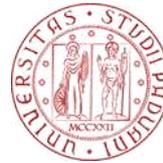


SCUOLA DI SCIENZE UMANE, SOCIALI
E DEL PATRIMONIO CULTURALE

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA,
PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA (FISPPA)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA – FISPPA**

CORSO DI STUDIO

IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE

CURRICOLO: EDUCAZIONE PRIMA INFANZIA

Relazione finale

**I DISTURBI ALIMENTARI IN ETÀ EVOLUTIVA:
FATTORI DI RISCHIO E RUOLO DELL'EDUCAZIONE
NELLA PREVENZIONE**

RELATORE:

Prof. Comazzetto Giovanni

LAUREANDA Ghiretto Sara

Matricola 2044504

Anno accademico 2023-2024

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I: I DISTURBI ALIMENTARI E I PRINCIPALI STRUMENTI DIAGNOSTICI	5
1.1 <i>Cos'è un disturbo alimentare</i>	5
1.2 <i>Diagnosi dei disturbi alimentari</i>	6
1.3 <i>Categorie e criteri diagnostici del DSM-5</i>	7
1.4 <i>Categorie e criteri diagnostici nell'ICD-10</i>	10
1.5 <i>Great Ormond Street Criteria</i>	12
1.6 <i>DC: 0-3, DC:0-3R, DC: 0-5</i>	13
1.6.1 <i>DC:0-3</i>	13
1.6.2 <i>DC:0-3R</i>	14
1.6.3 <i>DC:0-5</i>	15
CAPITOLO II: LE CAUSE E I FATTORI DI RISCHIO.....	17
2.1 <i>Eziologia</i>	17
2.1.1 <i>Fattori predisponenti</i>	17
2.1.2 <i>Fattori precipitanti</i>	18
2.1.3 <i>Fattori perpetuanti</i>	19
2.2 <i>Fattori di rischio precoci</i>	19
2.2.1 <i>Relazione di attaccamento</i>	20
2.2.2 <i>Regolazione emotiva</i>	23
2.2.3 <i>Schema corporeo e immagine corporea</i>	24
CAPITOLO III: PREVENZIONE E TRATTAMENTO IN ETA' EVOLUTIVA: IL RUOLO DELL'EDUCAZIONE	29
3.1 <i>La prevenzione</i>	29
3.1.1 <i>Prevenzione primaria</i>	29
3.1.2 <i>Prevenzione secondaria</i>	30
3.1.3 <i>Prevenzione terziaria</i>	32
3.2 <i>L'intervento multidisciplinare</i>	33
3.2.1 <i>Procedure di intervento</i>	35
3.2.3 <i>Principali approcci psicologici in età evolutiva</i>	36

<i>3.3 Prevenzione primaria e secondaria in età evolutiva: l'educazione alimentare ...</i>	39
<i>3.3.1 In famiglia</i>	40
<i>3.3.2 Società</i>	42
<i>3.3.3 Al nido.....</i>	43
<i>3.3.4 Suggerimenti e strategie</i>	44
CONCLUSIONE	47
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	49
RINGRAZIAMENTI	53

INTRODUZIONE

I disturbi alimentari risultano essere uno dei problemi di salute più comuni in età giovanile nei paesi occidentali. Negli ultimi anni si è notato un notevole abbassamento dell'età di esordio di tali disturbi che ha acceso diversi campanelli d'allarme sulla necessità di individuare precocemente i primi sintomi per intervenire rapidamente.

Lo scopo di questo elaborato è proprio quello di mettere in luce tali questioni andando ad individuare innanzitutto quali sono le patologie alimentari che caratterizzano l'età evolutiva.

A tale fine, nel primo capitolo sono riportate le classificazioni proposte dai principali strumenti diagnostici relativi a questo tema, che descrivono dettagliatamente i tipi di disturbi, i sintomi correlati e i criteri diagnostici. Una volta identificate le diverse patologie, è fondamentale porre l'attenzione sull'eziologia multifattoriale dei disturbi dell'alimentazione, nonché alle molteplici cause e fattori di rischio che possono determinarne lo sviluppo.

Il secondo capitolo evidenzia come tali condizioni possano presentarsi sin dai primi giorni di vita e avere importanti ripercussioni sullo sviluppo del bambino dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo e relazionale. Per tale motivo è fondamentale in questo ambito parlare di prevenzione.

Il terzo capitolo si focalizza infatti sulle attività preventive di primo, secondo e terzo livello con particolare attenzione all'efficacia di tale pratica. La prevenzione implica l'azione, per questo vengono descritti i diversi interventi possibili a seconda delle condizioni del paziente. Principale attenzione è rivolta alle attività di prevenzione primaria che permettono di anticipare lo sviluppo dei disturbi alimentari risultando quindi essenziali sin dai primi anni. Un ruolo fondamentale a tale scopo è svolto dall'educazione rivolta non solo al bambino, ma a tutti coloro che nei diversi contesti di vita si prendono cura del suo benessere e sviluppo, in particolare la famiglia, gli educatori e i professionisti. In tal senso l'educazione alimentare a casa, al nido e nell'ambiente sociale risulta essere il principale fattore di protezione e prevenzione per arginare l'esordio di patologie alimentari garantendo al bambino uno sviluppo sano ed equilibrato.

CAPITOLO I I DISTURBI ALIMENTARI E I PRINCIPALI STRUMENTI DIAGNOSTICI

1.1 Cos'è un disturbo alimentare

I disturbi alimentari sono definiti da Fairburn ed Harrison come

persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica e il funzionamento psicosociale, che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta¹.

Generalmente, se non in caso di remissione spontanea, peggiorano con il tempo e si evolvono in concomitanza con altri problemi comportamentali. Tali disturbi sono spesso osservabili mediante condotte specifiche, tuttavia al momento della diagnosi non è così immediata l'individuazione delle cause che li scatenano.

I disturbi alimentari sono un motivo frequente di consultazione clinica nella fascia 0-5. Si stima che il 25% dei neonati e infanti abbia problemi di questo tipo, in particolare per quanto riguarda l'alimentazione lenta e selettiva, ritardi nell'auto alimentazione, bizzarre abitudini alimentari, rifiuto, scarso appetito o vomito². Secondo V. Zanna (et al.), in età pediatrica i problemi legati alla nutrizione si manifestano in maniera frequente e possono costituirsi come fenomeni dalla rilevanza clinica estremamente variabile³. Si può trattare di una difficoltà transitoria legata alle tappe di sviluppo e ai momenti critici che ne conseguono ad esempio l'autoregolazione, lo svezzamento, le nuove abitudini. Più serie sono invece le situazioni in cui il bambino rifiuta totalmente il cibo, con conseguenze importanti sullo sviluppo fisico e psicologico. La principale patologia diagnosticata nella pratica pediatrica è la mancanza di accrescimento o *failure to thrive*, intesa da Myers come "fallimento della crescita somatica normale durante i primi due anni di vita"⁴. Le cause alla base di tale patologia sono molteplici e non strettamente legate alla sfera organica. In riferimento a ciò, R. H. Sills propone una dicotomia tra difficoltà di accrescimento organica o *organic failure to thrive* (FTT), le cui cause sono riscontrabili nella presenza di una malattia su base organica, e la difficoltà di accrescimento non organica o *non organic failure to thrive* (NOFTT), la cui eziologia dipende dalla presenza

¹ Fairburn C.G. (et al.), *Eating Disorders*, "The Lancet", 361, 2003, p. 408

² Chatoor I. (et al.), *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment*, "Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America", 11, 2002, p. 163.

³ Zanna V. (et al.), *Manuale dei disturbi alimentari*, Roma, Carrocci, 2019, p. 52.

⁴ Myers R. E., *The Child Who Fails to Thrive*, "Postgraduate Medicine", 39(5), 1966, pp. 502-508.

di una deprivazione ambientale precoce⁵. Negli anni successivi si è cercato di superare questa dicotomia in favore di un'ulteriore categoria. Gli studi di Chatoor e altri hanno individuato un approccio innovativo e multifattoriale nella definizione dell'eziologia dei disturbi alimentari, considerando alla base del DA⁶ il rapporto bambino-caregiver e, in particolare, le modalità di attaccamento che si sviluppano dalla nascita.

1.2 Diagnosi dei disturbi alimentari

La diagnosi e l'assessment delle patologie legate all'alimentazione in età evolutiva sono molto complesse. Come sostiene R. Tambelli, la principale difficoltà è relativa al periodo di vita caratterizzato da una rapida evoluzione delle funzioni fisiologiche, psicologiche e relazionali⁷. Tali mutazioni rendono complessa la distinzione tra disagio momentaneo e disturbo patologico. La letteratura scientifica configura i disturbi alimentari infantili secondo due dimensioni generali: manifestazioni comportamentali del bambino e aspetti disadattivi della relazione caregiver-bambino. Esistono diversi modelli e approcci nello studio di tali disturbi che offrono ampie visioni sia per la diagnosi che per il trattamento. Tra i principali emerge la prospettiva psicodinamica, basata su osservazioni dirette e sistematiche del bambino e del suo contesto di vita. Un altro importante contributo è dato dalla *Infant Research*, che pone l'attenzione sulla funzione autoregolativa nel rapporto con l'altro, rilevando che le difficoltà nella relazione con il caregiver, in particolare la madre, possono compromettere un adeguato sviluppo della regolazione dei normali ritmi fisiologici, facendo così emergere disturbi nella sfera alimentare. Per la diagnosi è fondamentale un approccio multi-assiale, che consideri le manifestazioni sintomatiche e i fattori personali e contestuali.

Esistono in letteratura numerosi sistemi e criteri diagnostici per individuare i disturbi alimentari nell'età evolutiva. I più utilizzati per la diagnosi in età evolutiva sono: *il DSM-5*, *l'ICD-10*, *la Great Ormond Street Criteria*, *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*.

⁵ Sills R.H., *Failure to Thrive: The Role of Clinical and Laboratory Evaluation*, "American Journal of Diseases of Children", 132(10), 1978, pp. 967-969.

⁶ DA: Disturbo alimentare.

⁷ Tambelli R., *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*, Manuali, Bologna, Il Mulino, 2017.

1.3 Categorie e criteri diagnostici del DSM-5

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali raggruppa in una categoria diagnostica unica, chiamata “disturbi della nutrizione e dell'alimentazione”, i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione. Il DSM-5 fornisce la seguente definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.⁸

In tale categoria sono inclusi i disturbi che interessano tutte le fasce d'età, dall'infanzia all'età adulta e si dividono in:

- *Pica*: ingestione persistente di materiale non commestibile e non nutritivo per almeno 1 mese. Il tipo di sostanze ingerite variano a seconda dell'età, per tale diagnosi è necessario valutare che l'ingestione di sostanze non commestibili sia inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo e non sia una pratica culturale e sociale normata. Si tratta di un disturbo con esordio in età infantile, spesso associato anche ad altre patologie. Tuttavia, in infanzia l'ingestione di prodotti non commestibili è un comportamento frequente e considerato normale se transitorio.
- *Disturbo di ruminazione*: ripetuto rigurgito di cibo ingerito che può essere successivamente rimasticato, ri-deglutito o eliminato. Per la diagnosi il DSM-5 prevede che il rigurgito non sia attribuibile a condizioni gastrointestinali associate o altre condizioni mediche e che il comportamento persista per almeno un mese. Tale patologia può emergere a diverse età. Il neonato con disturbo da ruminazione mostra una “caratteristica posizione di stiramento e inarcamento della schiena con la testa all'indietro”⁹, associata a movimenti di suzione con la lingua. I soggetti possono sembrare affamati o irritabili tra un episodio e l'altro ed è frequente che non rispettino le curve di crescita ponderali previste per la loro età. Si parla infatti di malnutrizione nel momento in cui il cibo ingerito viene immediatamente espulso tramite rigurgito.

⁸ American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statico dei disturbi mentali DSM V*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2018, p. 379.

⁹ Ivi, p. 383.

Se l'esordio avviene nei primi anni di vita, va spesso incontro a remissione spontanea; se invece peggiora è un disturbo potenzialmente letale e può essere associato ad altri disturbi mentali.

- *Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo*: incapacità clinicamente significativa nel soddisfare i bisogni nutritivi o apporto energetico insufficiente dovuto all'evitamento o alla restrizione nell'assunzione orale di cibo. Si manifesta con un importante deficit nutrizionale e perdita di peso che portano a una dipendenza dall'alimentazione parenterale (es. sondino nasogastrico) o supplementi nutrizionali orali. Tale disturbo non comprende i normali comportamenti evolutivi, ad esempio l'essere schizzinosi. In alcuni casi l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo possono essere dovuti alle caratteristiche sensoriali del cibo (sensibilità estrema all'aspetto, colore, odore, consistenza, gusto). In queste situazioni, il soggetto evita ad esempio alcune marche di alimenti o non è in grado di tollerare il cibo mangiato da altri. Questa patologia è molto frequente e variabile in infanzia, ed è quindi inserita tra i disturbi alimentari con esordio in età evolutiva. Secondo il DSM-5, neonati o bambini molto piccoli possono apparire disinteressati verso il cibo e non collaborare con il caregiver nel momento del pasto perché troppo assonati, stressati, agitati o incapaci di comunicare adeguatamente i propri bisogni. I bambini con tale disturbo possono apparire facilmente irritabili o, al contrario, apatici. Molto spesso la scorretta o mancata interazione con il caregiver può peggiorare tali sintomi. La conseguenza maggiormente evidente di questo disturbo è l'associazione con un ritardo nella crescita a causa della malnutrizione che influenza negativamente le capacità di apprendimento del bambino.
- *Anoressia nervosa*: restrizione alimentare qualitativa e quantitativa nell'assunzione di calorie in base ai bisogni, che causa basso peso corporeo rispetto alla traiettoria di sviluppo e alla salute fisica di una determinata fascia d'età. È associato a una particolare paura di aumentare di peso o di ingrassare e dalla presenza di un'immagine corporea alterata. Tale disturbo può causare importanti compromissioni a livello medico, spesso pericolose per la vita. Oltre alle conseguenze a livello di funzionamento di organi e apparati, numerosi sono i risvolti anche dal punto di vista dell'umore e del comportamento. È un disturbo con esordio in età adolescenziale o adulta che potrebbe avere origine da disturbi d'ansia o ossessivi infantili.

