

## ALLE PRESE CON I PROBLEMI DELL'ALIMENTAZIONE e non solo....

### 1. Introduzione

I disturbi alimentari sono diventati sempre più frequenti e costituiscono un grosso problema. L'obesità ad esempio, nell'adulto e nel bambino è sempre più diffusa, persino nei paesi poveri.

Parlare dei disturbi alimentari nella prima infanzia porta inevitabilmente ad occuparsi delle abitudini alimentari che in seguito diventeranno comportamenti alimentari.

Tutto l'interesse della psichiatria dei primi anni di vita è soprattutto centrato sul suo potenziale preventivo, e in questo ambito in prima linea ci sono proprio i pediatri perché hanno la possibilità di fare prevenzione primaria e diagnosi precoce.

Una malattia dell'infanzia forgia il destino di una persona e questo è talmente importante che non può non riversarsi nella sua relazione con il proprio figlio.

E' importante quindi per i pediatri, conoscere alcuni elementi di psichiatria infantile, perché permette loro di fare quella prevenzione primaria che potrà evitare in seguito problemi psichici anche gravi.

I disturbi alimentari sono meno frequenti dei disturbi del sonno, ma possono essere molto sconvolgenti. Ricordiamoci che l'amore di una madre passa attraverso il nutrire, e un rifiuto del cibo può essere vissuto dalla madre come un rifiuto di sé e attraverso questa dinamica può molto presto instaurarsi un conflitto.

### 2. Classificazione dei disturbi alimentari      ( Irene Chatoor )

- 1) State Regulation
- 2) Anoressia nel quadro di un disordine relazionale
- 3) Anoressia infantile o primaria
- 4) Rifiuto specifico di un alimento
- 5) Anoressia post traumatica
- 6) Anoressia dopo malattia grave o debilitante

#### 2.1 *State regulation*

Questa definizione si riferisce a bambini che hanno difficoltà a rimanere svegli durante la poppata oppure che sono troppo agitati. Comincia sin dalla nascita ed è forse legato ad un difetto di maturazione del sistema nervoso. Il bambino non riesce a regolare il livello di attenzione ottimale sia per alimentarsi, sia per coinvolgere la madre a sufficienza da permettere un vero scambio sociale al momento della nutrizione. Il cibo infatti non è solo nutrizione ma è anche uno scambio sociale. Il difetto può essere anche grave e portare a scarso accrescimento o anche al suo arresto.

Sono a rischio particolare i bambini con malattie cardiache o polmonari.

## *2.2 Anoressia nel quadro di un disordine relazionale*

E' di gran lunga la più frequente e qui forse è più facile fare qualcosa di positivo, anche per i pediatri.

Troviamo in questo caso una mancanza di reciprocità sociale nella interazione alimentare, c'è evitamento dello sguardo, non c'è piacere nello scambio, non c'è sorriso. La situazione è tesa perché la mamma è troppo angosciata e, si può quasi esserne certi, si tratta di una angoscia di morte.

In questi casi si può anche arrivare ad un difetto di crescita di 1 o 2 deviazioni standard. Ma qui non c'è alcuna malattia, non c'è un disturbo globale dello sviluppo, o di tutte le funzioni ( motricità, linguaggio, comportamento ), neppure un ritardo cognitivo. Se ci sono disturbi psichiatrici gravi di questo tipo, dobbiamo escludere il disturbo che chiamiamo relazionale

La mamma rifiuta il contatto con il bambino, evita gli incontri con i professionisti, spesso posa il biberon sul letto ( il bambino deve prendersi il biberon da solo ), ma succede spesso che se il bambino va dalla nonna, o con qualche baby- sitter, oppure se è ospedalizzato, ricomincia a mangiare. Questo dimostra che il disturbo del mantenimento dell'appetito e del piacere di mangiare è legato ad un disturbo relazionale.

La terapia quindi non può che essere una terapia congiunta madre e bambino.

## *2.3 Anoressia primaria infantile*

E' un quadro grave che si caratterizza come il rifiuto di assumere quantità adeguate di cibo per almeno un anno.

Non si sa bene a cosa sia dovuto.

