

Il corso - materiale

- «**La funzione genitoriale**» a cura di Alessandra Simonelli capitoli cap 1, 2, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15 e 16.





Il corso -
esame

Esame: orale sul libro e sui temi trattati a
lezione



Bambini vittime di violenze:
carenza di cure,
maltrattamento e abuso

Violenza sui minori

«tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria, maltrattamento o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere»

O.M.S. 2002

Le entità del maltrattamento nel mondo

12% di abuso sessuale (7,6% maschi, 18% femmine)

22,6% di violenza fisica

36,3 % di violenza psicologica

16,3 % di trascuratezza fisica

18,4 % di trascuratezza emotiva



Le entità del maltrattamento in Italia

- 52,7% Trascuratezza materiale e affettiva
- 16,6% violenza assistita
- 12,8% Maltrattamento psicologico
- 6,7% abuso sessuale



Le esperienze precoci e la psicopatologia

Esperienze traumatiche nei primi anni di vita hanno conseguenze irreparabili?

- Poiché spesso le esperienze precoci e quelle successive sono dello stesso tipo, a causa della continuità familiare e ambientale, avviene che i legami precoci negativi abbiano una continuità temporale
- Più un individuo permane in un processo disadattivo più diventa difficile recuperare la traiettoria di sviluppo tipica (Cicchetti & Cohen, 1995)