- *Bulimia nervosa*: riguarda ricorrenti episodi di abbuffate e condotte compensatorie come vomito, lassativi, diuretici per prevenire l'aumento di peso. Tali comportamenti sono associati a bassi livelli di autostima influenzati dalla forma e dal peso del corpo. Per la diagnosi gli episodi devono avvenire almeno una volta alla settimana per almeno 3 mesi. Con il termine "abbuffata" si intende

"l'ingestione in un determinato periodo di tempo limitato di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili con annessa sensazione di perdita di controllo"¹⁰

Il tipo di cibo assunto varia a seconda degli individui e spesso si tratta di alimenti verso i quali si nutre un desiderio incontrollato perché solitamente evitati. Spesso tali episodi sono preceduti da emozioni negative e noia. È un disturbo con esordio in età adolescenziale e adulta ed è stato dimostrato come obesità infantile, abusi sessuali o fisici infantili siano possibili predittori dello sviluppo di tale disturbo in adolescenza.

- *Disturbo da binge-eating*: abbuffate compulsive che portano a mangiare più rapidamente del normale, anche se non affamati, fino a sentirsi pieni. Di solito tali episodi avvengono in solitudine e sono seguiti da un senso di disgusto, depressione e senso di colpa verso sé stessi, senza però sfociare in comportamenti compensatori. L'esordio può avvenire anche nei primi anni di infanzia con abbuffate ed episodi di alimentazione incontrollata, associati a un incremento di grasso corporeo, aumento di peso ed esordio di sintomi psicologici.
- *Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione*: Rientrano in tale categoria altri disturbi con manifestazioni simili a quelli precedentemente citati ma con diverse caratteristiche, frequenze e durata. Il DSM-5 raggruppa in questa categoria l'anoressia nervosa atipica, la bulimia nervosa a bassa frequenza e il binge-eating a bassa frequenza e durata limitata, il disturbo da condotta di eliminazione, la sindrome da alimentazione notturna.
- *Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione*: categoria che racchiude i sintomi da disturbi alimentari che causano significativo disagio e

¹⁰ Ivi, p. 398.

compromissione dello stato di salute fisico ma che non rientrano pienamente in alcuna delle categorie precedenti per i quali quindi non sia possibile l'anamnesi.

Il DSM-5 ha introdotto anche disturbi specifici con esordio in età evolutiva come alimentazioni selettive, alimentazioni restrittive e fobie e paure con evitamento dell'alimentazione.

1.4 Categorie e criteri diagnostici nell'ICD-10

La classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, approvata dall' WHO¹¹ ed entrata in vigore nel 1993, elenca e descrive i principali disturbi alimentari. In questa sede verrà riportata la classificazione aggiornata con l'ultima revisione del 2019. In particolare, tale strumento individua diverse tipologie di DA, associando ad ognuna un codice specifico.

- *F50.0 Anoressia nervosa*: definito dall'ICD-10 come “disturbo caratterizzato da una perdita di peso deliberata, indotta e mantenuta dal paziente”¹². Può apparire a diverse età, dall'infanzia all'età adulta ma è molto comune in adolescenza e interessa specialmente la popolazione femminile. È associato a una psicopatologia specifica che causa terrore di sviluppare grasso corporeo portando i soggetti a imporsi una soglia di peso molto bassa da non superare. In genere è accompagnato da “denutrizione con cambiamenti endocrini e metabolici secondari e disturbi delle funzioni corporee”¹³. La scelta dietetica appare limitata, può manifestarsi con eccessivo esercizio fisico, condotte compensatorie e utilizzo di soppressori di appetito e diuretici.
- *F50.1 Anoressia nervosa atipica*: disturbi simili a quelli dell'anoressia nervosa ma il quadro clinico complessivo non giustifica la diagnosi. Possono ad esempio verificarsi perdita di peso e comportamenti di riduzione del peso in assenza di sintomi specifici quali amenorrea e terrore di essere grassi.
- *F50.2 Bulimia nervosa*: ripetuti episodi di abbuffate ed eccessiva preoccupazione per il peso corporeo che porta a condotte compensatorie come vomito o farmaci purganti.

¹¹ World Health Organization.

¹² World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, Geneva, WHO, 1993. In <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

¹³ Ibid.

Come per l'anoressia nervosa, è presente un'eccessiva preoccupazione per peso e forme corporee. È probabile che il vomito ripetuto causi complicazioni fisiche nel lungo periodo. Spesso chi soffre di bulimia nervosa ha precedente diagnosi di anoressia nervosa.

- *F50.3 Bulimia nervosa atipica*: disturbi simili a quelli della bulimia nervosa, tuttavia non sufficienti per definire tale diagnosi. Si possono verificare abbuffate ricorrenti ed uso sostanze purganti in assenza di modificazioni ponderali ed eccessiva preoccupazione per forma e peso del corpo.
- *F50.4 Eccesso di cibo associato ad altri disturbi psicologici*: abbuffate dovute a eventi stressanti, come lutti, incidenti, parto. Si parla anche di eccesso di cibo psicogeno.
- *F50.5 Vomito associato ad altri disturbi psicologici*: vomito ripetuto che si manifesta nei disturbi dissociativi e nel disturbo ipocondriaco. Si parla anche di vomito psicogeno.
- *F50.6 Altri disturbi alimentari*: sono inclusi in questa categoria la pica negli adulti e la perdita di appetito psicogena, non vi rientra invece la pica dell'infanzia e della fanciullezza.
- *F50.7 Disturbo alimentare non specificato*

I disturbi alimentari che interessano maggiormente l'infanzia e la fanciullezza sono invece elencati nell'ICD-10 tra i disturbi comportamentali ed emotivi con esordio solitamente nell'infanzia e nell'adolescenza. In questa sezione sono descritti il disturbo alimentare e la pica dell'infanzia e della fanciullezza. In particolare, il disturbo alimentare dell'infanzia e della fanciullezza ha manifestazioni variabili con esordio nell'infanzia o prima infanzia. I soggetti, non affetti da malattie organiche, rifiutano il cibo e appaiono infastiditi alla presenza di alimenti. Potrebbe essere associato a ruminazione, inteso come rigurgito ripetuto senza nausea. Rientra in questa categoria anche il disturbo della ruminazione infantile. La pica dell'infanzia e della fanciullezza invece, è disturbo che porta il soggetto a mangiare persistentemente sostanze non nutritive. Può verificarsi come uno dei tanti sintomi che fanno parte di un disturbo psichiatrico più diffuso (come

l'autismo), o come un comportamento isolato. Le ricerche dimostrano che il fenomeno è più comune nei bambini con ritardo mentale¹⁴.

1.5 *Great Ormond Street Criteria*

La classificazione proposta da Lask e Bryant-Waugh si focalizza sui disturbi alimentari che caratterizzano principalmente la fascia d'età 8-14 anni. Tuttavia, tali categorie possono essere utili anche per la diagnosi e l'assessment dei disturbi in età evolutiva. Lo strumento in esame individua 9 tipi di DA:

- *Anoressia nervosa*: il bambino non mangia, si auto induce il vomito, esegue attività fisica eccessiva, usa lassativi perdendo peso intenzionalmente. Dal punto di vista psicologico, il soggetto modifica le proprie idee e credenze rispetto al corpo e alla sua forma, con eccessiva preoccupazione relativa all'alimentazione, al peso e alle dimensioni.
- *Bulimia nervosa ad esordio precoce*: il bambino si abbuffa sperimentando un senso di perdita di controllo e attuando successivamente condotte compensatorie per rimediare. È associato a eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo.
- *Disturbo emozionale con evitamento del cibo*: disturbo non legato alla paura di ingrassare ma ad un disagio emotivo di tipo ansioso depressivo. Non sono presenti alterazioni cognitive riguardo peso e forma del corpo e nemmeno malattie cerebrali o psicosi. Ha come conseguenza un calo ponderale.
- *Alimentazione selettiva*: comportamento comune in età pediatrica caratterizzato da scelte alimentari limitate e resistenza a provare nuovi tipi di cibo accompagnate da ansia, avversione e conati. In genere si prediligono cibi ricchi di carboidrati, escludendo dalla dieta gli altri macronutrienti, causando così importanti carenze nutrizionali. Il peso può essere basso, normale o elevato. Non sono presenti alterazioni e preoccupazioni sulla forma o peso del corpo e nemmeno paure di soffocamento o episodi di vomito.

¹⁴ Ibid.

- *Alimentazione restrittiva*: il bambino non prova interesse nei confronti del cibo, appare magro ma rientra nella norma ponderale in base all'età. Non si rileva immagine corporea distorta e nemmeno compromissione dell'umore
- *Fobie alimentari e disfagia funzionale*: rifiuto di determinati cibi con vissuto di ansia e impossibilità di ingerire alcuni cibi associata a paura di deglutire soffocare e vomitare.
- *Rifiuto del cibo*: rifiuto di mangiare in specifiche situazioni o in presenza di determinate persone. È associata a tristezza e preoccupazione.
- *Sindrome di rifiuto pervasivo*: disturbo psicotico grave nel quale il bambino si rifiuta di mangiare, bere, camminare, prendersi cura di sé, parlare e di stabilire qualsiasi relazione. Appare resistente ai tentativi di aiuto.
- *Perdita dell'appetito secondaria a depressione/stato depressivo*: sintomo secondario al calo del tono dell'umore non legato a preoccupazioni per il peso o la forma del corpo.

1.6 DC: 0-3, DC:0-3R, DC: 0-5

Le *Diagnostic classifications of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* si basano sulla cornice teorica della Developmental Psychopathology e trattano in modo specifico i disturbi alimentari in età evolutiva al fine di definire strategie di intervento precoci. Per questo sembrano essere gli strumenti più utili ed esaustivi in tal senso per i primi anni di vita, in particolare l'ultima versione DC: 0-5 è la maggiormente utilizzata in questo ambito.

1.6.1 DC:0-3

La prima versione della Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di sviluppo dell'infanzia, pubblicata nel 1994 da Zero to Three, prende in considerazione la fascia d'età 0-3 anni e individua come Eating Behavior Disorder tutte le situazioni in cui

un bambino mostra difficoltà nello stabilire pattern nutritivi regolari caratterizzati da adeguato o appropriato apporto di cibo. Il bambino non ha la capacità di regolare la nutrizione in accordo con le sensazioni fisiologiche di fame e sazietà. La diagnosi deve essere posta in assenza di difficoltà di

regolazione generali, difficoltà interpersonali come separazione, neglect, trauma etc...¹⁵

Tale classificazione include molteplici fattori per la diagnosi dei disturbi, tra cui i sintomi manifesti, il sistema familiare e culturale e la qualità della relazione caregiver-bambino. Vengono inoltre ritenute fondamentali le caratteristiche individuali dei genitori, le fattispecie costituzionali e maturazionali del bambino, l'espressione degli affetti, lo sviluppo del linguaggio e le sue capacità cognitive motorie e sensoriali. Si tratta di uno strumento innovativo che considera la valutazione della qualità della relazione l'elemento fondamentale per la diagnosi e l'assessment dei disturbi alimentari nell'età evolutiva.

1.6.2 DC:0-3R

Nel 2005 è stata pubblicata una revisione della DC:0-3 sulla base degli studi della *Infant Research*. Il modello diagnostico prende in esame il disturbo del bambino in una prospettiva di sviluppo relazionale, focalizzando l'attenzione sulla relazione di attaccamento bambino-caregiver.

Lo strumento è basato sulla classificazione di Irene Chatoor, che racchiude i disturbi alimentari sotto il termine "*Feeding behavior disorders*", identificandone sei tipologie:

- *Disturbo alimentare di regolazione di stato*: caratterizzato da difficoltà nel raggiungere e mantenere un adeguato stato di calma e vigilanza durante la nutrizione. L'esordio avviene nel periodo neonatale, in particolare in relazione all'allattamento, attività primaria per costruire e consolidare la relazione bambino-caregiver. Madre e figlio devono creare un ritmo condiviso, adattandosi reciprocamente ai bisogni l'uno dell'altro. Se non si raggiunge tale equilibrio, ad esempio quando il bambino appare irritato, assennato, o la madre ansiosa, stressata, depressa, il neonato non assumerà adeguate quantità di cibo con conseguente non aumento di peso o perdita ponderale.
- *Disturbo alimentare della reciprocità caregiver-bambino*: caratterizzato dalla mancanza di segnali di responsività sociale da parte del caregiver primario durante l'alimentazione. Tali carenze rendono difficile lo scambio e non permettono al

¹⁵ Zero to Three, *Classificazione diagnostica: 0-3 – Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, Milano, Elsevier Masson, 1997.

bambino di sviluppare le capacità di autoregolazione. Le madri hanno difficoltà a cogliere i segnali di fame e sazietà del bambino e a regolare gli stati affettivi.