Il rifiuto comincia prima dei 3 anni, in genere tra i 9 e i 18 mesi, quando si passa da un'alimentazione al seno, o con il biberon, al cucchiaino e all'auto- alimentazione. Questo è importante da sottolineare perché spesso è proprio quando il bambino deve iniziare ad alimentarsi per conto suo che nasce il problema. Il bambino infatti può vivere l'auto- alimentazione come una privazione della relazione con la madre.

Il bambino non comunica i segnali di fame, manca di interesse per il cibo, però resta attento alle interazioni e questo fatto è specifico proprio dei disturbi dell'appetito e dell'interesse per gli alimenti.

Si possono avere difetti di crescita pur non essendoci, in questi casi, legami con qualche trauma o malattia.

I genitori vengono abbastanza distrutti, riferiscono di aver provato ogni tipo di accorgimento, ma che nulla ha funzionato.

Si tratta di una categoria molto misteriosa.

Può essere assolutamente primaria, nel senso che non si trovano cause apparenti, ma sono casi rarissimi. Ne sono stati descritti da Leon Crysler a Parigi solo 2 ( che sono deceduti ). Sembrerebbe che il bambino non abbia sviluppato il piacere orale o l'investimento della bocca e persino il senso della fame. Si ha l'impressione che il bambino abbia perso il senso della fame, cosa che invece siamo portati a pensare sia un senso essenzialmente biologico.

Ci sono rari quadri misti in cui all'anoressia si associa un grave disturbo psico- motorio. (nell'esempio di Ambra, bambina con sonda naso gastrica, caso di cui Cramer ci presenta il video, l'anoressia si iscrive in un enorme ritardo in tutti i campi e in cui, senza causa apparente, si ha l'impressione che la bimba non abbia sviluppato neppure il desiderio per l'uso della bocca o l'interesse per il cibo. E' un caso eccezionale e gravissimo in cui a tutti i gravi deficit ( motori, del linguaggio ecc.), si associa l'assenza della percezione della fame, dell'appetito e, persino, dell'uso della bocca.

#### 2.4 Rifiuto specifico di un alimento

E' un disturbo frequente ma meno grave. Si tratta di bambini che rifiutano un determinato alimento, per il gusto, odore, colore o altro. Comincia con l'introduzione di un nuovo alimento e non è accompagnato da altri disturbi alimentari. Può però causare anche un deficit nutritivo (vitamine, proteine, zinco, ferro...).

In qualche caso si tratta di bambini ipersensibili, quindi è possibile che ci sia una ipersensibilità al gusto, all'odore, al colore. Qualcuno di questi bambini può anche avere altre ipersensibilità, come non riuscire a camminare su un prato o su una superficie bagnata.

#### 2.5 Anoressia post traumatica

E' facile trovare la data esatta dell'inizio di questo tipo di anoressia. Spesso si manifesta dopo un intervento tipo intubazione, oppure introduzione di una sonda naso gastrica. Anche una operazione seguita da aspirazione può esserne all'origine. Sovente si ritrova un episodio di soffocamento.

E' molto importante, in questi casi, fare una accurata anamnesi che diventa diagnostica. Ma c'è un altro criterio diagnostico: l'angoscia anticipatoria. Quando si riparla dell'episodio traumatico il bambino manifesta una grande angoscia, oppure una angoscia, anticipatoria appunto, quando viene messo in posizione per mangiare o appena vede che lo si sta per mettere in quella posizione.

Stare attenti quindi ai segni di angoscia anticipatoria, al bambino che fa resistenza quando viene avvicinato il biberon o il cucchiaino, che fa resistenza ad ingoiare.

Sono situazioni che talvolta possono essere urgenti (disidratazione).

#### 2.6 Anoressia dopo malattie gravi o debilitanti

Si parla di malattie somatiche. Il bambino comincia a mangiare, poi mostra angoscia e si rifiuta di continuare a mangiare. Spesso sono bambini con un'allergia, un RGE, o una malattia respiratoria. Il trattamento medico può migliorare la situazione, ma spesso non risolve la situazione del tutto.

#### 2.7 Anoressia da opposizione

Il tipo di anoressia più facile da diagnosticare e che si vede più frequentemente è l'anoressia di opposizione, che fa parte delle anoressie relazionali.

