

Disturbi del comportamento alimentare e obesità. Si può fare prevenzione?

Rubrica a cura di Angelo Spataro

Intervista di Massimo Soldateschi* a Sandra Maestro**

* Pediatra di famiglia, Pisa

** Neuropsichiatra infantile, IRCCS Fondazione Stella Maris

Che ruolo hanno i genitori nell'avviare un regime alimentare sano e nell'educare il bambino a un corretto stile di vita?

Nei primi mesi di vita la relazione genitori-bambino si sviluppa prevalentemente attorno alla regolazione fisiologica della nutrizione, del sonno, dei livelli di arousal e di quiete, ed è influenzata dall'incontro tra le richieste, le aspettative, lo stile interattivo dei caregiver e il temperamento del bambino. Queste interazioni promuovono nel bambino lo sviluppo dei sistemi di autoregolazione, ovvero di quell'insieme di competenze che consentono al bambino di processare le sensazioni, filtrare gli stimoli del mondo esterno, discriminare le sollecitazioni sensoriali entero ed esterocettive, escludere le sensazioni disturbanti, calibrando le proprie risposte per il ripristino dell'omeostasi. Nell'allattamento vengono messe in campo molte qualità delle relazioni precoci, ovvero istinto, mediazione, rispetto, osservazione, fiducia, sintonia, ma anche ansia, preoccupazione e angosce.

L'allattamento artificiale rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo in età successiva della obesità e dei disturbi del comportamento alimentare (DCA)?

L'allattamento materno offre al bambino non solo nutrimento biologico ma anche stimoli emotivi, relazionali e cognitivi essenziali per lo sviluppo di un buon rapporto con il cibo. A volte il bambino può presentare delle difficoltà ad attaccarsi al seno, oppure ci sono madri che non possono o non vogliono allattare al seno e vivono per questo motivo un sentimento di frustrazione che troppo spesso coinvolge anche il figlio; questo non significa necessariamente che un buon rapporto con l'alimentazione sia "pregiudicato". L'allattamento artificiale infatti non toglie niente alla crescita biologica e psicologica del bambino e della relazione; alcuni studi di qualche anno fa hanno dimostrato che il latte materno contiene l'ormone leptina, un ormone che regola il senso di sazietà ma non ci sono evidenze robuste sul ruolo della leptina del latte materno nel preveni-

re l'obesità e che l'allattamento artificiale sia un fattore di rischio per i DCA. Per contro, talvolta alcune madri protraggono l'allattamento al seno oltre il secondo, a volte il terzo anno di vita, con l'illusione che il seno possa concretamente sostituire molte altre funzioni psicologiche di cui i bambini necessitano per crescere. I bambini hanno bisogno di un seno, ma hanno bisogno anche di una "mente pensante", anzi possibilmente di più "menti pensanti": il seno può essere surrogato con un biberon, la "mente pensante" dei genitori è molto più difficile da surrogare e si costruisce solo nella relazione col bambino.

La prevenzione primaria dei disturbi alimentari si può realizzare utilizzando una corretta introduzione di alimenti complementari al latte materno?

L'alimentazione complementare rappresenta un altro momento cruciale nell'evoluzione delle attitudini del bambino verso il cibo, determinato anche in questo caso dall'incontro tra le caratteristiche del bambino, la sua fase evolutiva e le aspettative dell'ambiente. Nello sviluppo esistono dei "periodi sensibili" in cui la maturazione del SNC è particolarmente accelerata e che portano a dei *behavioral shift* ovvero a dei cambiamenti del comportamento psicomotorio del bambino. Lo svezzamento avviene intorno ai sei mesi, periodo in cui inizia l'acquisizione della posizione seduta, la coordinazione motoria degli arti superiori è consolidata e il bambino è in grado di manipolare, afferrare e portarsi gli oggetti in bocca. Questa maturazione lo rende più attivo anche nel momento dell'alimentazione: seduto sul seggiolone vuole giocare, sperimentare, pasticciare, esplorare, rifiutare, scegliere. Parallelamente questi cambiamenti promuovono una maturazione del "sentimento di Sé" e di quello che Daniel Stern definisce il senso del "Sé agente" ovvero la consapevolezza del bambino di essere in grado di agire sull'ambiente e di promuovere cambiamenti. Questo rappresenta nuovamente un momento cruciale per la relazione genitori/bambino perché richiede al genitore tempo, pazienza, osservazione,

