

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 neuro-sviluppo 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.

L' alimentazione

- 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 di appartenenza 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

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

Difficoltà alimentari

Il processo di svezzamento corrisponde al periodo di separazione-individuazione

1. Lo svezzamento che contribuisce al processo di separazione nel passaggio dall'alimento a quello solido;
2. La progressiva autoalimentazione, che può far emergere ansie e conflitti nella madre, nel momento in cui si pongono le basi dell'autonomia del figlio.

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 inappropriatelyzza 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 contesti 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 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. Provocano 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. Provocano l'assenza di traiettorie di crescita inadeguate

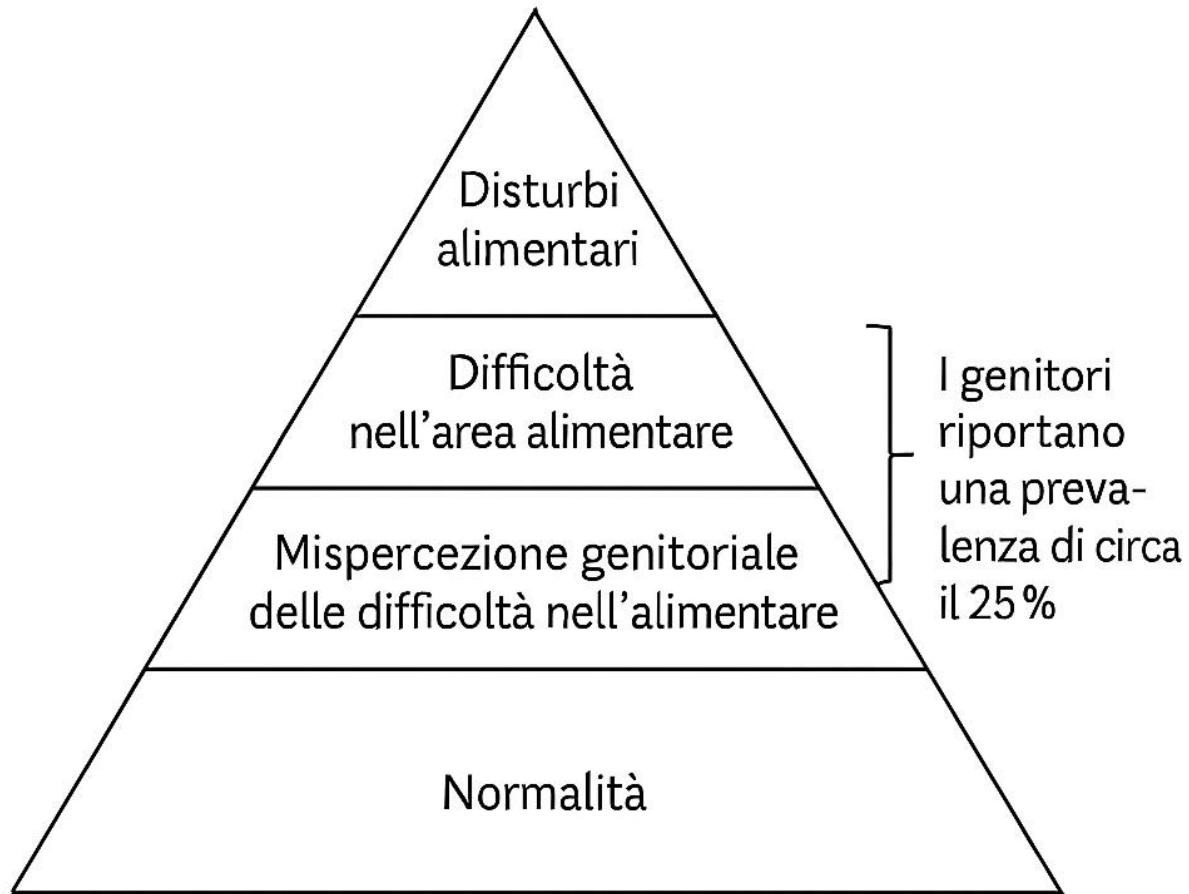
Disturbo dell'alimentazione atipico

- 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)
- Il genitore può usare il cibo come strumento di modulazione degli stati affettivi, ad esempio offrendo sempre cibo quando il bambino piange oppure promettendolo come premio (Beniot, 2000)