- *Anoressia infantile*: caratterizzata da un rifiuto del cibo per un periodo di almeno un mese durante la fase di passaggio all'alimentazione autonoma. Interessa infatti i soggetti da 6 a 18 mesi, età in cui il bambino, grazie all'interazione con il caregiver, dovrebbe sviluppare le sue abilità sociali toccando, afferrando, assaggiando il cibo. I pattern interattivi tra madri e bambini con anoressia infantile sono rigidi e a bassa reciprocità relazionale. I soggetti manifestano un rifiuto alimentare intenso e persistente con deficit di accrescimento.
- *Avversione sensoriale per il cibo*: caratterizzata da rifiuto verso determinati cibi che presentano specifiche caratteristiche di apparenza, colore e consistenza. Il rifiuto insorge durante l'introduzione di differenti tipi di cibo nell'alimentazione e causa carenze nutrizionali specifiche e ritardo nello sviluppo orale-motorio.
- *Disturbo alimentare associato a condizioni mediche preesistenti*: caratterizzato da un avvio nell'alimentazione seguito da sentimenti di distress e rifiuto di continuare il pasto. Tale disturbo causa una mancanza di incremento ponderale adeguato e/o perdita di peso. Può accadere che il disturbo di rifiuto del cibo anticipi la diagnosi di alcune patologie mediche.
- *Disturbo alimentare post-traumatico*: caratterizzato da rifiuto del cibo a seguito di un evento traumatico che interessa il tratto orofaringeo o gastrointestinale (vomito, soffocamento, inserimento di tubi nasogastrici). Il costante rifiuto di mangiare può manifestarsi secondo diverse modalità: il bambino si rifiuta di bere dal biberon ma è disponibile a mangiare cibi dal cucchiaino o rifiuta cibo solido ma accetta il biberon oppure, nei casi più gravi, rifiuta ogni tipo di alimentazione orale. Lo stress causato dall'evento traumatico può influenzare il pasto in diversi modi, con manifestazioni di ansia anticipatoria nel momento di posizionamento, resistenza all'avvicinamento del cibo o resistenza alla deglutizione.

1.6.3 DC:0-5

Nel 2018 è stata pubblicata una nuova versione della classificazione diagnostica, che ha introdotto tra i DA i disturbi di *undereating*, *overeating* e i comportamenti

alimentari atipici. Si tratta di uno strumento di valutazione e osservazione dei sintomi e dei comportamenti che considera i problemi relazionali tra caregiver bambino come fattori di rischio al fine di impostare del trattamento e non più come criteri diagnostici.

- *Disturbo da ipo-alimentazione*: il bambino mangia significativamente meno di quanto dovrebbe alla sua età. Presenta disinteresse ed evitamento fobico del cibo, difficoltà di regolazione nella nutrizione, mancato passaggio a cibi solidi, nutrizione solo in specifiche condizioni o con specifici caregiver. Il soggetto appare schizzinoso e selettivo negli alimenti, e spesso mantiene il cibo in bocca senza ingoiarlo.
- *Disturbo da iper-alimentazione*: il bambino ricerca costantemente quantità eccessive di cibo durante i pasti e/o fuori pasto. Dimostra eccessiva preoccupazione per il cibo e attua comportamenti patologici, ad esempio, prendere alimenti dalla spazzatura, riempirsi la bocca, parlare continuamente di cibo anche nei momenti gioco. La diagnosi per questo disturbo è accettata dopo i 2 anni di età, quando il bambino ha raggiunto un livello di autonomia che gli permette di mettere in atto i comportamenti necessari per l'anamnesi.
- *Disturbo dell'alimentazione atipico*: tale categoria racchiude diversi comportamenti e disturbi, tra cui l'accumulo ovvero la persistente necessità nasconde il cibo in posti inusuali, la pica che consiste nell'ingestione abituale di sostanze non commestibili e la ruminazione, cioè continuo rigurgito seguito da ri-deglutizione del cibo.

I diversi sistemi di classificazione presentati forniscono un'ampia visione dei disturbi alimentari che possono interessare l'età evolutiva. A partire da tali strumenti è di fondamentale importanza comprendere le molteplici cause alla base di queste patologie, e in particolare individuare i fattori di rischio e di protezione per definire la diagnosi e impostare il trattamento.

CAPITOLO II LE CAUSE E I FATTORI DI RISCHIO

2.1 Eziologia

I problemi alimentari in età evolutiva sono complessi e per questo non possono essere attribuiti ad un'unica causa. Dalle ricerche condotte in questo ambito, emerge che i DA sono disturbi ad eziologia multifattoriale, ovvero il risultato dell'interazione tra molteplici cause. I fattori eziologici secondo Bryant-Waugh e Lask, possono essere predisponenti, precipitanti o perpetuanti.¹⁶

2.1.1 Fattori predisponenti

Con fattori predisponenti, gli autori indicano tutti quelle precondizioni necessarie per l'insorgenza di un DA. Si tratta di caratteristiche già presenti nella persona o nell'ambiente ancora prima dell'esordio. Tali condizioni sono necessarie affinché il disturbo emerga, senza le stesse infatti non ne sarebbe possibile l'insorgenza, nemmeno in presenza di cause attivanti e precipitanti. I fattori predisponenti si classificano in fattori genetici, biologici, psicologici e socioculturali. Dal punto di vista genetico è molto raro che un parente prossimo presenti lo stesso problema, in genere la trasmissione genetica è determinata da entrambi i genitori e spesso riguarda più geni. Il modo in cui il DA venga trasmesso non è ancora noto ma molti studi hanno dimostrato tale evidenza.

Per quanto riguarda i fattori biologici, le numerose ricerche condotte in questo campo prendono in considerazione diversi aspetti, tra cui il rallentamento nello svuotamento dello stomaco, l'eventuale deficit a livello di sistema endocrino, la mancanza di sostanze nutritive vitali e un lieve danno a livello cerebrale che porta a un mancato riconoscimento dei messaggi inviati dal corpo. Gli studi riguardanti i fattori biologici sono complessi, è difficile anzitutto comprendere se tali condizioni sono presenti già prima dell'esordio del DA o possono essere considerati effetti del disturbo. Anche la nascita prematura, l'inadeguata alimentazione pre e post-natale e alcune infezioni virali possono predisporre lo sviluppo di un disturbo alimentare precoce. In riferimento ai fattori psicologici, e in particolare al temperamento, è stato dimostrato come le persone che soffrono di uno specifico disturbo alimentare abbiano in comune

¹⁶ Bryant-Waugh R. (et al.), *Disturbi alimentari. Guida per genitori e insegnanti*, Trento, Erikson, 2000, p.33.

tratti di personalità e comportamenti. Ad esempio, i soggetti con diagnosi di anoressia nervosa tendono ad essere meticolosi e perfezionisti, svolgendo compiti e attività in modo ossessivo compulsivo. Al contrario, persone che soffrono di bulimia nervosa sembrano essere molto più impulsive, aperte e socievoli. Bambini con altri tipi di DA, ad esempio fobie, compulsioni, selettività, restrittività hanno personalità sensibili e trovano maggiori difficoltà nell'affrontare le attività quotidiane. In questi casi, tutti i tratti di personalità risultano essere fattori predisponenti per lo sviluppo del disturbo alimentare; tuttavia, tali associazioni non sono generalizzabili a tutti coloro che soffrono di un disturbo alimentare. Un ruolo importante è svolto dalla bassa autostima, sentimento che caratterizza specialmente gli adolescenti che, non sentendosi adeguati rispetto agli standard socialmente imposti, hanno maggiori probabilità di sviluppare tali patologie.

Dal punto di vista socioculturale, è dimostrato che la maggior parte dei disturbi alimentari si verificano in società ad elevato livello socioeconomico¹⁷. Molta importanza è data all'immagine corporea, alla ricerca di una forma del corpo che rispetti i canoni di magrezza socialmente imposti. Le idee e gli stereotipi relativi al concetto di forma corporea perfetta sono veicolati dai media. I social network, le pubblicità, la tv promuovono stili di vita e canoni di bellezza specifici che influenzano i soggetti sin dai primi anni. Ad esempio, i giocattoli per bambini o i cartoni animati forniscono sin da subito immagini corporee specifiche verso le quali si sviluppa un desiderio di somiglianza cercando di perseguirlo. Infine, anche il fitness e il *dieting* hanno un impatto importante, in particolare modelli alimentari restrittivi spesso portano a categorizzare il cibo in buono o cattivo, facendo sviluppare nei soggetti più vulnerabili fobie ed evitamenti.¹⁸

2.1.2 Fattori precipitanti

Per fattori precipitanti o attivanti si intendono tutte quelle condizioni che, unite a quelle predisponenti, possono dare avvio al disturbo alimentare. In genere tali fattori sono caratterizzati da situazioni di eccessivo stress e che portano, in presenza di vulnerabilità preesistenti, all'esordio del disturbo. Per quanto riguarda i DA con esordio in età evolutiva, è molto difficile individuare le cause precipitanti. Molto spesso in caso di fobie o evitamento emotivo del cibo, il disturbo è scatenato da eventi traumatici. Per

¹⁷ Ivi, p. 41.

¹⁸ Ministero della salute, *Conoscere, affrontare, vincere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*, 2022, p. 21.

comprendere le cause che portano a sviluppare un DA in età precoce è molto importante fare attenzione ai fattori perpetuanti.

2.1.3 Fattori perpetuanti

Una volta che il disturbo si è sviluppato, in presenza delle condizioni descritte, si mantiene nel caso in cui i fattori precipitanti che lo hanno scatenato persistono nel tempo. Gli effetti di tali fattori possono mantenere o peggiorare il DA se non si attua un intervento adeguato che porti a un cambiamento personale o ambientale. Un approccio sbagliato da parte dei genitori, un ambiente inadeguato, emozioni negative sono tutte condizioni che, se non modificate, alimentano il DA portando a sviluppare quadri clinici sempre più seri.

2.2 Fattori di rischio precoci

Le cause dei disturbi alimentari possono riguardare anche abitudini e condizioni che caratterizzano i primi momenti di vita, quando il bambino entra in contatto con il cibo dapprima con la nutrizione intrauterina e successivamente con l'allattamento e lo svezzamento. Un'alimentazione inadeguata della madre in gravidanza può quindi essere considerato un fattore predisponente allo sviluppo di alcuni disturbi. L'WHO consiglia fortemente l'allattamento al seno in quanto apporta effetti benefici e protettivi sullo sviluppo di patologie alimentari e contribuisca alla migliore accettazione di cibi durante lo svezzamento. Il latte materno è considerato il miglior alimento per i primi 6 mesi di vita¹⁹ per garantire una crescita, uno sviluppo e una salute ottimali, condizionando le caratteristiche fisiologiche della digestione, dell'assorbimento e del metabolismo. La pratica dell'allattamento è inoltre fondamentale in quanto “mentre si appaga il senso di fame, si instaura anche una stretta relazione fra madre e bambino”.²⁰ Il primo anno di vita è fondamentale e delicato nel passaggio al cibo solido. Numerosi studi dimostrano che la dieta adottata in questo periodo di vita “influisce sensibilmente sulla costruzione dell'organismo e sul suo destino biologico”²¹. È essenziale che il bambino nel periodo dello svezzamento venga esposto a nuovi cibi verso i quali inizialmente sembrerà attivare un meccanismo di difesa ma che a mano a mano diventeranno familiari, sviluppando così

¹⁹ World Health Organization, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Ginevra, WHO, 2001, p. 2.

²⁰ Pedrazzi P., *Piccolo manuale di educazione alimentare. Da 0 a 3 anni*, Roma, Carrocci, 2005, p. 9.

²¹ Ivi, p. 43.

le prime preferenze alimentari²². Nel periodo successivo allo svezzamento si iniziano a consolidare le abitudini alimentari e lo stile di vita del bambino. Spesso questo passaggio fa emergere ansie e preoccupazioni nei caregiver. In questi casi il genitore potrebbe esercitare un eccessivo controllo sull'alimentazione del figlio impedendogli di sviluppare l'adeguato autocontrollo e regolazione al momento del pasto²³. I bambini, inoltre, mangiando in contesti sociali, tendono ad essere influenzati dai comportamenti alimentari degli altri. In tali casi, l'influenza sociale può avere effetti positivi o negativi sullo sviluppo delle preferenze alimentari del bambino in base a ciò che le figure di riferimento consumano abitualmente.²⁴ Oltre a quanto riportato, esistono ulteriori fattori che possono incidere in modo importante sullo sviluppo di un disturbo alimentare in età evolutiva. Tali condizioni non riguardano strettamente il cibo, quanto più la sfera relazionale, emotiva e percettiva del bambino.

2.2.1 Relazione di attaccamento

Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby, l'essere umano mette in atto comportamenti automatici e innati di ricerca, vicinanza e conforto emotivo nei confronti delle figure di riferimento. Sin dalla nascita, tra bambino e genitore si crea un legame privilegiato, in cui l'adulto assicura vicinanza, cura e protezione in particolare in momenti di stress e sofferenza, al fine di aiutare il bambino a sviluppare capacità di autogestione e regolazione²⁵. La qualità di tale legame è quindi fondamentale per lo sviluppo del bambino, del sé e delle capacità di regolazione emotiva e fisiologica. Nel momento in cui il bambino si rapporta con il mondo esterno, la figura di riferimento funge da base sicura, ovvero un luogo in cui il bambino sa sempre di poter tornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se

²² Brich L.L., (et al.), *Learning to Eat in an Obesogenic Environment: A Developmental Systems Perspective*, *Childhood Obesity: Learning to Eat*, 59, "Child Development Perspectives", 4(2), 2010, p. 140.

²³ Johnson, Susan L. and Leann Birch. *Parents' and children's adiposity and eating style*, "Pediatrics", 94 5, 1994, pp. 653-61.

²⁴ Brich L.L., (et al.), *Learning to Eat in an Obesogenic Environment: A Developmental Systems Perspective*, *Childhood Obesity: Learning to Eat*, 59, "Child Development Perspectives", 4(2), 2010, p. 141.

²⁵ Calvo V. (et al.), *Attaccamento e regolazione emozionale nel ciclo di vita*, "Giornale Italiano di Psicologia", 3, Bologna, Il Mulino, 2021, pp.762-763.

spaventato”²⁶. I diversi modelli di attaccamento sono stati definiti eseguendo alcuni esperimenti attraverso la Strange Situation.