rispetto, fiducia nelle scelte del bambino. Il bambino ha infatti bisogno di adattarsi gradualmente ai nuovi stimoli, per cui vanno offerti piano piano cibi con sapori, consistenze, colori diversi, incoraggiandolo. Nella alimentazione complementare c'è un atto di "separazione" del bambino da una relazione "esclusiva" con il seno o con il biberon; il cucchiaino diventa un oggetto terzo che si introduce nella diade madre-bambino e il ritmo per la nutrizione cambia perché non è più cadenzato solo dalla suzione, ma dipende anche dalla velocità con cui la madre offre il cibo nel cucchiaino e dalla sua capacità di sintonizzarsi con i tempi del bambino. Più la gamma dell'offerta è ampia e differenziata più il bambino ha possibilità di sviluppare gusto, olfatto, capacità di discriminazione; molti disturbi legati alla sfera della selettività alimentare si sviluppano in questa fase e possono essere legati alla scarsità di esperienze sensoriali, come pure alla rinuncia da parte del caregiver di continuare a proporre cibi nuovi di fronte ai primi rifiuti del bambino; anche l'abitudine di mischiare dolce e salato, uova con latte per esempio, può interferire con la maturazione di questa area della sensorialità. Il bambino deve essere l'attore principale, non i genitori o il pediatra. È lui che guida i genitori, è lui che sceglie cosa mangiare, quanto mangiare e quando mangiare; questa posizione porta sicuramente a meno conflitti con il cibo e alla rimozione di uno dei fattori che predispongono ai disturbi della nutrizione in questa fascia di età. A questo proposito le due edizioni del manuale di classificazione diagnostica per i disturbi e la salute mentale del bambino piccolo, la DC:0-3R e la DC:0-5, dedicano un capitolo ai disturbi della nutrizione nel bambino piccolo, a sostegno dell'importanza di quest'area per la salute psicofisica del bambino.

Ritorniamo all'obesità. Si può fare prevenzione?

Il tema dell'obesità infantile è un tema molto complesso che va affrontato con competenze multidisciplinari. Il neuropsichiatra infantile intercetta questi soggetti quando le condizioni di sovrappeso hanno comin-

ciato a interferire più o meno pesantemente nell'adattamento psicologico del bambino, spesso alle soglie della pubertà, quando il bambino o la bambina decidono di ridurre drasticamente l'introito calorico per perdere peso. Molto frequentemente le diete ferree coincidono con l'esordio di un disturbo della condotta alimentare, perché il soggetto riceve un importante rewarding nel perdere peso e nel riuscire a controllare gli impulsi della fame. Tornando al bambino piccolo, quello che manca è, come abbiamo detto in precedenza, una "prevenzione dei meccanismi relazionali", mediati dal cibo che portano al sovrappeso o all'obesità del bambino più grande. Intanto va considerata la familiarità. I genitori "obesi" non trasmettono al figlio solo un patrimonio genetico che può predisporre al sovrappeso, ma anche degli stili di nutrizione e alimentazione, dei comportamenti educativi, delle concezioni culturali sul significato del cibo. Il bambino sovralimentato potrebbe essere un bambino privato delle altre forme di sollecitazione e nutrimento che impegnano il caregiver nei processi di allevamento e crescita. Questa deprivazione può assumere forme diverse a seconda dell'età del bambino. Ne parlavo prima a proposito di allattamenti super protratti; in alcuni casi il bambino piccolo viene "rimpinzato" per placare l'ansia del caregiver (il biberon deve essere svuotato, il piattino deve essere completato); in altri il cibo diventa una forma di intrattenimento che sostituisce altre esperienze o un rimedio alla frustrazione o il tamponamento di un sentimento di vuoto e di mancanza, sentimenti la cui sperimentazione è fondamentale per la crescita emotiva del piccolo essere umano. Ovviamente questi sono solo alcuni aspetti della componente psicogenetica del sovrappeso; il substrato biologico, attraverso i meccanismi metabolici e neuroendocrini che sottendono l'obesità, concorre al mantenimento di questa condizione, per cui come sottolineavo inizialmente, è necessaria una sinergia di più competenze e più "attori" dovrebbero monitorare il processo di crescita del bambino. Il pediatra svolge sicuramente un ruolo centrale ma anche gli insegnanti di nido e scuola dell'infanzia possono concorrere a promuovere nei bambini stili di vita più salutari, coinvolgendo le famiglie.

Il pediatra, nei primi tre anni di vita del bambino, esegue la maggior parte dei bilanci di salute. Quando dovrebbe intercettare un serio rischio familiare riguardo ai DCA e indagare eventuali stili educativi scorretti? Quali sono i principali indicatori che giusti-

ficano una maggiore attenzione da parte del pediatra?

