


I disturbi alimentari durante l'infanzia



CD 0-5

- I problemi di salute mentale infantile sono SEMPRE «relazionali» indipendentemente dalla loro nosografia ed eziopatogenesi (Samerof, 2004);
- In questa prospettiva anche gli handicap e i disturbi del neurosviluppo che non hanno origine nella relazione genitore bambino la qualità della genitorialità e della specifica relazione che i genitori organizzano con il proprio bambino influenzerà il modo di vivere l'atipia o le atipie di sviluppo del bambino.

- 
- 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.
- È un'attività privilegiata per lo sviluppo relazionale
 - È dialogo sociale
 - È un fenomeno intersoggettivo

Fase Orale



- Corrisponde al primo anno vita del bambino, ed è la prima fase del suo sviluppo psicosessuale.
- La durata della *fase orale*, tuttavia, è variabile in funzione della [società](#) e, in definitiva, del tempo dell'[allattamento](#) comunemente legato ad essa.

Fase Orale

- La relazione fondamentale con il mondo esterno è di tipo nutritivo, con la madre.
- La libido, cioè l'energia sessuale del soggetto, si concentra nella bocca. Tende a portare tutto alla bocca, dal seno della madre agli oggetti che lo circondano.
- La bocca in questo periodo diventa il tramite che lo lega al mondo, alla realtà circostante: tramite questa, il bambino distingue gli oggetti e comincia a capire cosa sono.



Fase Orale

- Assumere il cibo
- Attaccarsi (il bambino cerca di rimanere attaccato al seno anche quando viene allontanato) – prototipo dell'ostinazione
- Mordere – prototipo della distruttività
- Lo sputare – prototipo del rifiuto
- Chiudere la bocca porta al rifiuto all'ostilità e introversione

L'alimentazione

- <https://www.youtube.com/watch?v=Y7I92iDqmCo>

Difficoltà alimentari

- Emergono frequentemente durante l'infanzia (turbe evolutive temporanee 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 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 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

Pica

- Criterio A ingestione di sostanze senza contenuto alimentare
- Criterio B inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo
- Criterio C Il comportamento non fa parte di una pratica culturale
- Criterio D se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo è sufficientemente grave da giustificare ulteriore rilevanza clinica

Disturbo da ruminazione

- Criterio A Ripetuto rigurgito di cibo per almeno 1 mese
- Criterio B Il rigurgito non è attribuibile a una condizione gastro-intestinale associata
- Criterio C Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione del cibo
- Criterio D se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore rilevanza clinica.

Disturbo evitante/restrittivo

A. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (apparente mancanza d'interesse per il cibo e il mangiare; evitamento legato a caratteristiche sensoriali del cibo- odore, colore, consistenza; preoccupazioni legate a effetti negativi dei cibi: soffocamento, avvelenamento) che si manifesta come insufficienza qualitativa (nutrienti) e/o quantitativa (calorie) dell'alimentazione rispetto al fabbisogno, associato a uno o più degli eventi seguenti:

- perdita significativa di peso (o, in età evolutiva, mancata crescita ponderale/staturale)
- carenze nutrizionali significative
- dipendenza dalla nutrizione artificiale enterale o da supplementi nutrizionali
- interferenza marcata con il funzionamento psico-sociale

B. Il disturbo non dipende dalla mancanza di cibo disponibile e non è legato a pratiche culturali

C. Il disturbo non è espressione di anoressia nervosa o di bulimia nervosa e non risulta presente una distorsione del rapporto con il peso e le forme del corpo

D. Il problema alimentare non è giustificato da una malattia medica concomitante né da un altro disturbo mentale (es. delirio di veneficio)

Anoressia

A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Anoressia

- Specificare se:
- Tipo restrittivo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo tipo bulimico/
- Tipo purgativo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri)
- Specificare la gravità attuale: Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza. lieve: BMI ≥ 17 kg/m²; moderata: BMI 16-16,99 kg/m²; grave: BMI 15-15,99 kg/m²; estrema: BMI < 15 kg/m²

Bulimia

- A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da: – mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (es. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili – un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (es. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.
- D. La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo
- E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Bulimia

Specificare la gravità attuale:

il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale,.

lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso;

moderata: 4-7 episodi/settimana;

grave: 8-13 episodi/settimana; estrema: ≥ 14 episodi/settimana.

Disturbo da Binge eating

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

1. mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
2. un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (es. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

C. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.

E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Disturbo da Binge eating

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di *binge eating*. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale.

lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso;
moderata: 4-7 episodi/settimana; grave: 8-13 episodi/settimana;
estrema: 14 episodi/settimana.

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 come 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

C. Il comportamento del bambino non è meglio specificato da altra condizione medica o uso di farmaco

D. 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

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

Disturbo da ipo-alimentazione

Pasti prolungati e stressanti

Mancanza di un'adeguata 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

- I disturbi alimentari spesso sono stabili nel tempo (Jacobi et al., 2003)
- Sono associate 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)

I modelli di intervento

- Sostegno genitoriale domiciliare
- Il lavoro terapeutico veniva fatto sull'integrazione sulle rappresentazioni, comportamenti e interazioni,

Modelli di intervento

- Le turbe alimentari e i contesti familiari

I modelli di intervento

- Il videofeedback
- Si registrano momenti relazionali specifici
- Il lavoro terapeutico: se cerca di passare da un comportamento di ipervigilanza verso gli aspetti alimentari ad un'attenzione specifica alla qualità della comunicazione emotiva