La Strange Situation, sviluppata originariamente da Mary Ainsworth, è una procedura standardizzata videoregistrata in cui il bambino (...) viene esposto a una serie di brevi separazioni dalla propria madre in ambiente sconosciuto e in presenza di un estraneo.²⁷

Da questo studio e successive ricerche, sono stati definiti i principali stili di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente, insicuro- disorganizzato. I bambini che sviluppano un attaccamento sicuro sono in grado di utilizzare il caregiver come base sicura, interagiscono positivamente ed esplorano l’ambiente. La figura di attaccamento appare sensibile, responsiva e disponibile. In assenza di quest’ultima, i bambini si dimostrano capaci di gestire il disagio e lo stress provocati dal distacco, tranquillizzandosi e regolando autonomamente i propri stati d’animo. L’attaccamento insicuro-evitante si manifesta attraverso interazioni limitate con il caregiver, all’interno delle quali il bambino esplora l’ambiente senza coinvolgerlo. La relazione tra adulto e bambino è caratterizzata da atteggiamenti freddi e dal rifiuto di un contatto fisico. Quest’ultimo percepisce una mancanza di fiducia nei confronti dell’adulto e cerca di controllare l’attivazione emozionale nelle interazioni. Il piccolo sviluppa “una negazione dei bisogni di conforto sperimentando così un’autonomia forzata, caratterizzata da un eccessivo fidarsi solo di sé stesso, della propria autosufficienza”²⁸. Bambini con attaccamento insicuro-ambivalente mettono in atto comportamenti contraddittori, cercando una forte vicinanza con il caregiver al momento del distacco e allo stesso tempo respingendolo durante il ricongiungimento. I bambini non esplorano l’ambiente e tendono a “esagerare le loro emozioni negative per assicurarsi l’attenzione del caregiver”²⁹, manifestando pianti e lamenti difficilmente consolabili al momento della separazione. Il caregiver allo stesso modo manifesta comportamenti ambivalenti, oscillando tra assenza e presenza, creando confusione e insicurezza. L’attaccamento insicuro disorganizzato,

²⁶ Bowlby J., *A secure base: parent-child Attachment and Healthy Human Development*, USA, Basic Books, 1988, p. 11.

²⁷ Ganucci Cancellieri U. (et al.), *Funzioni metacognitive, stili di attaccamento e dimensioni patologiche*, “Cognitivismo Clinico”, 10, 1, 2013, p. 10.

²⁸ Fabbro N. (et al.), *Stili di attaccamento e relazioni interpersonali in un campione femminile con disturbi alimentari*, “Cognitivismo Clinico”, 7, 1, 2010, p. 38.

²⁹ Ibid.

successivamente introdotto da altre ricerche, è il più grave ed è associato a quadri psicopatologici. I bambini mettono in atto comportamenti disorganizzati e ambigui, appaiono rigidi e impauriti. Questo tipo di attaccamento si sviluppa quando il caregiver manifesta atteggiamenti pericolosi, abusanti o quando trasmette al figlio le proprie emozioni negative.

Sulla base dello stile di attaccamento consolidato, il bambino sviluppa quelli che Bowlby definisce Modelli Operativi Interni, nonché “rappresentazioni interne di sé stessi, delle proprie figure di attaccamento e dell’ambiente”³⁰. Tali modelli si sviluppano nei primi anni di vita e si mantengono stabili nel tempo, permettendo al soggetto di esplorare e relazionarsi con l’ambiente e con gli altri. Nel caso dell’attaccamento sicuro, il bambino percepisce il mondo positivamente e si sente sicuro di sé, capace di instaurare relazioni d’affetto, di esteriorizzare emozioni e sentimenti. Nell’attaccamento insicuro-evitante il bambino percepisce una sensazione di sfiducia e abbandono nei confronti del caregiver, non esprime emozioni e sentimenti a causa del distacco con l’ambiente e le persone che lo circondano. Il bambino con attaccamento ambivalente vive un continuo stato di imprevedibilità che lo rende insicuro nei confronti del mondo e delle figure di attaccamento, incapace di regolare i suoi stati affettivi. Nell’attaccamento disorganizzato il bambino oscilla tra paura e ricerca del caregiver, lo vede come figura negativa ma allo stesso tempo come protezione. La rappresentazione di sé e del mondo appare di conseguenza frammentata dando vita a una percezione distorta e disorganizzata della realtà.

La figura di riferimento si occupa di accudire e nutrire il bambino sin dai primi giorni di vita. La funzione nutritiva si intreccia necessariamente con la dimensione relazionale creando “dinamiche complesse, i cui riflessi positivi o negativi si possono ripercuotere sia all’interno delle relazioni intrafamiliari, sia direttamente nel rapporto del bambino con il cibo”³¹. Diverse ricerche hanno dimostrato come lo stile di attaccamento possa incidere sullo sviluppo dei disturbi alimentari. In particolare, gli stili di

³⁰ Ivi, p. 9.

³¹ Pace P. (et.al), *Bimbi a tavola. L’importanza della prevenzione primaria nei disturbi alimentari dell’infanzia*, Milano, Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori Onlus, s.d., p. 2.

attaccamento insicuro sono considerati fattori di rischio da tenere in considerazione nel momento della diagnosi e nella definizione dell'intervento.

2.2.2 Regolazione emotiva

La teoria dell'attaccamento ha una rilevanza fondamentale per lo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva dell'individuo. È evidente come “le diverse tipologie di attaccamento infantile esprimano differenze (...) nelle modalità di regolazione emozionale intrapersonale e interpersonale del bambino”³². Di fondamentale importanza in questo ambito è il contributo della Infant Research, che negli anni '70 ha introdotto nuove procedure e tecnologie sperimentali per l'osservazione della relazione bambino-caregiver. Tali novità, come le video registrazioni, hanno dato vita ad un'ampia gamma di ricerche in quest'ambito fino ai giorni nostri, basate non più sulle caratteristiche intrinseche del bambino ma sullo sviluppo in relazione alla “continua interazione dinamica con l'esperienza della famiglia e il contesto sociale”³³.

Lo scambio tra madre e bambino si basa sull'intersoggettività ed è caratterizzato dall'alternanza di sguardi, sorrisi, vocalizzazioni sin dai primi momenti di vita. Il bambino già dai due mesi si mostra capace di esprimere emozioni primarie e dal secondo anno di vita sviluppa le emozioni sociali³⁴. All'interno della relazione con la figura di attaccamento, il bambino impara a organizzare e controllare il comportamento e le risposte emotive di fronte a diverse situazioni che lo coinvolgono. Se per i primi mesi la regolazione avviene in modo fisiologico, dal terzo mese di vita si parla di regolazione guidata, in cui il genitore ha un ruolo fondamentale nell'aiutare il piccolo a gestire stati emotivi intensi, fornendo strategie che verranno a mano a mano interiorizzate. Successivamente, le capacità regolative del bambino dipendono dagli specifici legami di attaccamento e “i tipi di attaccamento sicuro e insicuro sono indicatori delle competenze regolatorie che il bimbo sta acquisendo, attraverso le relazioni con i suoi caregiver”³⁵. La responsività, la continuità e la disponibilità del genitore diventano quindi fondamentali per la regolazione degli stati emotivi del bambino. Le interazioni diadiche non sempre

³² Calvo V. (et al.), *Attaccamento e regolazione emozionale nel ciclo di vita*, “Giornale Italiano di Psicologia”, 3, Bologna, Il Mulino, 2021, p.762.

³³ Cena L. (et al.), *Osservazione clinica e intervento nell'Infant Research*, in Imbasciati A. (et al.), *I bambini e i loro caregivers*, Roma, Borla, 2010, p. 92.

³⁴ Ivi, p.94.

³⁵ Ivi, p. 95.

funzionano, possono verificarsi rotture comunicative del tutto fisiologiche che richiedono una successiva capacità di riparazione affinché la relazione evolva. La mancata disponibilità e responsività del caregiver crea nel bambino una sensazione di disagio che lo porta ad attuare comportamenti di sola autoregolazione, i quali possono incidere negativamente sulle relazioni future. All'interno della diade "ogni processo di regolazione si basa sull'integrazione tra autoregolazione e regolazione interattiva"³⁶.

Le problematiche principali nei primi momenti di vita riguardano la regolazione del sonno, del pianto e dell'alimentazione. In particolare, nel momento dei pasti madre e bambino devono costruire un ritmo condiviso caratterizzato dall'alternarsi di momenti di alimentazione e momenti di interazione sociale. La relazione e lo scambio continuo in questo caso permettono al bambino di riconoscere le sensazioni di fame e sazietà, diventando a mano a mano in grado di autoregolarsi sui tempi e le quantità di pasti di cui necessita. Tali scambi comunicativi se ipo o iper-stimolanti possono creare disfunzioni regolative nel bambino. Quando madre e figlio costruiscono una buona interazione sin dall'allattamento, è probabile che la transizione ad un'alimentazione autonoma avvenga in modo meno conflittuale. Al contrario, se la madre appare contraria nell'accettare l'autonomia e la sperimentazione del cibo da parte del bambino potrebbero crearsi situazioni di conflitto che portano allo sviluppo di disturbi alimentari. In generale, alcuni studi suggeriscono che un attaccamento insicuro, causante disregolazione affettiva, può avere un ruolo importante sullo sviluppo del DA i cui sintomi sono dovuti proprio alla necessità di far fronte agli effetti di una regolazione disadattiva.

2.2.3 *Schema corporeo e immagine corporea*

Sin dalla nascita il corpo rappresenta un mezzo per esprimere stati d'animo, sensazioni, bisogni e disagi. Per il bambino è il primo strumento di comunicazione, capace di tradurre ed esternare la vita psichica dello stesso attraverso gesti e movimenti. Secondo recenti filoni di ricerca, la nostra attività cognitiva si basa sull'attività corporea e per questo è fondamentale che il suo sviluppo venga stimolato sin dai primi momenti.

Lo sviluppo del sé e della percezione corporea sono in parte determinati dalle esperienze relazionali e dagli scambi corporei con l'altro sin dai primi giorni vita. Scarsa responsività, deprivazione, limitati scambi comunicativi e affettivi tra bambino e

³⁶ Ivi, p. 101.

caregiver durante la prima infanzia possono essere quindi dannosi per la definizione del sé corporeo.

Quando si fa riferimento alla corporeità è fondamentale considerare il concetto di schema corporeo e immagine corporea. Una definizione di schema corporeo è data da J. Le Boulch, che lo descrive come

una intuizione di insieme o una conoscenza immediata del nostro corpo allo stato statico o in movimento, nel rapporto delle sue diverse parti tra loro e nei suoi rapporti con lo spazio circostante degli oggetti e delle persone.³⁷

Tale rappresentazione si costruisce mediante l'esperienza nel mondo attraverso il corpo, su cui influiscono la sfera affettiva e biologica. Lo stesso autore definisce gli stadi di strutturazione dello schema corporeo, introducendo i concetti di corpo subito, corpo vissuto, corpo percepito e corpo rappresentato. Da 0 a 3 mesi si parla di corpo subito, il bambino si percepisce un tutt'uno con la madre e non sa differenziare l'io dal non io. Le attività del corpo si riferiscono agli automatismi primitivi innati e ai riflessi arcaici. Dai 3 mesi ai 3 anni riconosce il corpo come strumento per esplorare il mondo, si parla infatti di corpo vissuto. In questa fase avviene la differenziazione tra il proprio corpo e quello dell'altro, riconoscere l'esistenza di altro, oltre a sé, anche grazie agli stimoli esterni. Il concetto di corpo percepito emerge tra i 3 e i 6 anni, quando il bambino inizia ad esplorare la propria corporeità, scoprendo le parti del corpo e prendendone coscienza. Il concetto di corpo rappresentato infine fa riferimento alla dimensione spaziale e tra i 7 e i 12 anni il bambino appare in grado di strutturare rappresentazioni mentali dinamiche del proprio corpo nello spazio.

Il concetto di immagine corporea è definito da P.D. Slade come "l'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo"³⁸. L'autore sostiene che tale immagine ha una componente percettiva e una attitudinale e che "i giudizi che l'individuo fa sul proprio corpo sono altamente influenzati da variabili cognitive, affettive, attitudinali e di altro tipo".³⁹ Il concetto di immagine

³⁷ Le Boulch J., *Educare con il movimento*, Roma, Armando, 1983.

³⁸ Slade P.D, *What is body image?*, "Behaviour Research and Therapy", 32(5), GB, Elsevier Science Ltd, 1994, p. 497.

³⁹ Ibid.

corporea si differenzia da quello di schema corporeo in quanto il concetto di immagine include il modo in cui il corpo viene percepito da noi stessi e dagli altri, facendo quindi riferimento anche alla sfera percettiva ed emotiva.

Dagli studi di Bardone-Cone e Fairburn, riprendendo la prospettiva transdiagnostica,

è possibile considerare le anomalie alimentari come fenomeni secondari a un nucleo psicopatologico più profondo comune, tra cui la disturbo dell'immagine corporea con l'insoddisfazione del peso corporeo e della forma che sembrano essere un fattore persistente in tutti i DA.⁴⁰

Buona parte dei disturbi alimentari ha come sintomo principale la distorsione dell'immagine corporea associata a pensieri negativi persistenti sulla forma del corpo. Analizzando numerosi studi condotti sulla distorsione dell'immagine corporea in persone che soffrono di disturbi alimentari, Slade ha concluso che tali soggetti “hanno un'immagine corporea incerta, instabile e debole”⁴¹. La percezione del proprio corpo dipende da numerosi fattori variabili nel tempo, tra cui gli input sensoriali derivanti dall'esperienza del corpo, le fluttuazioni di peso, le norme culturali e sociali, gli atteggiamenti individuali nei confronti del peso e della forma, le variabili cognitive e affettive, le variabili biologiche e la psicopatologia individuale come nel caso dei disturbi alimentari.

Altri studi hanno dimostrato la rilevanza della percezione che gli altri hanno sul nostro corpo e come questo aspetto incide sulla definizione dell'identità. In particolare, Stanghellini G. propone una distinzione tra soggetto-corpo facendo riferimento all'esperienza che ognuno di noi fa della propria corporeità in prima persona, e oggetto-corpo riferendosi al “corpo indagato da un terzo come entità del mondo esterno o percepito da fuori”⁴². In questo senso le persone che soffrono di DA, oltre a sovrastimare le proprie dimensioni corporee e ad avere un'immagine distorta delle proprie forme,

⁴⁰ Maria Monteleone A., (et al.), *Embodiement Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology*, “Wiley Online Library”, 10, 2017, p. 461.

⁴¹ Slade P.D, *What is body image?*, “Behaviour Research and Therapy”, 32(5), GB, Elsevier Science Ltd, 1994, p. 499.

