

La prevenzione dei disturbi alimentari passa attraverso la mamma

Paola Cremonese, Giuliana Gola, Donata Luzzati

ARP, Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica, Milano, Servizio Disturbi Alimentari

Abstract

The prevention of eating disorders comes from the mother

From the beginning of life psychic and physical factors are inseparable in eating experiences: a breastfed child receives from his mother not only food but also her moods. The event of eating becomes an important indicator of the quality of a relationship: the paediatrician has a privileged position from which the emotional component can be observed and the first signs of disturbances can be caught. A conversation with the mother can become a precious occasion for activating a "consideration place" regarding these arguments.

Quaderni acp 2012; 19(6): 265-267

Key words Breastfeeding. Eating disorders. Prevention. Emotional factors

Nell'esperienza alimentare, fin dall'inizio della vita, i fattori psichici e i fattori fisici sono inseparabili: il bambino allattato dalla sua mamma riceve cibo insieme con gli stati d'animo che questa prova. La vicenda alimentare si configura come un indicatore importante della qualità della relazione: il pediatra occupa uno spazio privilegiato da cui osservare la componente emotiva e cogliere alcuni segnali precoci di disturbo. Il colloquio con la mamma può diventare un'occasione preziosa per attivare "un laboratorio di riflessione" su questi temi.

Parole chiave Allattamento. Disturbi alimentari. Prevenzione. Fattori emotivi

Mangiare è un'esperienza apparentemente semplice, ma in realtà molto complessa: oltre alla biochimica, coinvolge istinti, emozioni e affetti.

Nell'uomo, come nell'animale, il cibo ha un importante valore sociale, perché mangiare cose buone produce rapidamente un senso di benessere e placa l'aggressività. Per questo motivo in tutte le civiltà si è ritualizzata l'offerta di cibo come base della socializzazione: s'invitano a un pranzo gli amici, ma si affrontano a tavola anche i nemici, nel tentativo di rabbonirli.

In tutto il mondo, un pranzo speciale accompagna le feste importanti, i riti e le tappe della vita.

Il cibo è la più primitiva e la più appagante fonte di piacere, ed è un'esperienza in cui i fattori psichici e fisici sono inseparabili: il bambino allattato dalla sua mamma riceve cibo insieme con l'affetto e gli stati d'animo che questa prova. Le neuroscienze hanno dimostrato che il neonato è in grado di cogliere e padroneggiare emozioni anche complesse: grazie alla raffinata "paletta visiva" della sua retina, dotata di recettori particolari, il neonato coglie le sfumature espressive

del volto di chi lo tiene in braccio. Tale capacità (che si estingue tra i 6 e i 9 mesi) lo rende molto sensibile agli stati emotivi della mamma, soprattutto se questa lo guarda negli occhi mentre lo allatta.

La qualità di questa prima esperienza di vita costituisce la base dei sentimenti di sicurezza e di fiducia del bambino, che condizioneranno il suo atteggiamento nei confronti di se stesso, delle relazioni e del mondo.

Lo stile alimentare di ognuno di noi ha dunque un'origine antica: nasce all'inizio della nostra storia e resta legato a queste esperienze precoci. Più avanti, nel corso della vita, l'impulso a mangiare, o a non mangiare, resterà strettamente connesso agli stati d'animo: nei momenti critici, infatti, tutti noi sperimentiamo una tendenza a mangiare di più o di meno del nostro standard.

I disturbi del comportamento alimentare si diffondono come una sorta di epidemia nel mondo occidentale dagli anni Settanta, e negli anni Novanta escono dalla nicchia dei Paesi del benessere.

L'anoressia esprime una contraddizione cruciale della nostra cultura, che vede

un'inquietante contiguità tra la magrezza patologica e la normalità. È ormai integrata l'accezione che "magro è sano e bello" (anzi, magrissimo è meglio), e che l'attività motoria, anche esasperata, fa sempre bene, fin dalla più tenera età.

Il disturbo alimentare è rinforzato dall'euforia: essa ha basi biochimiche, nella chetosi prodotta dal digiuno, e psicologiche, nell'eccitante senso di potere che si prova nel controllo restrittivo sul cibo.