Fattori protettivi e di rischio

Conoscere i modelli di valutazione del rischio

Un modello *process-oriented*

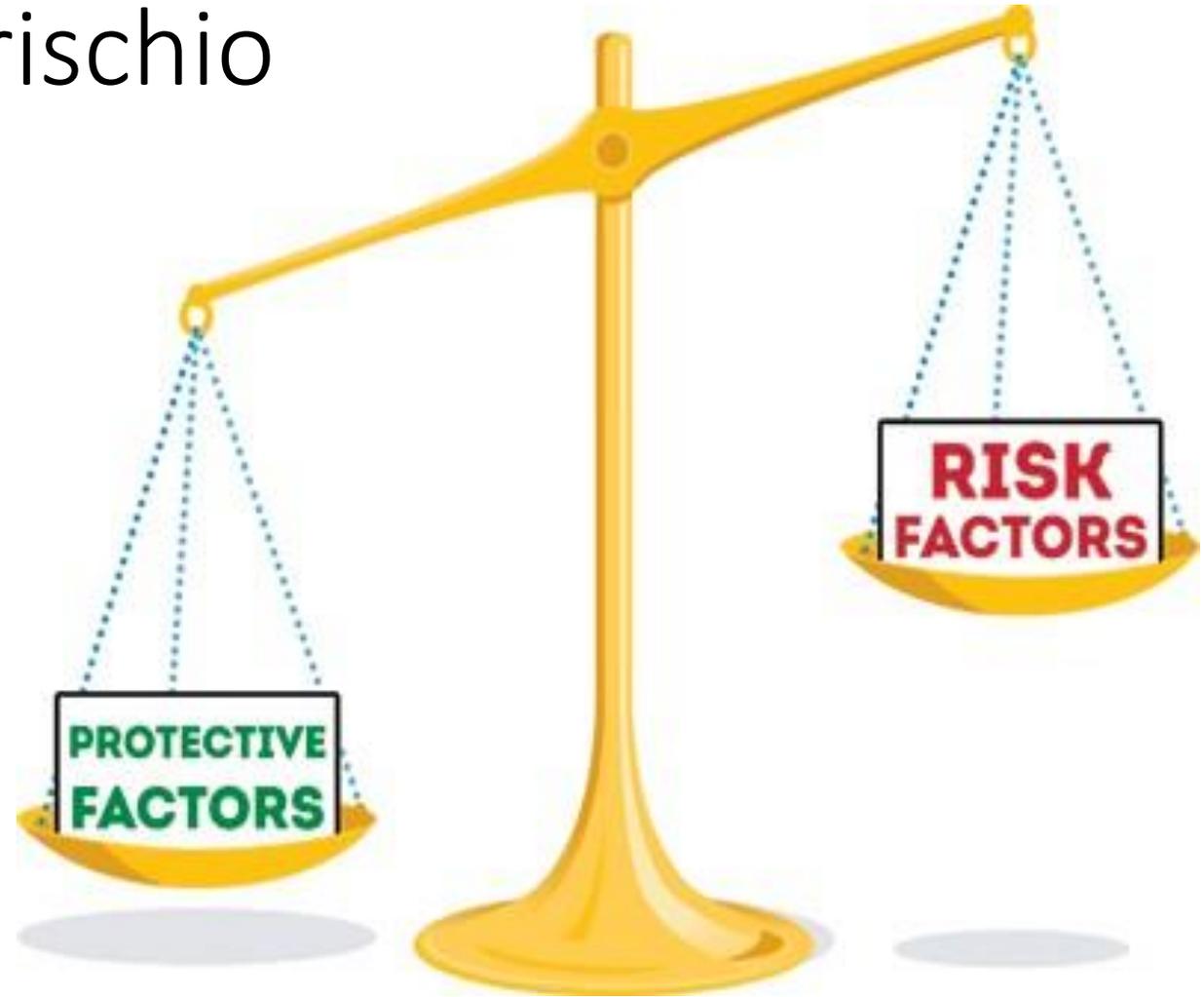
Una complessa dinamica tra fattori

- Ambientali
- Genetici
- Sistemici

Che concorrono, in un modo mai del tutto scontato o prevedibile, a determinare esiti di sviluppo

La valutazione del rischio

Nella valutazione del rischio evolutivo si è progressivamente affermata una prospettiva dinamica e processuale dello sviluppo basata sull'interconnessione tra vulnerabilità, fattori di rischio e fattori protettivi



CD 0-5

- I problemi di salute mentale infantile sono SEMPRE «relazionali» indipendentemente dalla loro nosografia ed eziopatogenesi (Samerof, 2004)
- Anche quando il focus dell'intervento clinico è il bambino è utile una valutazione delle dinamiche genitoriali individuali e cogenitoriali in quanto costituiscono il contesto relazionale più immediato dello sviluppo del bambino.

DISTURBO REATTIVO DELL' ATTACCAMENTO



DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento: Criteri diagnostici

- Criterio A. Un pattern costante di comportamento inibito, emotivamente ritirato nei confronti dei caregiver adulti, che si manifesta con la presenza di **entrambi questi criteri**:
 1. Il bambino cerca raramente o minimamente conforto quando prova disagio;
 2. Il bambino risponde raramente o minimamente al conforto quando prova disagio.

DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento: Criteri diagnostici

- Criterio B. Persistenti difficoltà sociali ed emotive caratterizzate da almeno **due dei seguenti criteri**:
 1. Minima responsività sociale ed emotiva agli altri;
 2. Emozioni positive ridotte;
 3. Episodi di irritabilità ingiustificata, tristezza o timore che si mostrano evidenti anche durante interazioni non pericolose con i caregiver adulti.

DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento: Criteri diagnostici

- Criterio C. Il bambino ha vissuto un pattern estremo di cure insufficienti come evidenziato da almeno **uno dei seguenti criteri**
 1. Trascuratezza o deprivazione sociale nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione affetto da parte dei caregiver adulti;
 2. Ripetuti cambiamenti di caregiver primari, che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili (es. frequenti cambiamenti di genitori affidatari);
 3. Crescita in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (per es. istituti con un elevato numero di bambini per caregiver).

DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento: Criteri diagnostici

- Criterio D. Si presume che l'accudimento descritto nel criterio C sia responsabile del comportamento disturbato descritto nel criterio A
- Criterio E. non soddisfa i criteri per il disturbo dello spettro dell'autismo
- Criterio F. le difficoltà si manifestano prima dei 5 anni
- Criterio G. il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi

Specificare se il disturbo è *persistente e presente per più di 12 mesi*

Specificare la gravità attuale: grave quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo

DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento e autismo

Somiglianze:

- lievi espressioni di emozioni positive,
- ritardi cognitivi e del linguaggio e compromissione della reciprocità sociale,
- comportamenti come il dondolare e l'oscillare.