⁴² Stanghellini G., *Embodiment and the Other's look in feeding and eating disorders*, “World Psychiatry”, 18:3, 2019, p. 364.

sperimentano il corpo come un oggetto guardato da altri. Queste dinamiche hanno un forte impatto sulla percezione di sé in quanto “la difficoltà nel sperimentare il corpo e le emozioni sconvolge il senso di identità, così la propria identità viene raffinata dallo sguardo dell’alto e ridotta all’aspetto esterno del proprio corpo.”⁴³ Molti studi hanno indagato l’impatto importante che gli stili di attaccamento nella prima infanzia possono avere anche per lo sviluppo del sé e dell’identità corporea. In particolare, lo studio di Maria Monteleone A. (et al.)⁴⁴ ha dimostrato che stili di attaccamento insicuro ansioso ed evitante incidono sulla distorta percezione della forma del corpo sottoponendo maggiormente i soggetti allo sviluppo di un DA. Gli autori sostengono infatti che “il disordine del sé a causa di attaccamento insicuro è associato al fallimento nello sperimentare il corpo come proprio e alla tendenza a guardarlo come qualcosa di estraneo (...)”⁴⁵.

Da quanto emerso, si sottolinea ancora una volta come le prime tappe evolutive siano estremamente delicate e richiedano particolare attenzione per evitare il futuro sviluppo di patologie, tra cui i disturbi alimentari. Una volta definita l’eziologia multifattoriale dei DA, individuando tutti i fattori da considerare per la diagnosi, è importante prestare attenzione alla costruzione dell’intervento, che deve necessariamente basarsi su un approccio multidisciplinare. In tal senso risulta fondamentale il coinvolgimento di una molteplicità di attori che contribuiscono all’assessment e al trattamento lavorando su diversi fronti, con approcci che tengono conto dell’aspetto medico, psicologico, educativo focalizzando l’attenzione sul bambino, la famiglia e l’ambiente in cui essi sono inseriti.

⁴³ Maria Monteleone A., (et al.), *Embodiement Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology*, “Wiley Online Library”, 10, 2017, p. 465.

⁴⁴ Ivi, pp. 461-468.

⁴⁵ Ivi, p.465.

CAPITOLO III

PREVENZIONE E TRATTAMENTO IN ETA' EVOLUTIVA: IL RUOLO DELL'EDUCAZIONE

3.1 La prevenzione

La prevenzione è intesa come “qualunque attività mirata a ridurre morbilità e mortalità dovute ad una patologia”⁴⁶. Esistono attività preventive a diversi livelli che permettono di anticipare lo sviluppo del disturbo oppure, nei casi più gravi e conclamati, di curarlo prima che si cristallizzi. Gli interventi, quindi, possono essere mirati alla riduzione dei fattori di rischio, alla promozione dei fattori di protezione o a veri e propri trattamenti di cura. In questo senso la prevenzione può essere primaria, secondaria o terziaria.

3.1.1 Prevenzione primaria

Quando si parla di prevenzione primaria, si fa riferimento all'insieme di “interventi indirizzati ai fattori di rischio per impedire o ridurre l'insorgenza o lo sviluppo della patologia”⁴⁷. Come argomentato precedentemente, i disturbi alimentari sono patologie ad eziologia multifattoriale. In particolare, i fattori di rischio emergono sin dalla gravidanza e possono incidere in modo importante sullo sviluppo del disturbo. Essi riguardano diversi ambiti, tra cui quello psicologico, familiare, biologico, genetico, culturale, su alcuni dei quali è possibile intervenire per ridurre la possibilità di insorgenza della patologia. L'intervento a livello di prevenzione primaria quindi, mira a ridurre gli effetti di condizioni di rischio precoci, di tipo psicologico, sociale e familiare attraverso due modalità: “l'allontanamento delle cause patogene e il rafforzamento dei fattori protettivi”⁴⁸. La maggior parte degli interventi si basa sul rafforzamento dei fattori di protezione, in cui hanno un ruolo fondamentale la sensibilizzazione e l'educazione. In riferimento ai disturbi alimentari in età evolutiva, risulta essenziale educare sin dai primi momenti ad un'alimentazione sana, equilibrata e consapevole, sensibilizzando le famiglie su temi come l'allattamento, lo svezzamento e le buone pratiche alimentari. È inoltre importante sottolineare l'impatto dei fattori sociali e culturali sul tema dell'immagine

⁴⁶ Santonastaso P. (et al.), *Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare: mito o realtà?*, in Rampelli E. (et al.), *Il coraggio di guardare*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2010, p.41.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ivi, p. 42.

corporea, del *dieting* e di regimi alimentari restrittivi. Riconoscendo la complessità e le difficoltà di controllare le informazioni veicolate attraverso i media, le pubblicità, le immagini, i giochi e altri strumenti comunicativi, “l’intento degli interventi preventivi e soprattutto quello di modificare, invece, le reazioni dei soggetti”⁴⁹. Ad esempio, risulta efficace educare alla cura e al benessere del proprio corpo mediante l’alimentazione e il movimento, ma anche lavorare sull’autostima e le capacità di resilienza, costruendo stili di vita sani ed equilibrati.

L’esordio dei DA può essere determinato anche da stili di attaccamento insicuro o difficoltà di regolazione emotiva che, come dimostrato, possono creare disagi nella nutrizione. Gli interventi preventivi, quindi, non sono necessariamente legati alla sfera alimentare ma anche a quella relazionale ed emotiva, su cui è necessario informare e sensibilizzare i genitori sin dal concepimento, quando si pongono le basi per la relazione madre-bambino. Attaccamento sicuro e capacità di regolazione emotiva risultano essere fattori fondamentali per un adeguato approccio all’alimentazione, permettendo di coordinare stati di fame e sazietà ed evitando di riversare sul cibo eventuali disagi emotivi e relazioni.

3.1.2 *Prevenzione secondaria*

La prevenzione secondaria ha l’obiettivo di “prevenire la progressione della patologia e di ridurre gli effetti negativi causati dalla stessa, accorciando il tempo che intercorre tra esordio e richiesta d’aiuto”⁵⁰. Le linee guida NICE sottolineano che “le persone con disturbi alimentari dovrebbero essere valutate e ricevere un trattamento il prima possibile”⁵¹. La prevenzione secondaria si basa sul riconoscimento precoce dei segnali che indicano il probabile esordio di un DA. In particolare, i sintomi suggeriti da tali linee guida sono⁵²:

- Indice di massa corporea insolitamente basso o alto peso corporeo in relazione all’età
- Rapida perdita di peso

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ivi, p. 41.

⁵¹ National Institute for Health and Care Excellence, *Eating disorders: recognition and treatment*, 2020, p. 45.

⁵² Ivi, pp. 45-46.

- Dieta o pratiche alimentari restrittive (...)
- Familiari segnalano cambiamenti nel comportamento alimentare
- Ritiro sociale in particolare da situazioni che coinvolgono il cibo
- Altri problemi di salute mentale
- Preoccupazione sproporzionata per il peso e la forma del corpo
- Problemi a gestire una malattia cronica che colpisce la dieta (diabete o celiachia)
- Disturbi endocrini o gastrointestinali inspiegabili
- Segni di malnutrizione (scarsa circolazione, vertigini, palpitazioni, svenimenti, pallore)
- Comportamenti compensativi (abuso di lassativi, pillole dietetiche, autoinduzione del vomito, esercizio fisico eccessivo)
- Dolore addominale associato a vomito o restrizioni nella dieta che non può essere pienamente spiegato da una condizione medica
- Squilibrio elettrolitico inspiegabile o ipoglicemia
- Usura dentale atipica
- Attività associate ad alto rischio di disturbi alimentari (sport a livello agonistico, moda, danza...)

In particolare, nei bambini si può manifestare anche una crescita vacillante con basso peso e altezza in base all'età o ritardo dello sviluppo puberale. Tali sintomi variano a seconda dell'età, del tipo di disturbo e della sua gravità. Sono segnali che fungono da campanelli d'allarme per l'esordio delle patologie alimentari. Se individuati precocemente è possibile intervenire prima ancora che si sviluppi il disturbo vero e proprio, evitando così importanti conseguenze negative a livello fisico e mentale. In questo senso l'ambito familiare, scolastico, sportivo e sociale sono i principali luoghi di osservazione e rilevamento di tali segnali. Familiari, educatori, insegnanti, allenatori e amici risultano essere determinanti nell'individuare i sintomi e richiamare l'attenzione di professionisti per avviare un intervento preventivo al fine di arginare lo sviluppo del disturbo.

3.1.3 Prevenzione terziaria

Le attività preventive di terzo livello mirano a “ridurre l’impatto negativo di una malattia già conclamata e in corso”⁵³. Tale tipo di prevenzione fa riferimento agli interventi ambulatoriali messi in atto per curare un disturbo già sviluppato. Le linee guida in merito al trattamento dei disturbi alimentari suggeriscono un modello di cura multidisciplinare dalla diagnosi alla guarigione. Nello specifico, le indicazioni proposte dall’American Psychiatric Association definiscono alcuni step per l’avvio del percorso diagnostico-terapeutico. Innanzitutto, si ritiene fondamentale una prima anamnesi dei comportamenti alimentari del paziente e dei familiari, seguita dalla valutazione dello stato nutrizionale e delle condizioni fisiche con appositi esami di laboratorio. Successivamente, viene eseguito un accurato esame psichiatrico e una valutazione del contesto familiare per poter coinvolgere le figure di riferimento nel percorso di cura, specialmente se il paziente è un bambino o un adolescente. A seguito delle valutazioni eseguite dai diversi esperti e sulla base delle stesse, avviene la scelta del livello di cura.

Il trattamento dei pazienti con DA può essere di tipo ambulatoriale, ambulatoriale intensivo, riabilitativo semiresidenziale, riabilitativo ospedaliero/residenziale, ospedaliero d’emergenza. Secondo le linee di indirizzo nazionali, il luogo ideale per il trattamento dei disturbi alimentari è il contesto ambulatoriale in quanto “non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita”⁵⁴. Il livello assistenziale ambulatoriale si occupa dell’iter diagnostico e dei controlli periodici per pazienti considerati sufficientemente stabili dal punto di vista fisico e psichico e motivati al trattamento. La terapia ambulatoriale intensiva è rivolta ai “pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale convenzionale (...), va attuata in un centro specializzato per la cura dei disturbi dell’alimentazione”⁵⁵. Il trattamento riabilitativo semiresidenziale può essere utilizzato come primo approccio terapeutico o come step successivo al trattamento ospedaliero. Si fa riferimento a pazienti che hanno

⁵³ Santonastaso P. (et al.), *Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare: mito o realtà?*, in Rampelli E. (et al.), *Il coraggio di guardare*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2010, p.41.

⁵⁴ Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell’alimentazione*, “Quaderni del Ministero della Salute”, Roma, Centro stampa del Ministero della Salute, 2017, p.70.

⁵⁵ Ivi, p.71.

già un buon controllo dei comportamenti psicopatologici e risultano essere inseriti in un ambiente familiare favorevole. Il paziente trascorre alcuni giorni a casa senza la supervisione degli specialisti, imparando a gestire il rapporto con il cibo per evitare ricadute dopo il trattamento. La riabilitazione ospedaliera/residenziale si avvia nei casi più complessi, in un reparto specializzato, quando il paziente non risponde ai trattamenti ambulatoriali e nei casi in cui sia rilevato un eccessivo rischio fisico, psichiatrico e psicosociale. Tale trattamento include l'assistenza ai pasti e, attraverso specifiche strategie, gli specialisti osservano, monitorano e valutano quotidianamente le condizioni del paziente. Il ricovero ordinario è previsto "in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave, e in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario, la comorbidità psichiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori"⁵⁶. In questi casi vengono eseguiti esami specifici per rilevare le complicanze mediche derivanti dal disturbo e definire una terapia nutrizionale immediata. Dopo le dimissioni è fondamentale che il paziente sia preso in carico da altri livelli di cura per proseguire le terapie evitando ricadute.

Secondo le linee guida APA⁵⁷, la riabilitazione nutrizionale ha come scopi principali: il ripristino del peso, la normalizzazione delle abitudini alimentari, il recupero della percezione di fame e sazietà e la correzione dello stato di malnutrizione biologico e psicologico.

3.2 *L'intervento multidisciplinare*

Le principali linee di indirizzo sul trattamento dei disturbi alimentari sottolineano l'importanza di un intervento multifocale e multidisciplinare, che prevede il coinvolgimento di diverse figure professionali specializzate, capaci di operare in equipe al fine di definire una diagnosi e un trattamento completi ed efficaci. Questo tipo di approccio "richiede una trasformazione del *sapere* e del *saper fare* in un *saper fare insieme*"⁵⁸. Nello specifico, le linee di indirizzo definite dall'American Psychiatric Association sottolineano che

⁵⁶ Ivi, p.75.

⁵⁷ American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, Third Edition, Washington DC, APA, 2006, p. 40.

⁵⁸ De Virgilio G. (et.al), *Convegno. Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso*, Roma, Istituto superiore di Sanità, 2013, p. 35.

“quando un paziente è gestito da un team interdisciplinare (...), la comunicazione tra professionisti è essenziale per monitorare i progressi del paziente, apportare le modifiche necessarie al piano di trattamento e delineare i ruoli e i compiti specifici di ciascun membro del team”⁵⁹.

