilizzare degli stratagemmi per non mangiare come, ad esempio, sedersi vicino a un compagno di buona forchetta e offrirgli il proprio pasto o nascondere il cibo dentro al tovagliolo.

Il perfezionismo che caratterizza questi bambini li rende eccessivamente critici per quanto riguarda il loro lavoro a scuola; anche quando un compito è fatto molto bene, può capitare che lo rifacciano finché non lo considerino svolto alla perfezione. Oltre a pretendere molto da se stesso, il bambino potrebbe essere estremamente esigente nei confronti degli insegnanti, non tollerare errori o negligenze da parte loro.

Molti bambini che soffrono di disturbi alimentari riportano episodi di bullismo verbale a scuola. A volte queste esperienze sono antecedenti all'insorgenza del disturbo e possono rappresentare un fattore scatenante. In molti casi, una dieta può iniziare in seguito a umiliazioni intenzionali o involontarie subite a scuola da parte di compagni o insegnanti durante le ore di ginnastica. Altre forme di bullismo verbale potrebbero essere conseguenti alla perdita di peso da parte del bambino; questo fatto potrebbe evocare forti sentimenti di invidia o di paura e generare atteggiamenti di rifiuto da parte dei compagni.

I bambini che soffrono di anoressia nervosa generalmente frequentano la scuola con partecipazione e interesse, anche dopo una significativa perdita di peso. Al contrario, nei casi di disturbo emozionale con evitamento del cibo si possono osservare aspetti fobici in relazione alla scuola.

L'ambiente scolastico può rivestire un ruolo positivo nell'intervento, nel caso in cui gli insegnanti siano disponibili a collaborare con i genitori e il terapeuta.

Alcuni aspetti che vanno presi in considerazione e su cui si dovrebbe basare l'intervento sono: l'autostima del bambino, incoraggiare l'interazione con i compagni e con gli insegnanti, mettere in evidenza i punti di forza del bambino in ambito scolastico, cercare di soddisfare i bisogni educativi ed emotivi specifici, anche quando si discostano da ciò che è previsto per il gruppo classe. Se, al contrario, la scuola si dimostra inflessibile, con aspettative rigide nei confronti degli allievi e non collaborante con il gruppo terapeutico, essa può rappresentare un ostacolo al trattamento. Scuole di questo tipo attribuiscono un valore primario al risultato accademico al di là dello sforzo individuale, promuovono la competitività, rischiano di dare poco supporto agli allievi, non considerando i bisogni educativi ed emotivi individuali.

Nel caso in cui gli insegnanti si rendano disponibili a collaborare, sarà necessario aiutarli a identificare i segni particolari del disturbo, nonostante gli astuti tentativi da parte del bambino di nasconderli.

La tabella 6.1 illustra alcuni di questi elementi, anche se non possono essere considerati specifici per i disturbi alimentari.

TABELLA 6.1

Alcuni segni che possono far sospettare un disturbo alimentare, da osservare in classe

- Spesso ha freddo
- Indossa più strati di vestiti larghi
- Durante le lezioni di educazione fisica si rifiuta di svestirsi di fronte agli altri
- Si isola e non gioca con i compagni
- Evita il contatto oculare
- Le pagine del quaderno sono senza correzioni né cancellature
- È molto critico rispetto alle proprie prestazioni a scuola
- Fa fatica ad accettare una lode
- Fa fatica ad affrontare le interrogazioni orali
- Durante l'intervallo, e soprattutto durante l'ora del pranzo, preferisce rimanere impegnato in attività scolastiche

Inoltre, anche nel caso in cui l'insegnante si sia accorto del problema, egli non può sapere qual è il modo migliore per aiutare e sostenere quel bambino nell'ambiente scolastico, per questo avrà bisogno di essere guidato da un esperto.

Un altro aspetto che andrebbe indagato sia con gli insegnanti che con il bambino riguarda gli apprendimenti. Va escluso un eventuale disturbo specifico dell'apprendimento; nel caso vi fosse un problema di questo tipo, le richieste prestazionali da parte della scuola potrebbero incidere sul malessere del bambino.