

**IL SUPPORTO PSICOLOGICO NELLA PREVENZIONE E TERAPIA
DELL'OBESITÀ NEL BAMBINO**

Se per molto tempo i problemi sollevati dall'obesità sono rimasti in secondo piano rispetto all'anoressia mentale, oggi occupano un ruolo primario, particolarmente in seguito ai numerosi lavori che riguardano l'obesità dell'adulto e la sua evoluzione, da cui deriva che la precocità dell'apparizione dell'obesità è un importante fattore prognostico. L'obesità infantile spesso costituisce, infatti, la base su cui si sviluppa l'obesità in età adulta. Sono stati individuati due periodi privilegiati per la costituzione di un'obesità:

- il primo anno di vita (obesità primarie)
- il periodo prepubere tra i 10-13 anni (obesità secondarie).

In funzione delle caratteristiche e del numero degli adipociti (Marcelli, 1999), i pediatri descrivono:

- obesità iperplastiche in cui il pool di adipociti è troppo elevato, obesità che si costituirebbero fin dal primo anno di vita;
- obesità ipertrofiche allorché il numero di adipociti è normale, ma la loro dimensione è eccessiva;
- obesità miste.

Vi sono elementi di vulnerabilità genetica che vanno ad incidere sui fattori predisponenti verso i disturbi del comportamento alimentare ed in particolar modo nell'obesità. La predisposizione genetica al soprappeso, all'obesità è un elemento di altissimo rischio per lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare. L'obesità non è una malattia psichiatrica, ha una multifattorialità, con una componente genetica molto forte. L'origine multifattoriale, può essere riassunta in questa sequenza:

- fattori predisponenti (individuali, familiari e sociali)
- fattori precipitanti
- fattori perpetuanti

Nei confronti delle persone grasse è, inoltre, diffuso nella cultura dominante un pregiudizio sociale e morale sfavorevole. Sul piano sociale, l'eccesso di peso viene considerato un marchio di appartenenza alle classi subalterne; moralmente l'obesità verrebbe spesso stigmatizzata in base al pregiudizio del "grasso felice", infantile, debole di carattere, iperindulgente verso se stesso.

Il supporto psicologico nell'obesità infantile può essere indirizzato su due versanti: sulla prevenzione e sulla terapia.

Nell'area della prevenzione è utile lavorare su contenuti intorno alla costruzione dell'autostima, del senso di autoefficacia, piuttosto su cosa o come mangiare, è importante capire quello che succede di fronte a certi pregiudizi o stereotipi e ridurre la pressione sociale e del gruppo verso questi attacchi in un periodo estremamente delicato come la seconda infanzia e la pubertà (Pennacchioni, 2004).

La prevenzione deve essere considerata come intervento di decompressione nella cultura, nella società, nella scuola, nella famiglia di tutti i fattori di rischio riconoscibili e accreditati per lo sviluppo dei DCA, in particolar modo dell'obesità.

Nella prevenzione è importante il coinvolgimento dei ragazzi ma anche degli adulti (genitori, insegnanti, educatori...): se si promuove cambiamento su stili di vita, su valori di autostima, autoefficacia, assertività e capacità di pensiero critico gli adulti hanno l'obbligo di trasformare i loro pregiudizi e disabilità per funzionare da esempio credibile per gli adolescenti.

Le recenti acquisizioni scientifiche sui Disturbi del Comportamento Alimentare, la loro distribuzione nella popolazione generale, l'andamento e le attuali proposte terapeutiche indicano che gli interventi di prevenzione sono da affiancare a tutte le iniziative di cambiamento organizzativo e terapeutico che si decida di implementare. All'interno dell'ambiente scolastico, ad esempio, si possono sia sviluppare climi e modalità educative e relazionali orientate alla valorizzazione della persona e della relazione, che progetti d'intervento e attività specificatamente rivolte a prevenire l'obesità. Tali progetti possono essere rivolti sia alla riduzione del rischio di insorgenza dell'obesità agendo su fattori predisponenti e precipitanti (prevenzione primaria) che a riconoscere la presenza di casi di obesità facilitando l'individuazione precoce di bambini con comportamenti alimentari problematici (prevenzione secondaria).