Sono molteplici quindi le figure coinvolte nella cura dei disturbi alimentari, che variando a seconda della gravità della patologia e sono appartenenti a diversi ambiti disciplinari. Per il trattamento dei DA, in ambito medico sono coinvolti pediatri, medici internisti, nutrizionisti, dietisti, fisioterapisti, infermieri. Trattandosi di disturbi mentali, un ruolo essenziale è svolto da neuropsichiatri e psicologi che collaborano con figure come pedagogisti ed educatori. Ogni specialista mette a disposizione le sue competenze professionali e collabora con gli altri in un’ottica interdisciplinare e condivisa. In particolare, per la cura dei DA in età evolutiva, l’equipe multidisciplinare si compone di medico specialista in area pediatrica che ha il compito di valutare le condizioni del paziente, prescrivere trattamenti, stabilire tempi e modalità dei controlli periodici al fine di “arrivare ad una stabilizzazione medica che possa consentire il percorso psicoterapeutico senza rischi per la salute fisica”⁶⁰. Un’altra figura che opera all’interno dell’equipe è il medico specialista in area nutrizionale e il dietista, fondamentali nella valutazione della condizione iniziale, spesso caratterizzata da malnutrizione, ma anche per la fase riabilitativa. Tali figure si occupano di definire i fabbisogni nutrizionali del paziente per la realizzazione del programma di riabilitazione psico-nutrizionale e, se necessario, dell’assistenza ai pasti. All’interno dell’equipe è prevista inoltre la presenza di medici specialisti in neuropsichiatria infantile che sono responsabili della valutazione psicopatologica e della diagnosi psichiatrica del paziente. L’anamnesi in questo caso prevede la raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari del bambino e della famiglia e sui comportamenti di rifiuto, evitamento ed eliminazione del cibo, oltre alla considerazione di comorbidità psichiche. In questa fase, per ricavare tali informazioni è fondamentale la collaborazione dei familiari. Lo psicologo che collabora all’interno dell’equipe contribuisce alla valutazione e alla diagnosi con l’ausilio di appositi strumenti

⁵⁹ American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, Third Edition, Washington DC, APA, 2006, p. 11.

⁶⁰ Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*, “Quaderni del Ministero della Salute”, Roma, Centro stampa del Ministero della Salute, 2017, p.80.

e si occupa del trattamento psicoterapeutico. Nel gruppo di lavoro collaborano anche i fisioterapisti per la riabilitazione articolare e gli infermieri che contribuiscono alla realizzazione del programma terapeutico attraverso l'accoglienza, il dialogo l'osservazione e il monitoraggio. All'interno dell'equipe, un ruolo importante è svolto anche dagli educatori professionali e dai tecnici di riabilitazione psichiatrica che si occupano principalmente del trattamento in strutture residenziali o semiresidenziali. In genere seguono il paziente e collaborano con gli altri specialisti nel momento dei pasti. Esistono altre figure nel territorio che collaborano con l'equipe multidisciplinare tra cui i pediatri di libera scelta che si occupano dell'intercettazione dei casi e collaborano successivamente nel percorso di cura. Si tratta di interventi di primo livello, che rientrano nella diagnosi precoce e permettono un intervento tempestivo. Essi recepiscono i campanelli d'allarme e segnalano le complicazioni a seguito di esami e valutazioni. Si occupano inoltre del coinvolgimento dei familiari, indicando quali specialisti e strutture contattare per avviare un intervento di cura mirato.

Secondo le linee guida del Ministero della Salute “è fondamentale che i terapeuti, pur mantenendo i loro ruoli professionali specifici, condividano la stessa filosofia e utilizzino un linguaggio comune con i pazienti”⁶¹. Per garantire un approccio condiviso, tali linee guida suggeriscono l'utilizzo di alcuni strumenti, tra cui la cartella clinica del paziente, le riunioni d'equipe e strumenti di supervisione. L'intervento nella prima infanzia prevede il coinvolgimento non solo del paziente ma anche della famiglia, fondamentale per ricavare tutte le informazioni riguardanti le abitudini e i comportamenti alimentari del bambino. La famiglia deve sentirsi informata e rassicurata, parte integrante del programma terapeutico. All'interno dell'equipe, il dialogo e lo scambio risultano essenziali affinché ogni figura professionale contribuisca alla costruzione di un quadro generale e comune della patologia per improntare un intervento adeguato.

3.2.1 Procedure di intervento

Il trattamento prevede un iter definito da seguire di fronte a possibili casi patologici, da adattare ai bisogni e alle caratteristiche del paziente. Nello specifico, è prevista una prima valutazione del rischio nutrizionale in presenza dei primi sintomi e segnali. In età precoce, lo sviluppo psicofisico dipende principalmente dalla nutrizione e quindi un

⁶¹ Ivi, p. 69.

deficit nutrizionale o uno stato di malnutrizione compromettono l'accrescimento fisico e mentale. La valutazione precoce, attraverso specifiche procedure, ha l'obiettivo di "definire la prognosi nutrizionale; pianificare il piano di trattamento dietetico-nutrizionale in funzione del grado di malnutrizione; verificare l'out come clinico"⁶². L'intervento può essere svolto a livello ambulatoriale o nei casi più complessi con ricovero ospedaliero. È importante in età evolutiva un attento monitoraggio in quanto, in caso di comorbidità con altri disturbi psichiatrici, è necessario comprendere se questi possano essere considerati una causa o un effetto del disturbo. Infine, nel caso in cui il disturbo comportasse difficoltà nella deglutizione, digestione o assorbimento di nutrienti è previsto l'utilizzo della nutrizione artificiale mediante l'utilizzo esclusivo o parziale del sondino nasogastrico.

3.2.3 Principali approcci psicologici in età evolutiva

Il trattamento dei disturbi alimentari in età evolutiva è molto delicato e il programma definito dall'equipe multidisciplinare deve necessariamente essere flessibile per adattarsi alle esigenze del paziente. Ogni patologia prevede specifici trattamenti definiti in base all'età del bambino, al tipo e alla gravità del disturbo, alle cause e all'ambiente in cui il paziente è inserito. Trattandosi di disturbi mentali, è importante in questa sede porre uno sguardo ai diversi approcci psicologici utilizzati per la cura dei DA in età evolutiva. I metodi considerati più efficaci in questo ambito risultano essere l'approccio cognitivo-comportamentale, utilizzato principalmente per pazienti adolescenti adulti, la Family Based Therapy e la Terapia neuro-psicomotoria.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è stata elaborata dal team del Center for Research on Eating Disorder di Oxford, con lo scopo di "affrontare i meccanismi cognitivo comportamentali di mantenimento della psicopatologia"⁶³. Si tratta di un trattamento psicologico individualizzato, dedicato specialmente ad adulti e adolescenti, che risulta tuttavia essere efficace anche in età evolutiva con l'utilizzo di specifiche strategie. Esistono diversi tipi di CBT tra cui la terapia Multistep che prevede l'intervento dell'equipe multidisciplinare volto a "educare i genitori alla teoria cognitivo comportamentale e al trattamento, affrontare i pasti in famiglia e creare un ambiente

⁶² Ivi, p. 57.

⁶³ Guerrini A., *Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dalla diagnosi al trattamento. Il ruolo dell'Educatore Professionale*, "Journal of Health Care Education in Practice", 2020, p. 116.

famigliare ottimale”⁶⁴. È prevista inoltre la Terapia cognitivo-comportamentale per AFRID che ha lo scopo di aiutare i pazienti a ripristinare il peso corporeo adeguato, risolvere le carenze nutrizionali e diminuire i sentimenti negativi e il danno psicosociale. L’approccio cognitivo comportamentale prevede di definire obiettivi su comportamenti misurabili, ad esempio quando il bambino mangia, chi è presente durante i pasti, la quantità e il tipo di cibo mangiato. Lo scopo è di collegare il mondo interiore, le emozioni e i pensieri con i comportamenti e le azioni. Le strategie più utilizzate riguardano la gestione dei pensieri intrusivi, la correzione delle condotte compensatorie, la ristrutturazione del sistema di autovalutazione che nei bambini con DA risulta essere disfunzionale in quanto quasi esclusivamente basata sull’alimentazione, il peso e la forma del corpo. Altre strategie possono riguardare le tecniche di rilassamento per abbassare i livelli d’ansia derivanti dal disturbo, o programmi di *Token Economy* per rinforzare i comportamenti positivi.

La Family Based Therapy comprende “tutte le modalità di coinvolgere i genitori come parte essenziale del trattamento”⁶⁵. Questo tipo di terapia non considera le disfunzioni familiari come cause, bensì come effetti del disturbo sul sistema familiare. Lo scopo è quindi “modificare i fattori familiari cristallizzati attorno al disturbo e quelli che impediscono la cura”⁶⁶. La terapia prevede che i genitori siano protagonisti del percorso di cura, mettendosi quotidianamente al servizio per garantire che “il bambino mangi i pasti e gli spuntini richiesti ed essere a disposizione per distrarre o impedire al bambino di impegnarsi in comportamenti autodistruttivi come l’esercizio compulsivo o l’epurazione”⁶⁷. La terapia dura generalmente un anno e lo scopo principale è il ripristino del peso combattendo il rifiuto del cibo, per poi lavorare sulle abitudini alimentari e il normale sviluppo psicofisico del paziente. Si tratta di un percorso che può risultare impegnativo e frustrante per i genitori, per questo è fondamentale che l’intervento sia concordato con esperti e continuamente monitorato e modificato se necessario.

⁶⁴ Ivi, p. 117.

⁶⁵ Gritti A., *La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare*, “Giornale Neuropsichiatrico Età Evolutiva”, 2009, 29, p. 313.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Eating Disorders Victoria, *Family Based Treatment*, Abbotsford, 2014. In <http://www.eatingdisorders.org.au/>

Generalmente risultano efficaci le terapie psicoeducative di gruppo dedicate ai genitori, con la partecipazione di specialisti ed educatori.

Lo scopo del trattamento neuro-psicomotorio è incrementare il legame tra mondo interiore e ambiente esterno, promuovendo l'integrazione di competenze emotive, intellettive e motorie. Questo tipo di terapia si utilizza anche per il trattamento di altri disturbi e disabilità seguendo il modello bio-psico-sociale suggerito dall'WHO, che prevede "un lavoro rivolto non tanto al deficit, ma all'integrazione delle competenze emergenti, ivi incluse quelle atipiche"⁶⁸. La terapia neuro-psicomotoria per i DA non si rivolge al disturbo in senso stretto ma lavora su problematiche più profonde alla base dello stesso, ad esempio i problemi di regolazione emotiva, relazioni di attaccamento disfunzionali o distorsione dell'immagine corporea. Il trattamento avviene mediante l'attività principe dell'età evolutiva: il gioco, attraverso cui il bambino esprime bisogni, emozioni, potenzialità e difficoltà. La figura professionale che si occupa di tali terapie è lo psicomotricista, spesso inserito nell'equipe multidisciplinare. Esso lavora attraverso il corpo, mezzo che permette al bambino con DA di esprimere un disagio profondo che non riesce a comunicare in altro modo. Il professionista si occupa quindi di osservare attentamente le azioni del bambino, creando un'alleanza e sostenendo le due iniziative. Mediante l'imitazione cerca di dare valore a ciò che il bambino vuole esprimere al fine di modificare i comportamenti disfunzionali. Si utilizzano inoltre massaggi, dialogo tonico e gioco corporeo per far entrare il paziente in contatto con il proprio corpo e quello dell'altro, prendendone consapevolezza e confidenza. Lo scopo è quindi permettere al bambino di imparare a collegare il mondo interiore con la corporeità al fine di curare i disagi profondi che fungono da fattori di rischio per lo sviluppo delle patologie alimentari.

Qualsiasi terapia si scelga di seguire è di fondamentale importanza creare sin da subito un'efficace alleanza terapeutica, in particolare con i genitori che svolgono un ruolo centrale nella cura dei DA in età evolutiva. Essi devono essere coinvolti, informati e istruiti accuratamente ma allo stesso tempo anche ascoltati per qualsiasi bisogno o necessità. Il terapeuta fornisce informazioni chiare sui danni che i disturbi alimentari possono causare alla salute e alla necessità di lucidità e controllo durante il trattamento. Egli lavora sugli aspetti motivazionali del bambino e della famiglia, alimentando il

⁶⁸ <http://www.neuropsicomotricista.it/>

sentimento di fiducia nei confronti della terapia e della possibilità di guarigione. È essenziale che il percorso sia integrato anche con l'ambito educativo al fine di ristrutturare i modelli comportamentali e alimentari disfunzionali del bambino.

3.3 Prevenzione primaria e secondaria in età evolutiva: l'educazione alimentare

Nella prevenzione di primo e secondo livello un ruolo principe è svolto dall'educazione. L'attività educativa, infatti, ha lo scopo di prevenire lo sviluppo dei disturbi attraverso l'informazione, il supporto e la sensibilizzazione. Sono numerosi gli interventi da attuare in ambito domestico, scolastico e sociale per promuovere buone pratiche alimentari arginando così lo sviluppo dei disturbi. Nella prima infanzia i progetti di educazione alimentare sono indirizzati ai bambini e soprattutto alle famiglie, che nei primi anni di vita si occupano pienamente dell'alimentazione dei figli. In particolare, la prevenzione riguarda l'alimentazione del bambino in senso stretto e quindi la quantità e le modalità di approccio al cibo dall'allattamento all'alimentazione autonoma, ma anche le regole, la preparazione dei pasti e uno stile di vita sano. Le attività preventive di primo livello rivolte ai caregiver mirano a:

“promuovere nei genitori la fiducia nella propria capacità di intuire lo stato emotivo dei propri figli, rafforzare i genitori piuttosto che promuovere atteggiamenti pedagogici colpevolizzanti, sensibilizzarli sul valore e l'importanza del desiderio rispetto al compito educativo, ricordare la forte componente di imitazione del comportamento alimentare”⁶⁹.

Il primo approccio è quindi quello del buon esempio da parte della famiglia al fine di trasmettere al bambino tranquillità nell'incontro con il cibo e consapevolezza nell'alimentazione, evitando usi impropri degli alimenti e interventi intimidatori.

A livello familiare, scolastico e sociale le principali azioni di prevenzione riguardano la promozione dell'allattamento come relazione, l'inclusione di altre figure di attaccamento durante l'alimentazione, la promozione della convivialità e della sperimentazione prestando attenzione all'atmosfera durante i pasti.

⁶⁹ Pace P. (et.al), *Bimbi a tavola. L'importanza della prevenzione primaria nei disturbi alimentari dell'infanzia*, Milano, Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori Onlus, s.d., p. 24.