L'Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP) di Milano ha dato vita da tempo a un gruppo di lavoro clinico e di ricerca dedicato ai disturbi del comportamento alimentare.

Gli psicologi e gli psichiatri che vi partecipano hanno indagato le dinamiche psicologiche che si instaurano nelle fasi più precoci della relazione tra madre e bambino, con particolare riguardo alla qualità delle emozioni messe in gioco. L'osservazione di questi aspetti si realizza in colloqui focalizzati alla ricostruzione dei percorsi emotivi, e aiuta a chiarire l'origine dell'immagine che il figlio (spesso "figlia") ha di sé, dei sentimenti evocati dal proprio corpo e dal cibo.

Si è rilevato che svolgere con la mamma un'accurata inchiesta anamnestica sui primi anni di vita del suo bambino, con particolare riguardo alle vicende legate ai pasti, aiuta a chiarire il tipo di relazione che si è instaurato tra loro.

Tale lavoro di sperimentazione clinica e di ricerca ha portato a teorizzare una lettura del disturbo del comportamento alimentare come l'effetto di problematiche relazionali molto precoci, che si mantengono poi nel tempo.

In particolare, nelle prime fasi di vita si può produrre una sorta di "tragico equivoco", vale a dire una situazione relazionale disfunzionale, in cui madre e figlio (o figlio) s'influenzano reciprocamente, trasmettendosi stati d'animo negativi legati al corpo e al cibo.

L'origine delle difficoltà può essere varia: a volte è interna alla nicchia relazionale madre-bambino; altre volte, in-

Per corrispondenza:

Donata Luzzati

e-mail: donaluz@tiscali.it

“narrative” e dintorni

vece, è legata a problematiche esterne, inerenti al mondo degli adulti.

Riguardo all'interazione madre-bambino può accadere che la mamma si senta serena, o irritata, o intimorita. La mamma può provare stati d'animo molto diversi: per come è andata la gravidanza, per come è stato il parto, per ciò che le evoca l'aspetto del bambino (è grasso o magro, è bello o brutto, assomiglia tutto alla nonna o al papà ecc.) e per come si comporta (è tranquillo o agitato, sorridente o urlante, vorace o inappetente ecc.).

Il neonato percepisce tutto ciò che avviene intorno a lui e reagisce con le sole risorse che ha a disposizione: mangiare di più o di meno, dormire o non dormire, piangere o sorridere. Queste reazioni possono, "circolarmente", avere effetti diversi sulla mamma, che a sua volta avvicinerà il bambino con animo tranquillo o perturbato.

Alcune mamme affrontano serenamente i mutevoli comportamenti del loro bambino, altre reagiscono con molta ansia, altre ancora usano il cibo come premio o punizione, o anche come calmante, a erogazione continua.

Riguardo al mondo degli adulti molti e diversi motivi possono rendere i genitori apprensivi, arrabbiati, preoccupati o tristi: le crisi coniugali ma anche la semplice insicurezza, i disaccordi sulle questioni educative, oppure vicende personali, come malattie, lutti, o anche problemi di lavoro o di carriera. Tali stati d'animo spesso coinvolgono la coppia e a volte l'intera famiglia.

Accade dunque che le problematiche più diverse invadano i confini del rapporto tra la mamma e il suo bambino.

Il ruolo del pediatra

Il pediatra è direttamente coinvolto in questa realtà e ha la possibilità di rilevare un disagio o di effettuare la diagnosi di un disturbo, scegliendo di raccogliere un'anamnesi mirata, oppure di esplorare le varie tematiche via via che ne ha l'occasione.

Ciò è possibile se l'attenzione del medico non è centrata solo sulle vicende strettamente sanitarie, e solo sul bambino, ma è estesa anche alla mamma, con un interesse diagnostico rivolto alla diade madre-bambino, alla relazione in atto, agli stati d'animo prevalenti e alle vicende pregresse della famiglia riguardo al cibo e ai pasti.