Differenze:

- storie di trascuratezza,
- assenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi e stereotipati,
- livello linguistico in linea con il loro funzionamento cognitivo.

DSM: Disturbo reattivo dell'attaccamento e disabilità intellettiva

- Somiglianze: ritardo nello sviluppo intellettivo
- Differenze: I bambini con disturbo intellettivo mostrano delle modalità di attaccamento adeguate in relazione allo sviluppo affettivo, alla regolazione delle emozioni e alla selettività dell'attaccamento



Disturbo da impegno sociale disinibito

DSM: Disturbo da impegno sociale disinibito

Criterio A. Un pattern di comportamento in cui il bambino approccia attivamente e interagisce con adulti sconosciuti e presenta almeno **due dei seguenti criteri**:

1. Ridotta o assente reticenza nell'approcciare ed interagire con adulti sconosciuti,
2. Comportamento verbale o fisico eccessivamente familiare,
3. Diminuito o assente controllo a distanza del caregiver,
4. Disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto.

DSM: Disturbo da impegno sociale disinibito

Criterio B. I comportamenti descritti nel criterio A non si limitano all'impulsività ma includono un comportamento socialmente disinibito.

DSM: Disturbo da impegno sociale disinibito

- Criterio C. il bambino ha vissuto un pattern estremo di cure insufficienti come evidenziato da almeno **uno dei seguenti criteri**
 1. Trascuratezza o deprivazione sociale nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione affetto da parte dei caregiver adulti
 2. Ripetuti cambiamenti di caregiver primari, che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili (es. frequenti cambiamenti di affidatari)
 3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (per es. istituti con un elevato numero di bambini per caregiver)

DSM: Disturbo da impegno sociale disinibito

- Criterio D. Si presume che l'accudimento descritto nel criterio C sia responsabile del comportamento disturbato descritto nel criterio A.
- Criterio E. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se il disturbo è *persistente e presente per più di 12 mesi*

Specificare la gravità attuale: grave quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo.

I disturbi alimentari nel contesto evolutivo dell'infanzia

- 
- A close-up photograph of a baby's face, focusing on the large, bright blue eyes and the nose. The baby is looking slightly upwards and to the right. The background is a soft, out-of-focus white surface.
- È un'attività privilegiata per lo sviluppo relazionale
 - È dialogo sociale
 - È un fenomeno intersoggettivo

Difficoltà alimentari

- Emergono frequentemente durante l'infanzia (turbe evolutive temporanee e di lievi entità)
- Preferenze alimentari restrittive
- Ritardo nell'acquisizione di una alimentazione autonoma

Le difficoltà più rilevanti emergono quando i bambini non aumentano di peso

Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione DSM IV e V

Nuova classificazione e ha modificato alcuni dei precedenti criteri diagnostici.

- 1) Seguendo i criteri DSM-IV, più della metà dei pazienti in cura rientravano nella diagnosi «disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato»;
- 2) le persone con questa diagnosi non presentavano un livello di gravità significativamente diverso rispetto a quelle con diagnosi piena di anoressia o di bulimia.

Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione DSM - 5

- Pica
 - Disturbo da Ruminazione
 - Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
 - Anoressia
 - Bulimia nervosa
 - Disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating)
- L'obesità non è inclusa nel DSM come disturbo mentale

CD 0-5

- Disturbo da iper-alimentazione
- Disturbo da ipo-alimentazione
- Disturbo dell'alimentazione atipico

Disturbo da iper-alimentazione

A. i bambini si iperalimentano come indicato da ognuno dei seguenti criteri

- Il bambino ricerca continuamente quantità di cibo eccessive durante i pasti o quando viene nutrito
- Il bambino ricerca ripetutamente o mangia quantità di cibo eccessive tra i pasti o al di fuori della nutrizione prevista