Si tratta di bambini per i quali la possibilità di dire "no" è sostenuta dal rifiuto alimentare. La cosa più importante per loro è dire al loro partner "non puoi fare di me tutto quello che vuoi". Lo stesso problema si avrà più tardi con i bambini che presentano una encopresi.

E' un disturbo incentrato sulla problematica di "potere". Può sembrare strano che un bambino di 6 mesi ricerchi già il potere, ma è così, e il potere più grande che ha un bambino è quello di poter dire **no** a quello che preoccupa di più sua madre, cioè no all'assunzione del cibo.

In questi casi di disturbo relazionale è indispensabile lasciare che la mamma parli a lungo, dica quello che pensa sul cibo, perché è così importante per lei che il bambino mangi tanto quanto lei stessa vuole, e di quanto sia tremendamente preoccupata se non lo fa.

Questa mamma sicuramente farà delle intrusioni alimentari, delle violenze alimentari. Ingozzerà il suo bambino e il bambino ha un solo potere per proteggersi, quello di dire di no, di girare la testa.

### 3. Diagnosi differenziale

E' importante sapere differenziare quelle sindromi genetiche che si presentano con una anoressia. Cramer consiglia un libro in cui vengono descritti i vari fenotipi che ci permettono di sospettare una sindrome genetica: *Behavior phenotypes*, Ed. Brian 1995.

Sindromi quali

- Anghelman Syndrome
- Cornelia De Lang
- Cris du chat
- Galattosemia
- Fenilchetonuria
- Prader Willy
- .....

### 4. Anamnesi

E' molto importante quando si fa un'anamnesi per questo tipo di disturbi, di indagare quale è l'atteggiamento della madre rispetto al cibo, rispetto al nutrirsi. Chiedere cosa significhi per lei il mangiare o il non mangiare, come vive le difficoltà alimentari, come si nutre lei stessa, come si nutriva da bambina. Molto spesso allora troviamo un legame tra quello che ha vissuto da bambina e quello che vive ora con il suo bambino. E' quello che Cramer chiama **anamnesi transgenerazionale**, e che dovrebbe comprendere almeno 3 generazioni.

Qualche volta può essere utile proporre alla mamma di somministrare un pasto al suo bambino davanti a voi. Questo permette di vedere e capire meglio molte situazioni.

Esempi:

Madre iper controllante: questo atteggiamento della mamma porta angoscia nel bambino che sente il controllo come una intrusione e sa che se lui non mangia tanto quanto vuole la madre, lei ne sarà molto angosciata. Si parla allora di invasione del territorio alimentare del bambino.

Il bambino ha diritto di sviluppare un territorio per sé, sia a livello della eliminazione, sia a livello della nutrizione o anche del sonno. Per cui ci sono sempre problemi quando, a causa della loro angoscia, i genitori si introducono nello spazio del bambino in modo troppo controllante.

Madre intrusiva: nel caso di Stephanie c'è una madre con esigenze ossessive, che si attende precocità intellettuale dalla sua bimba, vuole fare della bimba una super-woman. La bimba in questo caso usa il rifiuto alimentare come forma di opposizione, mentre con il volere il biberon e il volere dormire nel lettone esprime i suoi bisogni regressivi, il suo voler essere una bimba piccola.

In questi casi, come in molti altri, non si può non fare una anamnesi della madre, se no una anamnesi di un disturbo alimentare non è completa. I pediatri non sono molto preparati per questo, ma in alcuni casi non è possibile non debordare sulla mamma, sui suoi problemi, su come lei stessa vive il problema del cibo.

Madre angosciata. Viene presentato il caso di Miriam, la cui madre era stata a lungo ricoverata, dai sei mesi ai due anni e nutrita con sonda per un anno. L'angoscia della mamma rispetto all'angoscia che aveva vissuta attorno a sé da piccola ( si era temuto che morisse), la porta ad ingozzare la sua bambina. Questa angoscia di morte fa scattare l'opposizione di Miriam e da qui il disturbo di rifiuto del cibo. L'angoscia dei nonni viene quindi rivissuto nella generazione successiva.