3.3.1 In famiglia

Dopo la gravidanza, per il bambino il primo approccio al cibo è l'allattamento. Il latte materno non è solo alimento, ma strumento di relazione, scambio e contatto fisico "che non possono essere considerati complementari al cibo, ma sono essi stessi nutrimento"⁷⁰. Il latte materno è l'alimento per eccellenza, si adatta alle necessità nutrizionali del bambino modificando la sua composizione durante la poppata e lo sviluppo. Il latte materno ha quindi molti vantaggi nutrizionali, protettivi, psicologici e pratici in quanto offre al bambino tutti i macronutrienti e le difese immunitarie necessari alla crescita nei primi 6 mesi di vita, oltre al beneficio prodotto dalla relazione con la madre. Sin dal momento del parto, madre e bambino iniziano mediante le prime poppate a definire i tempi e i ritmi dell'allattamento, grazie ai quali il piccolo impara fin da subito a riconoscere il senso di fame e sazietà, staccandosi dal seno se sazio o cercandolo per continuare a nutrirsi.

Dal sesto mese è prevista l'integrazione di nuovi alimenti, dando avvio alla fase di divezzamento o svezzamento in cui "da un'alimentazione esclusivamente latte, si passa gradualmente ad una dieta mista che comprende, oltre al latte, cibi dapprima semi-liquidi, poi solidi"⁷¹. Si tratta di una tappa fondamentale per il futuro sviluppo del bambino in quanto "il regime dietetico nelle prime epoche di vita influisce sensibilmente sulla costituzione dell'organismo e sul suo destino biologico"⁷². Determina il primo impatto con alimenti diversi dal latte ed è un importante stadio di sviluppo psicologico in quanto prevede l'acquisizione dell'autonomia rispetto alla figura materna. Dopo i 6 mesi, una dieta esclusivamente latte risulta insufficiente ai bisogni di crescita del bambino e potrebbe portare a malnutrizione, ritardo di crescita, deficit immunitari. È fondamentale quindi promuovere il passaggio a cibi nuovi per permettere al bambino di adattarsi precocemente ad un'alimentazione sana e diversificata, senza sviluppare fobie o rifiuti. È una fase delicata, che in un primo momento potrebbe risultare complicata a causa delle difficoltà di deglutizione e per questo è necessario affrontarla senza obblighi, con gradualità e pazienza ascoltando i bisogni del bambino. Qualsiasi tipo di forzatura o insistenza da parte del genitore risulta disfunzionale e predispone maggiormente al rischio

⁷⁰ Pedrazzi P., *Piccolo Manuale di educazione alimentare. Da zero a tre anni*, Roma, Carroci Faber, 2005, p. 9

⁷¹ Ivi, p. 43.

⁷² Ibid.

di evitamento e rifiuto del cibo. In questa fase il bambino inizia a sviluppare le prime preferenze alimentari; pertanto, “chi si occupa dell’alimentazione del bambino avrà una grossa responsabilità nella formazione dei suoi gusti, perché sarà il suo primo modello da imitare”⁷³. Infine, lo svezzamento rappresenta l’occasione per “imparare a correggere le abitudini alimentari di tutta la famiglia”⁷⁴.

Il primo anno vita risulta essere un altro grande passo dal punto di vista alimentare grazie alla dentizione e alla maturazione dell’intestino, che permettono di introdurre piano piano tutti gli alimenti. Questo momento della vita del bambino è considerato dal punto di vista alimentare un “periodo di perfezionamento, durante il quale si consolideranno le sane e buone abitudini alimentari che diventeranno la base della sua dieta futura”⁷⁵. È importante promuovere un regime alimentare in grado di garantire il benessere e la salute dell’individuo introducendo una dieta mista. Il genitore deve proporre al bambino alimenti vari che includano tutti i macronutrienti derivanti da diverse fonti. Se il bambino rifiuta certi alimenti è possibile trovare altri cibi che forniscano le stesse sostanze nutritive in base alle sue preferenze. Fondamentale in questa fase è la regolarità dei pasti per “evitare l’instaurarsi di comportamenti alimentari che possono consolidarsi in futuro”⁷⁶. È possibile che al secondo anno di età il bambino si sazi più rapidamente rispetto al periodo precedente in quanto il suo fabbisogno calorico diminuisce e si stabilizza. Questo non deve giustificare l’irregolarità di pasti per paura che il bambino mangi troppo poco. Il bambino raggiunge a questo punto l’autonomia nell’alimentazione, sa scegliere cosa mangiare, decidere la frequenza dei pasti e rifiutare ciò che non gradisce. In questa fase i caregiver hanno due ruoli fondamentali: “nutrirlo adeguatamente per farlo crescere e insegnargli a comportarsi in modo socialmente accettabile”.⁷⁷ Più il genitore impone norme e regole rigide, più il momento del pasto diventerà ricco di disagi e criticità. I caregiver sono invece chiamati a rispettare i bisogni del bambino, incoraggiare l’indipendenza e l’esplorazione del cibo, permettergli di smettere di mangiare quando sazio e cercare di rendere gradevole il momento del pasto promuovendo un’atmosfera serena e rilassata.

⁷³ Ivi, p.73.

⁷⁴ Ivi, p. 53.

⁷⁵ Ivi, p.78.

⁷⁶ Ivi, p. 82.

⁷⁷ Ivi, p. 93.

Le avversioni alimentari che compaiono nei primi anni di vita sono fonte di preoccupazione per chi si prende cura del bambino. È importante ricordare che il disgusto fa parte delle sensazioni che esso sviluppa in questa fase nei confronti di alcuni alimenti e va accettato. A questa età, il piccolo preferisce ciò che gli è familiare, evitando le novità e sviluppando un atteggiamento di neofobia⁷⁸. È una fase assolutamente normale che va affrontata tramite la possibilità di fare esperienza del cibo attraverso i 5 sensi. Permettere al bambino di osservare, annusare, toccare il cibo prima di mangiarlo è un buon modo per fargli comprendere se è o meno di suo gradimento. Per superare i comportamenti neofobici si può utilizzare la tecnica della ripetizione, proponendo continuamente il cibo al bambino fino alla familiarizzazione o quella dell'imitazione.

3.3.2 Società

Un ruolo fondamentale nella prevenzione primaria è svolto anche a livello territoriale e sociale. molti sono i servizi che si occupano di promuovere una corretta alimentazione e uno sano stile di vita. La collaborazione tra enti territoriali, specialisti in area medica/pediatrica e istituzioni educative permette di costruire una rete efficace di prevenzione primaria in questo ambito attraverso diverse strategie. Gli interventi maggiormente consigliati sono quelli di coinvolgimento, sensibilizzazione e formazione rivolti agli adulti di riferimento e le iniziative di sostegno alle competenze genitoriali, familiari ed educative. Nel primo caso gli interventi sono rivolti a tutti coloro che si occupano dello sviluppo del bambino affinché “tengano conto e/o riconoscano tempestivamente i fattori di rischio, e, in particolare, promuovano e sostengano i fattori protettivi e di resilienza dei bambini (...)”⁷⁹. Gli interventi di sostegno alla genitorialità operano sin dal concepimento e si occupano della promozione di “livelli di attaccamento sicuro, fiducia di base, sicurezza, autostima; un rapporto buono ed armonioso con il corpo, con le sensazioni e con le emozioni (...)”⁸⁰.

A livello sociale è anche importante porre l'attenzione sulle idee e le immagini messe a disposizione dei bambini sin dai primi momenti di vita. Il contesto mediatico in cui il bambino è inserito veicola importanti informazioni che esso fa proprie modificando

⁷⁸ Ivi, p. 119.

⁷⁹ Martinetti M. G. (et.al), *La prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione*, “Salute e territorio”, 193, 2012, pp. 200-205, p. 203

⁸⁰ Ibid.

la sua percezione di sé stesso e della realtà. Il modo in cui il caregiver parla di cibo, alimentazione, diete, forma del corpo in presenza del bambino, modifica la percezione di quest'ultimo su tali temi. Oltre a ciò, i piccoli sono sempre più esposti ai messaggi inviati dai media come radio, televisione giornali, verso cui essi presentano maggiore sensibilità. Tali mezzi di comunicazione, oltre alle parole, mettono a disposizione le immagini, considerate potenti strumenti di comunicazione in quanto “superano la semantica della parola, trasmettendo un’emozione in maniera diretta, non mediata”⁸¹. Un ruolo principe in questo campo è svolto inoltre da internet e dai social media, a cui si è esposti sin da piccoli. È uno strumento altamente fruibile e alla portata di tutti ed è “pertanto impossibile controllare preventivamente ogni nuovo materiale introdotto”⁸². A fronte della ricchezza di informazioni veicolate è quindi fondamentale proteggere il bambino da idee e immagini disfunzionali che possano generare in lui sentimenti di inadeguatezza o idee distorte di dieta e benessere fisico e mentale.

3.3.3 *Al nido*

I momenti della merenda e del pranzo al nido fanno parte delle routine educative della giornata e rappresentano spazi e tempi fondamentali per educare allo sviluppo di un corretto stile alimentare. Al nido, la mensa è un luogo costruito a misura di bambino, dove ogni spazio e oggetto sono pensati appositamente in chiave educativa. In questo contesto il bambino riconosce il tempo e il luogo del pasto, preparando il corpo e la mente. A tavola ogni bimbo ha il suo posto, sa con chi condividerà il pranzo o la merenda e quali sono le fasi di preparazione ad esempio l’igiene personale, la preparazione della tavola, sedersi composto, mettere il bavaglino.

Al nido il pranzo è un momento conviviale dove tutti mangiano insieme, per questo i bambini possono guardarsi e di conseguenza imitarsi nei comportamenti. Tale scambio può essere positivo o negativo a seconda del tipo di comportamento che viene veicolato. È importante rendere il pasto un momento di dialogo tra i bambini e con le educatrici, che insieme imparano a sperimentare, assaggiare e scegliere, costruendo le loro preferenze. Al nido il bambino ha il tempo di osservare, toccare, assaporare, annusare comprendendo

⁸¹ De Clerq F., “*In FormAzione*”. *Indicazioni in materia di comunicazione sociale sui Disturbi del Comportamento Alimentare e dell’Immagine corporea*, in Rampelli E. (et al.), *Il coraggio di guardare*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2010, p. 72.

⁸² Ivi, p. 73.

che “il cibo non è solo buono o cattivo, produce anche molteplici sensazioni più o meno piacevoli”⁸³.

Il menu proposto, approvato da specialisti dell’azienda sanitaria locale, deve essere ricco, vario ed equilibrato e includere tutti gli alimenti da proporre in base all’età e alle esigenze dei bambini. Le educatrici coinvolte nel momento dei pasti hanno il dovere di trasmettere tranquillità e serenità, stimolando il bambino alla sperimentazione sensoriale del cibo. Al nido si può e si deve avere la possibilità di esplorare il cibo per percepirne odori, sapori, consistenze e in questo senso hanno un ruolo fondamentale la manipolazione. Ciò non esclude però l’educazione al rispetto del cibo, evitando di utilizzarlo per giocare o di sprecarlo. A questo proposito l’educazione alimentare prevede anche la definizione di regole e nozioni fin dai primi approcci con gli alimenti attraverso specifici metodi, strategie e attività ludiche.

3.3.4 *Suggerimenti e strategie*

Si ritiene fondamentale definire sia in famiglia che al nido una serie di indicazioni condivise per educare il bambino ad affrontare il pasto in modo sereno e consapevole.

Innanzitutto, al bambino vanno spiegate alcune regole basilari di igiene e educazione a tavola che devono essere “poche, perché il bambino non si senta costantemente sotto pressione; ragionevoli in modo che sia abbastanza facile adeguarvisi; ferme (...)”⁸⁴. Lavare le mani prima di sedersi a tavola, non parlare con la bocca piena, non toccare il cibo degli altri, stare composti, lavarsi i denti dopo i pasti sono tutte semplici indicazioni da proporre al bambino sin da subito a casa e al nido. Tali azioni, se ripetute con fermezza, pian piano verranno assimilate dal bambino che imparerà a comportarsi adeguatamente durante i pasti.

Per quanto riguarda il momento dei pasti, innanzitutto è fondamentale ricordare che “il cibo può diventare familiare se viene utilizzato come strumento di gioco”⁸⁵. La manipolazione del cibo è essenziale nei primi anni per poter conoscere, provare e

⁸³ Pace P. (et.al), *Bimbi a tavola. L'importanza della prevenzione primaria nei disturbi alimentari dell'infanzia*, Milano, Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori Onlus, s.d., p. 20.

⁸⁴ Cotti C., *Pappa!. Educazione alimentare, tra pranzi e spuntini, spiegata a genitori e bambini*, Varese, La Coccinella, 1999, p. 20.

⁸⁵ Pedrazzi P., *Piccolo manuale di educazione alimentare. Da 0 a 3 anni*, Roma, Carrocci, 2005, p. 120.

apprezzare o meno gli alimenti. È consigliato quindi lasciare libero il bambino di esplorare sperimentando e sporcandosi. Il gioco non va però utilizzato da parte dell'adulto come mezzo per obbligare il bambino a mangiare, tale dinamica sarebbe controproducente per la maturazione delle sensazioni di fame e sazietà. È essenziale non obbligare il bambino a finire ciò che ha nel piatto. L'idea da veicolare è che il cibo sia fonte di nutrimento e che, di conseguenza, si mangia quando e se si ha fame. Di fronte ai ricatti "il bambino vuoterà il piatto per rispondere alle nostre aspettative, o rifiuterà tutto per opposizione, ignorando i segnali che manda il suo corpo e facendo via via sempre più fatica a riconoscerli"⁸⁶. Inoltre, il cibo non va presentato al bambino distinguendolo tra buono e cattivo e nemmeno utilizzato come consolazione, ricompensa o punizione di fronte a comportamenti ritenuti buoni o scorretti. Se il bambino non mangia non è necessario allarmarsi immediatamente, possono esserci molte motivazioni alla base del rifiuto. Le porzioni esagerate, la fretta, i pasti fuori orario, gli stuzzichini, la stanchezza possono modificare le routine del bambino e ridurre l'appetito. Il comportamento di rifiuto va tenuto sotto controllo mantenendo però un atteggiamento positivo e fiducioso nei confronti delle capacità autoregolatrici del bambino. L'adulto ha un ruolo fondamentale nell'insegnare al bambino l'importanza di ascoltare il proprio corpo, capire cosa gli fa bene e cosa no, riconoscere quando la fame è vera o indotta da altri stimoli, eseguire il pasto con tranquillità assaporando e masticando lentamente senza esagerare.