Relativamente al determinismo familiare e culturale dell'obesità dobbiamo stare molto attenti. Esistono, infatti, famiglie di obesi in cui si intrecciano fattori genetici e disturbi alimentari; frequentemente l'obesità è riscontrata nei bambini delle classi disagiate allorché accedono alla società dei consumi. Inoltre Bruch, nell'ambito familiare ha descritto il comportamento eccessivamente da nutrice di alcune madri che rispondono a qualsiasi manifestazione del loro bambino con un apporto alimentare, questo comportamento perturberebbe la sensazione di fame del bambino e qualsiasi successiva tensione scatenerebbe un bisogno di assorbire qualcosa. Una teoria che ha guadagnato molti consensi è stata quella di Bruch sull'apprendimento della fame. L'idea dell'autore è che, tra gli atteggiamenti trasmessi dai genitori ai bambini nelle famiglie di obesi, vi sia la tendenza ad interpretare ogni disagio in termini di fame. Si creerebbe un condizionamento a mangiare per colmare ogni senso di mancanza, sia fisiologica che psicologica. L'obesità sembrerebbe essere una risposta appresa. Potrebbe accadere, questo è quanto prospettato da Bruch, che il bambino mangi per placare l'ansia della madre, senza dare ascolto ai messaggi che provengono dal proprio corpo, distorcendo la cognizione dei propri bisogni ed innescando un circolo vizioso basato sul "ti voglio bene a patto che tu sia come ti voglio".

Nella terapia dell'obesità è determinante ai fini della sua efficacia un supporto psicologico relativo alla promozione della motivazione al cambiamento. L'obiettivo principale nella terapia dell'obesità infantile non è perdere peso, ma bloccare il suo aumento; per essere efficace, infatti, tale terapia deve mirare a importanti cambiamenti nello stile di vita, in principal modo riguardanti la riduzione della sedentarietà e la correzione di abitudini alimentari distorte. Ciò è particolarmente evidente nel trattamento dell'obesità infantile, in cui la ribellione a schemi imposti può essere molto forte. Chi intraprende un programma di normalizzazione del peso è importante che sia affiancato nel suo percorso dai familiari, che hanno una funzione difficile ma importante nella motivazione del soggetto al cambiamento. Il coinvolgimento dei familiari può avvenire nell'attività fisica, che deve essere vissuta dal bambino piacevolmente, come un gioco e non come una punizione; anche la modifica dello schema alimentare dovrà rispettare per quanto possibile i gusti e le esigenze del bambino. Attualmente le linee guida internazionali indicano che l'approccio all'obesità deve essere effettuato da équipe multidisciplinari (nutrizionisti, dietisti, endocrinologi, psichiatri e psicologi) che lavorino costituendo una rete di supporto al paziente. Essendo il processo terapeutico piuttosto lungo, richiede molte energie ed il lavoro di gruppo assolve la duplice funzione di motivare il paziente e seguire più attentamente i vari aspetti della patologia e della terapia (Ricca, 2002).

BIBLIOGRAFIA

Lavanchy, P. (1994). *Il corpo in fame*. Milano: R.C.S. Libri e Grandi Opere.

Marcelli, D. (1999). *Enfance et Psychopathologie*. Paris: Masson. Trad. it. *Psicopatologia del bambino*. Milano: Masson, 1999.

Mastrangelo, G. (1993). *Manuale di neuropsichiatria dell'età evolutiva. Seconda edizione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Pennacchioni, A. (2004). I disordini del comportamento alimentare. In E. Bartolozzi (Ed.), *Un porto sicuro in un mare in tempesta. Prevenire il disagio emozionale, migliorare la qualità della vita*. Firenze: IRRE Toscana.

Ricca, V., Ravaldi, C., Mannucci, E., Rotella, C.M., & Placidi, G. (2002). *Cibus. Anoressia, bulimia e obesità. Guida per una migliore comprensione*. Stia, AR: Arti Grafiche "G. Cianferoni".