Trasmissione generazionale quindi di complessi, di conflitti, di angosce, di un'etica quasi, dalla madre alla figlia, penetrazione delle idee, dei fantasmi parentali nel divenire dei bambini. L'anoressia spesso è quindi un sintomo di superficie che, se si va all'origine, può diventare qualcosa di molto più complesso, da psi. Come per esempio il caso, che viene presentato, della bimba che vuole diventare un ippocampo. In questo caso che si presenta all'inizio come un semplice problema di anoressia, ci si accorge, attraverso i numerosi colloqui che si svolgono negli anni e soprattutto attraverso una attenta anamnesi materna, ascoltando la storia della mamma, che il problema è molto più complicato. Questa mamma che ha tendenza ad ingrassare e che è incapace di autocontrollo, avrebbe sempre voluto essere un maschio. Per lei i maschi sono magri e i soli capaci di autocontrollo. Vorrebbe allora che sua figlia fosse un androgino, il contrario di sé. La bambina diventata più grande, nel corso di un colloquio, rivela che vorrebbe essere un ippocampo, maschio e femmina insieme. L'ideale androgino della madre si è, in qualche modo, trasmesso alla figlia.

## 5. Casi portati dai pediatri

### *5.1 Caso dott.ssa Monica Montingelli*

E' un lunedì mattina. Ricevo la telefonata della signora Tini. "Dottore, non so come fare, sono proprio disperata. Martina rifiuta la pappa.". Consulto l'agenda, sono piena di appuntamenti: "senta, signora Tini, venga domani, la riceverò tra un appuntamento e l'altro".

Il giorno dopo, un po' irritata per l'attesa, entra in studio con in braccio la piccola Martina. Conosco Martina dall'età di 5 mesi, adesso ne ha 9 ed è ancora allattata al seno. E' una bella bambina mentre sua madre non è il massimo della simpatia. "Si accomodi e mi racconti". La signora Tini mi descrive la scena della pappa. "Dottore, io le preparo la pappa, ma non appena mi avvicino, lei inizia a piangere. A volte mangia ma poi la sputa". Le chiedo cosa le prepara da mangiare. "Un po' di tutto, il semolino con la carne, la pastina con il formaggino, il prosciutto e il pesce".

"Cosa ne dice, Signora, se proviamo a cambiare un po'? Rendiamo la pappa di Martina un po' colorata. Le prepari della pastina col pomodoro tipo una pastasciuttina, oppure della pastina con i piselli o le lenticchie passate e introduciamo anche il tuorlo d'uovo. Magari un po' di colore le stimolerà l'appetito, e non si preoccupi, se Martina mangia solo quattro cucchiaini, aspettiamo e vedrà che spontaneamente mangerà tutto.

Alla fine del colloquio mi chiede: "Ma Dottore non me la visita?". "Oggi Signora no. La visita la faremo tra un mese, al BDS del 10° mese".

La Signora Tini si alza di nuovo irritata, e mi dice "Però Dottore non mi faccia aspettare, perché dopo devo andare al lavoro." "Signora, ha l'appuntamento alle 10, alle 10.30 sarà fuori."

La mattina dopo mentre facevo la colazione, ho ripensato all'incontro con la Signora Tini. Sì, a volte capita di sfiorare un appuntamento perché quella visita ha richiesto più tempo, ma le mamme non si sono mai lamentate, anzi parlano tra di loro mentre i bimbi giocano. Anche nella precedente visita si era ripetuta la stessa scena. Era entrata scocciata per 15 minuti di ritardo. Forse avevo trovato la chiave del problema. Martina non rispettava le regole di una madre che non sapeva aspettare.

Il mese dopo la Signora Tini non si è presentata all'appuntamento. Subito ho provato un senso di sollievo, poi un senso di fallimento per non aver saputo aiutarla.

Commento del prof. Cramer

La lezione di questo caso è che bisogna essere in grado di riconoscere i sentimenti che la persona provoca nel pediatra... e parlarne. Il pediatra, come la bambina, subisce il potere della mamma, e,

come la bambina, ha una specie di anoressia: non vuole più vederla. E' quindi importante che se ne renda conto. Qualche volta però, non basta capire. Ci sono casi di persone che non riescono a fare un'alleanza terapeutica. Non sopportano la differenza di potere tra il medico e sè, non tollerano la sottomissione e non sono quindi in grado di mettersi in una situazione di recettività. In questi casi il pediatra è impotente. Ma vale la pena dirlo.