Nei primi tre anni di vita attraverso i bilanci di salute il pediatra ha la possibilità di monitorare le principali tappe dello sviluppo del bambino e osservare in che modo il genitore si adatta alla nuova fase evolutiva del figlio. Dal punto di vista della nutrizione il pediatra ha un primo indicatore fondamentale rappresentato dai parametri dell'accrescimento staturale/ponderale. Una eccessiva deviazione delle curve di crescita in entrambe le direzioni rappresenta il primo importante campanello di allarme che rende necessario l'intensificarsi del monitoraggio del bambino e in alcuni casi l'avvio di una serie di accertamenti strumentali per escludere cause organiche. Quindi le condizioni di accrescimento del bambino e il suo stato nutrizionale rappresentano il **primo campanello d'allarme**. Un secondo segnale può essere una polarizzazione eccessiva del caregiver sull'alimentazione. Nel primo anno di vita la madre è fisiologicamente molto vulnerabile, l'ansia non riguarda solo la salute del bambino, ma anche se stessa e la scommessa che essa fa di diventare una buona madre. La nutrizione rappresenta un terreno molto importante e un grande banco di prova per lo sviluppo di una buona *self steem* della madre. Il post partum e i primi mesi di vita del bambino sono anche momenti di estrema vulnerabilità psicologica della donna e per questo sono necessari consigli e incoraggiamenti, piuttosto che giudizi e prescrizioni. È molto importante che la madre trovi nel pediatra uno spazio di ascolto perché è una delle prime figure extra-ambiente familiare qualificate con cui la madre può condividere dubbi e preoccupazioni. Tuttavia una eccessiva discrepanza tra l'osservazione clinica e la preoccupazione del genitore (per esempio un'ansia eccessiva per un bambino che si assesta sul 25°, o una noncuranza per un bambino la cui crescita viaggia tra il 75 e il 90°) può rappresentare un **secondo campanello d'allarme**. Un'ulteriore segnale nel primo anno di vita può essere rappresentato dalle modalità di esplorazione orale del bambino. Infatti tra i sei e gli otto mesi questo comportamento è un indicatore importante della familiarità e del piacere che il bambino prova nell'usare la bocca come vettore di esperienze sensoriali: basta dargli un abbassalingua in mano e vedere come lo usa! È molto importante osservare anche l'atteggiamento del genitore se incoraggia o inibisce questo tipo di esplorazione. Ovviamente dopo l'anno

questo stesso comportamento assume un significato diverso, perché il bambino ha molti più strumenti, cognitivi e motori, per rapportarsi all'ambiente e quindi l'esplorazione orale tende naturalmente ad attenuarsi e a confinarsi sempre più alla sfera alimentare. Quindi una importante inibizione nell'esplorazione orale può rappresentare un **terzo campanello d'allarme**. Infine, mano a mano che il bambino cresce, andrebbero acquisite informazioni sulle modalità di nutrizione del bambino, contesto, utilizzo di diversivi (TV, giocattoli, tablet), autonomia nell'esplorazione dei cibi, alimentazione notturna mentre il bambino dorme; condivisione con gli altri membri della famiglia.

Ci sono dei segnali già nel bambino piccolo o preadolescente che ci possono fare sospettare una evoluzione verso un DCA?

Quasi tutte le difficoltà della alimentazione che si manifestano nella prima infanzia hanno una evoluzione favorevole, altre tendono a persistere anche durante le età successive fino all'età adulta. Il rifiuto di mangiare, la selettività per alcuni alimenti, le dispute familiari circa l'alimentazione potrebbero creare le basi per la strutturazione in età successive di un DCA.

Ci sono diversi segni di allarme di esordio di un DCA nel bambino più grande, a partire dagli 8 anni di età, e i pediatri dovrebbero essere adeguatamente formati a intercettarli, perché un loro riconoscimento precoce può favorire una diagnosi tempestiva e l'invio a percorsi di cura appropriati. Tra i sintomi più frequenti oltre al calo ponderale o l'arresto dello sviluppo il pediatra può indagare su una preoccupazione per il cibo e il peso: dieta "dimagrante", conto delle calorie, pesarsi più volte al giorno; oppure sentimenti di colpa e di vergogna relativamente all'alimentazione (per esempio il non voler mangiare di fronte agli altri); condotte di svuotamento tramite vomito o abuso di lassativi; aumento della sensibilità enterocettiva; intensa attività fisica, dispercezione o eccessiva attenzione all'immagine corporea. Dobbiamo però sottolineare che tra i disturbi della nutrizione del bambino piccolo e i disturbi dell'alimentazione a insorgenza nella pre-adolescenza e/o nella adolescenza le convergenze non sono scontate, data la diversità della fase evolutiva del soggetto, dei diversi meccanismi patogenetici nelle due fasce di età e della diversa espressività sintomatica e clinica del disturbo.

✉ spataro.angelo2014@libero.it