BOX 1: LA BUONA COMUNICAZIONE IN AMBITO ALIMENTARE: UNA GUIDA DA UTILIZZARE NEL COLLOQUIO CON LA MAMMA

Informazioni generali

1. Approfondire se la madre abbia aspettative realistiche o idealizzate circa il suo ruolo: quali siano le sue "credenze" in merito all'essere una "buona madre"; sostenerla nelle sue competenze materne, specifiche per ogni donna.
2. Conoscere la cultura alimentare familiare e le consuetudini nutrizionali delle persone significative che si occupano del bambino (per es. affinità o divergenze nutrizionali in famiglia, abitudini culturali).
3. Individuare nella madre e nel bambino i segnali di un'alimentazione efficace (per es. come avviene, con quale frequenza, la qualità emotiva dell'ambiente familiare ecc.).
4. Fornire informazioni e/o consigli preventivi per affrontare difficoltà alimentari (per es. quando capita che il bambino non ha fame, comprenderne il motivo senza subito preoccuparsene); accogliere le più comuni domande e problematiche durante l'allattamento, lo svezzamento e l'inserimento dei cibi solidi.
5. Individuare i fattori di rischio, nella madre e nel bambino, che possano reciprocamente influenzare la capacità di mantenere una nutrizione adeguata (per es. ipernutrizione da parte della madre; richiesta continua, insaziabile di cibo da parte del bambino; rifiuto immotivato e persistente di alimentarsi).
6. Approfondire con la madre il tema della fame fisiologica del bambino e della sua adeguata regolazione: i segnali di fame e/o sazietà riconosciuti, accolti e soddisfatti in una circolarità positiva.

Aree da esplorare in caso di difficoltà alimentari

1. Stile materno di regolazione del benessere generale del bambino e del suo aumento di peso nelle diverse tappe evolutive.
2. Condizioni di disagio materno (per es. ansia, depressione, disturbi alimentari pregressi).
3. Manifestazioni di sentimenti di sfiducia (per es. convincimenti d'incompetenza, eccessivo coinvolgimento ecc.).
4. Difficoltà di gestione del ruolo genitoriale: esplorare le esperienze educative della madre – come figlia – e quanto queste influenzino in modo rigido il suo comportamento (importanza dei passaggi transgenerazionali).
5. Temperamento "difficile" del bambino (per es. piange molto, dorme poco, difficile da trattare perché iperattivo e/o ritirato).
6. Stress psicosociali, relazioni croniche disfunzionali che aumentano la fragilità della madre, e/o eventi acuti a livello familiare (per es. separazioni, lutti, trasferimenti, problemi economici ecc.).

Il nuovo nucleo familiare ha il difficile compito d'integrare le tradizioni alimentari e di accudimento delle due famiglie d'origine: se si debba allattare al seno, se a richiesta o a orari stabiliti, e per quanti mesi o anni; se si debba lasciar piangere il bambino o tenerlo in braccio finché si addormenta; se il piatto vada lasciato pulito, anche quando la pappa non piace.

Che cosa può fare il pediatra?

Per comprendere ciò che accade nella diade madre-bambino, un primo elemento da focalizzare è la sensazione che quella mamma suscita nel medico: è percepita come una mamma serena, oppure

apprensiva o turbata? Sarà questa la prima "diagnosi a pelle" di cui il pediatra deve imparare a fidarsi, e che darà il tono di fondo al suo colloquio con quella mamma.

Un pensiero importante riguarda "l'idea che lei ha del suo essere mamma": ogni donna ha un modello mentale di come dovrebbe essere una buona mamma. È molto utile capire se "quella mamma" si senta adeguata a questo modello, in che cosa eventualmente si critichi o si rimproveri e se si senta approvata o giudicata dalle persone che la circondano. Va dunque indagato e capito il vissuto rispetto alla maternità e andrebbero ridi-

mensionate le idealizzazioni così comuni per cui “la maternità è facile e meravigliosa, l’istinto materno è una guida forte e sicura”. Si può chiarire invece che essere mamma è complicato e non produce quell’effetto magico che forse ci si aspettava.

Occorre lasciare le idealizzazioni fuori dalla porta, per andare a vedere che cosa suscita in quella mamma, nel concreto della sua esperienza, accudire e nutrire il proprio bambino.

In particolare, il momento dell’allattamento è un momento molto delicato e può evocare nella madre sensazioni intense e contraddittorie, a volte disturbanti, che possono innescare anche sentimenti di colpa e di rifiuto.