## 5.2 Caso Dott. Tony Ghirardo

Entra la mamma di Valentina. "Dottore, Valentina non 'mi' mangia". Quante volte ho dovuto subire le pressioni della mamma di Valentina, bimba e poi ragazza addirittura **grassoccia!** Povera Vale, povera **mamma** e povero pediatra ..... non ne potevamo più.

Ogni volta era il solito rito:

cominciava la mamma o chiedendomi dei ricostituenti o pregandomi di spiegare a Valentina che si deve mangiare di più;

io rispondevo che Valentina non doveva mangiare di più, semmai **meglio** (purchè mangiasse, infatti, le concedeva pasti o spuntini a qualsiasi ora e a base di qualunque porcheria); quando c'era, Valentina non ci stava quasi ad ascoltare.

Valentina in effetti non mangiava molto, mangiava male, cresceva bene, si ammalava poco, era **abbastanza** serena.

La mamma aveva e aveva avuto un rapporto non serenissimo col cibo, era una donna piacente, un po' **volgare**.

Il **LORO** pediatra era (ora meno frequentemente) un po' rigido nel suo limitarsi a sottolineare l'**ovvietà** della situazione: far notare che una crescita buona e in salute significa mangiare a sufficienza, è come tuffarsi dal bordo di una piscina per dimostrare a chi ne ha paura che non c'è alcun pericolo..... è quasi sempre tempo perso.

Forse poteva fare di più, forse i pediatri dovrebbero dare più peso al "**mi**".

Le mamme (anche quella di Valentina) dicono così spesso "dottore, Maria non mi mangia", ma anche "Gianni non mi dorme" oppure "Danielle mi ha tossito tutta la notte"..... vi siete mai chiesto il perché? E perché **i papà** molto meno?

Commento del prof. Cramer

Con il " non mi mangia", la mamma accusa il bambino di farle del male. C'è un colpevole da qualche parte ( il più spesso nel passato della madre), e questa colpevolezza è riversata sul bambino. Qualsiasi cosa faccia il bambino la madre lo vivrà come un'accusa da parte del bambino. C'è un'angoscia continua in questa mamma nei riguardi del bambino. Bisogna cercare la causa di questa angoscia. Il più delle volte è un'angoscia di morte. Bisogna parlare con la madre di questa angoscia. Spesso in questi casi si trova una sorellina di cui era gelosa e che voleva morta e nella sua iperprotettività cerca di negare la sua ambivalenza nei riguardi del bambino. Nell'iper nutrire il bambino si protegge dalla sua stessa ambivalenza.

## 6. Discussione

Si sono affrontati molti argomenti.

### *Seguire il sintomo*

E' importante, in un colloquio per un problema di anoressia, non attaccare subito il sintomo. E' necessario andare dietro al sintomo, indagare sui vissuti della mamma rispetto al cibo, cercare di

conoscere la sua storia, ecc. Ma, facendo questo, non dobbiamo lo stesso perdere di vista il sintomo, bisogna tenerlo a mente. Perché è stato scelto proprio questo sintomo?

C'è un momento in cui bisogna comunque occuparsi del sintomo e anche diventare direttivi, dare una prescrizione verbale, come nei disturbi del sonno. E' un momento difficile perché, in realtà, in quel momento non si attacca il sintomo del bambino ma l'angoscia della mamma.

### *Rifiuto del seno*

Alcuni neonati rifiutano, da subito, di attaccarsi al seno. In questi casi bisogna:

- fare attenzione allo “state regulation“
- controllare ovviamente l'anatomia del seno
- spesso si tratta di problemi relazionali ( sentimenti di inadeguatezza, di incapacità, inquietudine..), e quindi maternage della mamma
- pensare all'anoressia primaria che però è rarissima.

### *Supporto al genitore*

è sicuramente la prima cosa che il pediatra deve fare. Talvolta però questo non funziona. Bisogna allora capire perché non funziona e questo è possibile solo attraverso l'interrogare la mamma rispetto alle sue preoccupazioni, indagare e cercare di capire da dove viene l'angoscia parentale. Angoscia è la parola madre in questo tipo di problemi. Finché non avremo definito quale è la natura dell'angoscia e da dove viene non si andrà molto lontano.