Alcune strategie da utilizzare a casa e a scuola per un migliore approccio alla buona alimentazione possono essere la preparazione condivisa dei pasti, l'utilizzo di libri e filastrocche o di fiabe e storie. Il genitore può coinvolgere il bambino in diverse attività legate al cibo quali fare la spesa assieme scegliendo accuratamente i prodotti, preparare la tavola, cucinare le pietanze. I bambini appaiono molto curiosi e interessati nella preparazione dei piatti e possono aiutare il genitore a mescolare, impastare, tagliare gli alimenti che poi consumeranno. Tali attività permettono di avere maggiore consapevolezza di ciò che si mangia e di migliorare il rapporto con il cibo. Predispongono inoltre il bambino alla conoscenza e all'assaggio di alimenti nuovi, oltre a migliorare la fiducia in sé stessi e la relazione con il caregiver.

⁸⁶ Cotti C., *Pappa!. Educazione alimentare, tra pranzi e spuntini, spiegata a genitori e bambini*, Varese, La Coccinella, 1999, p. 8.

Sia a casa che scuola il momento dei pasti può essere accompagnato da filastrocche e canzoncine che caratterizzano la routine dei pasti, permettendo al bambino di capire che è il momento di prepararsi al pranzo o alla cena. Allo stesso modo, esistono tante proposte di libri e albi illustrati per avvicinare i bambini al mondo dell'alimentazione. Questi strumenti possono essere utilizzati durante i pasti o in altri momenti per incuriosire il bambino, stimolando l'interesse per uno stile di vita sano e un corretto approccio al cibo. In particolare, uno strumento molto efficace nella letteratura per l'infanzia sono le fiabe che hanno lo scopo di “sviluppare la fantasia, vivere emozioni anche forti, prendere contatto con i propri processi interiori”⁸⁷. La fiaba è utile sia per il bambino che per il caregiver, sia esso il genitore o l'educatore. Essa permette di creare un momento di condivisione e scambio che promuove la relazione tra le parti. In questo senso, nel momento del pasto risulta fungere da linguaggio condiviso per creare un buon clima di dialogo e scambio. Il concetto di fame, i momenti dei pasti e il cibo in generale sono temi centrali di tantissime fiabe che possono essere utilizzate come esempio e spunto per un divertente e corretto approccio all'alimentazione.

⁸⁷ Ribezzi F., *I bambini a tavola: mangiare con le fiabe. L'educazione alimentare nell'infanzia*, Terzo, Edizioni Giribaudo, 2008, p. 7.

CONCLUSIONE

Alla luce di quanto emerso, è evidente come i disturbi alimentari siano patologie delicate da non sottovalutare. Essi non sono strettamente legati all'ambito alimentare ma hanno radici molto più profonde. La relazione con il caregiver, le emozioni e le percezioni del bambino giocano un ruolo fondamentale nei primi momenti di vita e sono determinanti nello sviluppo dei DA. La famiglia, gli educatori e i professionisti hanno piena responsabilità del benessere e dello sviluppo del bambino nei primi anni di vita, per questo la prevenzione parte proprio dall'ambiente in cui esso è inserito. L'individuazione dei primi sintomi è fondamentale per un intervento precoce, che in caso di disturbi conclamati deve essere necessariamente professionale e multidisciplinare, affinché il trattamento consideri il paziente nella sua globalità. La famiglia ha un ruolo principe nel prevenire tali disturbi attraverso la cura della relazione e delle abitudini alimentari del bambino sin dalla gravidanza. Essa deve tuttavia essere supportata da iniziative di sensibilizzazione e informazione su temi come la dieta equilibrata, le buone pratiche alimentari, lo stile di vita sano.

In ambito educativo, il nido risulta essere il primo ambiente fuori dall'ambito familiare a occuparsi dell'educazione alimentare del bambino. Lo scambio, la convivialità, le routine e l'imitazione risultano essere ingredienti fondamentali per sviluppare nel bambino le conoscenze e le competenze necessarie a un corretto stile alimentare. È fondamentale promuovere la salute e la nutrizione creando continuità tra casa e nido, con comportamenti e pratiche condivise affinché il bambino trovi coerenza ed equilibrio per consolidare comportamenti funzionali. Lo scopo dell'educazione alimentare è proprio quello di creare sin da subito un rapporto sereno e consapevole con il cibo che contribuisce al benessere globale della persona in quanto, come sostiene V. Woolf, *“uno non può pensare bene, amare bene, dormire bene se non ha mangiato bene”*.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

American Psychiatric Association, *Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, in Manuale diagnostico e statico dei disturbi mentali DSM V*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2018, pp. 379-409.

American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, Third Edition, Washington DC, APA, 2006.

Bowlby J., *A secure base: parent-child Attachment and Healthy Human Development*, USA, Basic Books, 1988.

Brich L.L., (et al.), *Learning to Eat in an Obesogenic Environment: A Developmental Systems Perspective. Childhood Obesity: Learning to Eat*, 59, "Child Development Perspectives", 4(2), 2010, pp. 138-143. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00132>.

Bryant-Waugh R. (et al.), *Disturbi alimentari. Guida per genitori e insegnanti*, Trento, Erikson, 2000.

Bryant-Waugh, R., *Overview of the eating disorders*, in B. Lask & R. Bryant-Waugh, *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, Psychology Press/Taylor & Francis (UK), 2000, pp. 27-40.

Calvo V. (et al.), *Attaccamento e regolazione emozionale nel ciclo di vita*, "Giornale Italiano di Psicologia", 3, Bologna, Il Mulino, 2021, pp.762-763.

Cena L. (et al.), *Osservazione clinica e intervento nell'Infant Research*, in Imbasciati A. (et al.), *I bambini e i loro caregivers*, Roma, Borla, 2010, pp. 89-111.

Chatoor I., *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*, Washington DC, Zero to three, 2009.

Chatoor I., *Feeding disorders in infants and toddler: diagnosis and treatment*. "Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America", 11, 2002, pp. 163-183.

Chatoor I. (et al.), *The Diagnostic Assessment and Classification of Feeding Disorders*, "DelCarmen Wiggins, Rebecca", 2004. In https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_psych_facpubs/819

Cotti C., *Pappa!. Educazione alimentare, tra pranzi e spuntini, spiegata a genitori e bambini*, Varese, La Coccinella, 1999.

De Virgilio G. (et.al), *Convegno. Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso*, Roma, Istituto superiore di Sanità, 2013.

Eating Disorders Victoria, *Family Based Treatment*, Abbotsford, 2014. In <http://www.eatingdisorders.org.au/>

Fabbro N. (et al.), *Stili di attaccamento e relazioni interpersonali in un campione femminile con disturbi alimentari*, “Cognitivismo Clinico”, 7, 1, 2010, pp. 36-61.

Fairburn C.G. (et al.), *Eating Disorders*, “The Lancet”, 361, 2003, pp. 407-416. In [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

J. Le Foll (et al.), *Disturbi alimentari nei bambini piccoli (0-5 anni)*, EMC - AKOS - Trattato di Medicina, Volume 25, Issue 1, 2023, pp. 1-6. In [https://doi.org/10.1016/S1634-7358\(23\)47524-9](https://doi.org/10.1016/S1634-7358(23)47524-9)

Johnson, Susan L. and Leann Birch., *Parents' and children's adiposity and eating style*. “Pediatrics”, 94 5, 1994, pp. 653-61.

Ganucci Cancellieri U. (et al.), *Funzioni metacognitive, stili di attaccamento e dimensioni patologiche*, “Cognitivismo Clinico”, 10, 1, 2013, pp. 3-22.

Gritti A., *La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare*, “Giornale Neuropsichiatrico Età Evolutiva”, 2009, 29: pp.309-321, p. 313.

Guerrini A., *Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dalla diagnosi al trattamento. Il ruolo dell'Educatore Professionale*, “Journal of Health Care Education in Practice”, 2020, pp.114-120.

Le Boulch J., *Educare con il movimento*, Roma, Armando, 1983.

Maria Monteleone A., (et al.), *Embodiement Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology*, “Wiley Online Library”, 10, 2017, pp. 461-468.

Martinetti M. G. (et.al), *La prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione*, “Salute e territorio”, 193, 2012, pp. 200-205.

Ministero della salute, *Conoscere, affrontare, vincere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*, 2022.

Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*, “Quaderni del Ministero della Salute”, Roma, Centro stampa del Ministero della Salute, 2017.

Muratori F. (et al.), *DC: 0-5 : Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2018.

Myers R. E., *The Child Who Fails to Thrive*, “Postgraduate Medicine”, 39(5), 1966, pp. 502–508. In <https://doi.org/10.1080/00325481.1966.11695802>

Mansi G., *Dispense*, Bosisio Parini: La Nostra Famiglia, 2021.

National Institute for Health and Care Excellence, *Eating disorders: recognition and treatment*, 2020.

Pace P. (et.al), *Bimbi a tavola. L'importanza della prevenzione primaria nei disturbi alimentari dell'infanzia*, Milano, Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori Onlus, s.d.

Pedrazzi P., *Piccolo manuale di educazione alimentare. Da 0 a 3 anni*, Roma, Carrocci, 2005.

Pizzo S. (et al.), *I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva*, Trento, Erikson, 2014.

Ribezzi F., *I bambini a tavola: mangiare con le fiabe. L'educazione alimentare nell'infanzia*, Terzo, Edizioni Giribaudo, 2008.

Santonastaso P. (et al.), *Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare: mito o realtà?*, in Rampelli E. (et al.), *Il coraggio di guardare*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2010.

Sills R.H., *Failure to Thrive: The Role of Clinical and Laboratory Evaluation*, "American Journal of Diseases of Children", 132(10), 1978, pp. 967-969. In <https://doi.org/10.1001/archpedi.1978.02120350031003>

Slade P.D, *What is body image?* "Behaviour Research and Therapy", 32(5), GB, Elsevier Science Ltd, 1994, pp. 497-502.

Spitoni G. (et al.), *I disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva*, in V. Zanna (et al.), *Manuale dei disturbi alimentari*, Roma, Carrocci, 2019, p. 52.

Stanghellini G., *Embodiment and the Other's look in feeding and eating disorders*, "World Psychiatry", 18:3, 2019, p. 364.

Tambelli R., *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*, Manuali, Bologna, Il Mulino, 2017.

World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, Geneva, WHO, 1993. In <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

World Health Organization, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Ginevra, WHO, 2001.

Zero to Three, *Classificazione diagnostica: 0-3 – Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, Milano, Elsevier Masson, 1997.

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

<http://www.vololtre.org/wp-content/uploads/2017/06/Opuscolo-sui-DCA-per-medici.pdf>

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA>

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo percorso ritengo doveroso ringraziare tutte le persone che in diversi modi ne hanno fatto parte.

Innanzitutto, ringrazio la mia famiglia, grande tanto quanto l'affetto che mi ha sempre dimostrato. Ringrazio in particolare la mia mamma, punto di riferimento fondamentale di cui non riuscirei fare a meno, e il mio papà che nel silenzio mi stima e mi sostiene. Ringrazio i miei fratelli e le loro famiglie per avermi sempre coccolata e i miei zii per essere una seconda famiglia su cui so di poter sempre contare.

Un grazie speciale va ai miei nipoti che hanno suscitato in me l'interesse per il mondo della cura e dell'educazione e sono stati fondamentali per la mia crescita personale e professionale.

Ringrazio le mie amiche e i miei amici, in particolare Irene, presente dal giorno zero, Ilenia con cui in poco tempo ho condiviso tanto, e Alice, il regalo più bello che questo percorso potesse farmi. Mi avete insegnato il valore dell'amicizia, quella vera, e di questo vi sono davvero grata.

Ringrazio le mie colleghe, senza le quali questo percorso non sarebbe stato lo stesso. Siete state essenziali in ogni momento, grazie per aver sopportato le mie ansie, per averle accolte e trasformate in forza e soprattutto per avermi insegnato la gioia della leggerezza, perché tanto "si fa tutto".

Un grazie immenso va a Camilla e Silvia, senza le quali non so se e come sarei qui oggi. Grazie a Camilla, che con la sua professionalità ha stravolto il mio modo di vedere le cose e mi ha dato il coraggio di vivere la vita che volevo, trovando la pace e la gioia che tanto desideravo. Grazie Silvia, per avermi sostenuta come una sorella nel momento più duro, per avermi fatto capire che c'è tanta felicità attorno a me, basta solo avere il coraggio di volerla davvero.

Ringrazio le colleghe di tirocinio e tutte le professioniste con cui ho avuto il piacere di lavorare. La loro esperienza e le loro conoscenze mi hanno arricchita come persona e come educatrice, alimentando in me il desiderio di continuare su questa strada. Lo stesso vale per tutti i bambini incontrati durante le varie esperienze di tirocinio e lavoro, che mi

hanno dimostrato grande fiducia regalandomi momenti magici e indimenticabili e soprattutto preziosi insegnamenti.

Ringrazio tutti i professori che mi hanno accompagnata in questo percorso, per avermi donato parte delle loro competenze e conoscenze di cui continuerò a far tesoro. In particolare, un ringraziamento doveroso va al mio relatore, il professor Giovanni Comazzetto, attento e disponibile dal primo momento, pronto a rispondere tempestivamente ad ogni bisogno o richiesta.

E infine cara Sara, un grande grazie va a te, per non aver mai mollato, nemmeno nel momento più duro, per aver ritrovato la tua luce che ti auguro di non perdere mai, perché di felicità ce n'è tanta, basta solo avere il coraggio di raggiungerla.