B. I bambini si preoccupano eccessivamente del cibo e dell'alimentazione come indicato da almeno due dei seguenti indicatori

- Il bambino prende cibo da altri o nei rifiuti della spezzatura
- Il bambino si riempie la bocca di cibo quando mangia
- Il bambino parla continuamente di cibo o temi legati al cibo sono predominanti durante il gioco

Disturbo da iper-alimentazione

C. Il bambino si agita se viene ostacolato nella messa in atto dei comportamenti descritti dal criterio A

D. Il comportamento del bambino non è meglio specificato da altra condizione (fame e non disponibilità di cibo, controindicazioni di un farmaco, condizione medica)

E. I sintomi del disturbo, o l'adattamento del caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno dei seguenti modi:

1. Causano disagio nel bambino
2. Interferiscono nelle relazioni del bambino
3. Limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate allo sviluppo
4. Limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane
5. Limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità
6. Provano l'assenza di traiettorie di crescita inadeguate

Disturbo da ipo-alimentazione

- A. Il bambino mangia significativamente meno di quanto atteso per la sua età
- B. Il bambino mostra uno o più dei seguenti comportamenti alimentari disadattivi
 1. Costante mancanza di interesse per il cibo
 2. Evitamento fobico del cibo
 3. Difficoltà di regolazione durante l'alimentazione
 4. Mangia solo mentre dorme
 5. Mancato passaggio ai cibi solidi
 6. Mangia solo quando specifiche condizioni da lui/lei imposte sono soddisfatte
 7. È estremamente schizzinoso e selettivo
 8. Mantiene in bocca in modo prolungato il cibo senza ingoiarlo

Disturbo da ipo-alimentazione

- Rifiuto di cibi solidi
- Poco appetito
- Alimentazione selettiva
- Paura di soffocare

Disturbo da ipo-alimentazione

Pasti prolungati e stressanti

Mancanza di un'appropriata alimentazione autonoma

Alimentazione notturna (dopo l'anno)

Allattamento prolungato

Rifiuto di assaggiare cibi con nuove consistenze

Disturbo da ipo-alimentazione

- I disturbi alimentari nei caregiver sono fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi alimentari nei bambini

Disturbo dell'alimentazione atipico

- Pica
- Ruminazione
- Accumulo

Disturbi alimentari e modelli di intervento precoce

Il rifiuto del cibo:

- spesso è stabile nel tempo (Jacobi et al., 2003)
- E' associato ad altre condizioni di ansia da separazione, fobia scolare, iperattività (Ammaniti et al., 2012)

Disturbi alimentari e modelli di intervento precoce

- I comportamenti di rifiuto alimentare persistenti, associati a difficoltà relazionali con il caregiver, predicono la diagnosi di anoressia nervosa (Kolter et al., 2001)

Disturbi alimentari e modelli di intervento precoce

- Le turbe alimentari (comportamenti alimentari devianti dalla norma che possono non costituire un disturbo)
- 6-9 mesi svezzamento
- Secondo/terzo anno di vita passaggio all'alimentazione autonoma

Possono presentarsi dei momenti transitori di difficoltà riferibili anche ad un nuovo adattamento al sistema di caregiving (maggiore senso di autonomia del bambino)

I modelli di intervento

Sostegno genitoriale domiciliare:

- Il lavoro terapeutico viene fatto sull'integrazione tra rappresentazioni, comportamenti e interazioni
- Es. interventi sulle difficoltà alimentari nei bambini prematuri

I modelli di intervento

Il videofeedback (si registrano momenti relazionali specifici in attività interattive madre bambino)

- Il lavoro terapeutico: si cerca di passare da un comportamento di ipervigilanza verso gli aspetti alimentari ad un'attenzione specifica alla qualità della comunicazione emotiva
- lavoro su campioni di madri con anoressia e bulimia e depressione post natale (Stein et al., 2006)