Occorre capire quanto la mamma immagini che il suo bambino debba mangiare per stare bene: come e chi decida quanto e quando, se sia libera di avere una sua idea, oppure se sia condizionata da un “romanzo familiare” a proposito del cibo.

Esistono famiglie in cui si parla solo di cibo; già dal mattino, appena alzati, si domanda: “Che cosa si mangia oggi?”, e poi ognuno va per la sua strada. Oppure famiglie “ascetiche”, in cui di cibo non si parla: nessuno è interessato a fare la spesa, cucinare, ritrovarsi insieme per mangiare. A volte, su questi temi, c’è buona sintonia tra le famiglie d’origine dei due genitori; altre volte è presente, al riguardo, un conflitto profondo.

L’attenzione che suggeriamo verso alcuni aspetti emotivi e relazionali (*box 1*) comporta indubbiamente che il pediatra dedichi un certo tempo al colloquio con la mamma: ciò può apparire impegnativo ma sarà tempo risparmiato nel percorso di cura degli anni successivi.

L’individuazione di segnali precoci di disturbi della relazione alimentare può anche semplicemente restare sullo sfondo dell’azione del pediatra e aiutarlo a riconoscere le situazioni più a rischio,

Box 2

L’Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP - www.arpmilano.it) è una struttura ambulatoriale che lavora nell’ambito della salute psichica, ove svolge attività diagnostica, terapeutica, di ricerca e di formazione professionale.

La Struttura si articola in diversi servizi, ciascuno costituito da un gruppo di professionisti con esperienza specifica.

Il Servizio Disturbi Alimentari, di cui fanno parte le Autrici di questo articolo, si occupa di difficoltà alimentari in pazienti adolescenti o adulti: la ricostruzione anamnestica con i pazienti e con le loro madri delle vicende infantili, e in particolare delle abitudini alimentari nel primo anno di vita, ha portato a individuare una specifica rilevanza della qualità e delle caratteristiche di questi eventi rispetto allo sviluppo di una difficoltà legata all’alimentazione in anni successivi.

Il pediatra può avere un ruolo importante nel campo della prevenzione dei disturbi alimentari in adolescenza e in età adulta.

che possono poi essere inviate a un esperto per un approfondimento.

La premessa necessaria è che il pediatra e la mamma possano aprire un’area d’interesse su questi temi, e siano curiosi di esplorarli insieme. Il colloquio diventa allora per il pediatra un momento prezioso per attivare “un laboratorio di riflessione” in cui si collabora per avventurarsi nel territorio degli stati d’animo. Con l’idea che la vicenda alimentare ha radici lontane nel rapporto fra madre e bambino (così come nel rapporto che ognuno di noi ha con il cibo) e si configura come uno degli indicatori sulla qualità della loro interazione.

È questa traccia che rende possibile l’utilizzo di una specifica metodologia osservativa e d’intervento con la madre e con il figlio (o con la figlia, ormai adolescenti, o adulti) con difficoltà alimentari, al fine di verificare se un chiarimento clinico, focalizzato sulle emozioni in gioco nella loro relazione, possa produrre un cambiamento (*box 2*). ♦

Bibliografia di riferimento

Blissett J, Farrow C. Predictors of maternal control of feeding at 1 and 2 years of age. *Int J Obesity* 2007;31:1520-6.

Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, et al. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Psy* 2000;39:743-51.

Davies WH, Satter E, Berlin KS, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.

Dunn J, O’ Connor TG, Cheng H. Children’s responses to conflict between their different parents: mothers, stepfathers, nonresident fathers, and nonresident stepmothers. *J Clin Child Adolesc* 2005;34:223-34.

Francis L, Hofer S, Birch L. Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite* 2001;37:231-43.

Harley KM. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *J Nutr* 2008;138:799-805.

Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LT. Pediatric feeding problems. In: Roberts (Ed). *Handbook of pediatric psychology*. NY: Guilford Press, 2003, 3rd ed.

Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009;154:55-60.

Nicholls D. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;18:17-30.

Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *Women Health* 2004;40:19-34.

Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, et al. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psych* 2007;48:62-70.

Le Autrici dichiarano assenza di conflitti di interesse.