Entrare nella biografia dei genitori, nella loro storia è indispensabile per poter fare del sostegno.

### *Conduzione di un colloquio*

Da molte ricerche risulta che nei colloqui con il medico somatico il paziente viene interrotto dopo 18 secondi, perché il medico vuole lui orientare il colloquio verso quello che interessa a lui. Lo psi è più aperto, più passivo perché pensa che i pazienti faranno loro stessi, da soli, dei legami che sono esplicativi, faranno delle associazioni libere che gli saranno di aiuto per capire e che potrà usare per farle notare al paziente e insieme tirare le fila.

Dal colloquio psichiatrico il pediatra può imparare alcune metodiche importanti:

- La virtù della posizione passiva. Quindi fare domande aperte, non orientate ma aperte a tutte le risposte possibili. Domande che non orientino verso una sola risposta, ma verso una molteplicità di risposte possibili.
- Avere il coraggio di sollevare emozioni dolorose. Qualche volta il poter piangere davanti a qualcuno, condividere con qualcuno una tristezza o un'angoscia, è straordinariamente terapeutico. Anche perché c'è sempre, in ogni richiesta di consultazione, una valenza depressiva. Ciò riflette il fatto che la mamma non è riuscita a fare da sola, una specie di lutto dell'onnipotenza.
- La qualità del discorso esplicativo che il pediatra usa.

Da molte ricerche sulla soddisfazione del paziente risulta che in un'alta percentuale di casi le madri escono dalla consultazione pediatrica insoddisfatte: non hanno potuto fare le domande che volevano, non hanno la sensazione di essere state capite, di aver detto quello che veramente pensavano, e soprattutto non hanno capito quello che diceva il pediatra.

E' quindi molto importante che il pediatra dia spiegazioni semplici, non tecniche, progressive ( non tutto in un solo colpo), e ripetitive per impedire la distorsione del senso che i genitori spesso fanno intorno alle spiegazioni mediche.

## 7. Mangia i piselli

La Dott.ssa Patrizia Levi legge il libro “ **Mangia i piselli**”  
( Kes Gray e Nick Sharratt – Ed. Salani )

## Riflessioni del prof Cramer

Il racconto mette in luce il concetto di ricatto come potere del bambino per sottomettere i genitori. I genitori di oggi sono spesso in una posizione “invertita”, sono cioè senza potere e il potere dei genitori viene imprestato al bambino. Pensano che bisogna evitargli delle frustrazioni, evitargli le asperità della vita. Nel racconto la mamma vuole imporre al bambino una disciplina che lei stessa non è in grado di avere per sé, ed è il bimbo allora ad imporre il suo potere.

Molto spesso il teatro dove si svolgono le battaglie di potere sono il sonno e l'alimentazione.

Molto frequentemente si trovano casi di bambini di 2-3 anni che hanno preso il potere sulla loro famiglia e che attraverso un sintomo ( anoressia o altro), hanno invertito il senso della autorità, sono loro che prendono possesso dell'autorità e i genitori sono in ginocchio davanti a loro. Questo è un vero pericolo perché può dare origine a bambini molto narcisistici, ( che pensano solo al loro potere e ai loro desideri ), ma che sono nello stesso tempo molto insicuri, sapendo benissimo che hanno solo 3-4 anni e che di fatto non hanno il potere dei loro genitori di 30-40 anni. Entreranno nella vita con il sentimento che sono dei despoti, dei re, che potranno imporre agli altri la loro volontà, e saranno anche molto infelici perché ben presto, già a scuola, si farà loro capire che non sono potenti come pensavano.

Questa “inversione “ di potere tra genitori e bambini che si è avuta specialmente in questi ultimi 20-25 anni ha portato alla comparsa in bambini di nevrosi narcisistiche che devono preoccupare e che bisogna cercare di prevenire.

E' un compito del pediatra parlare di questo con i genitori, far loro notare quando non osano affermare il loro potere, quando stanno abdicando al loro ruolo di genitori

Termina qui la prima parte della giornata con B. Cramer. Nella seconda parte verrà affrontato il tema del bambino malato.