Disturbi alimentari: epidemiologia



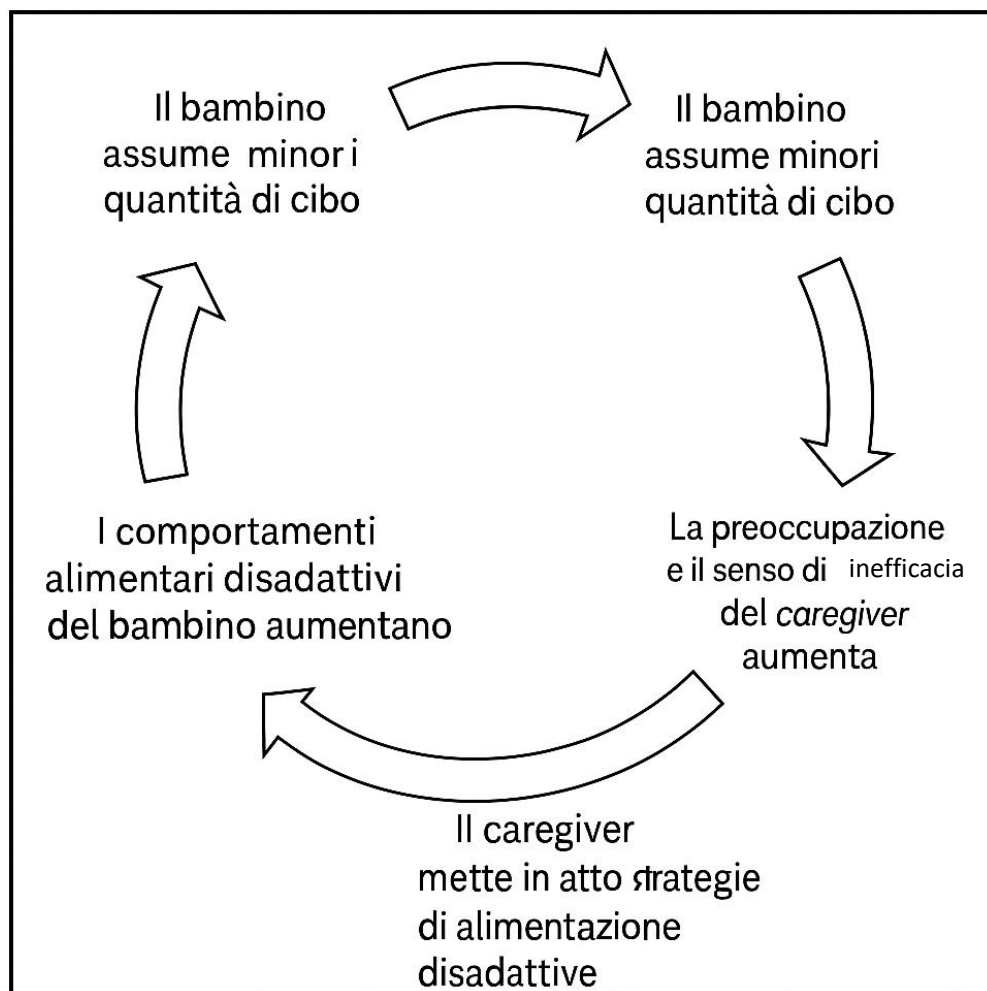
L'epidemiologia del disturbo è molto complessa da valutare. Se consultati, il 50% dei genitori indicano a carico di almeno uno dei propri figli un disturbo, cioè nel 20-30% dei bambini (Jacobi et al. 2003)

I genitori in particolare faticano a distinguere tra

- 1) Difficoltà transitorie;
- 2) Difficoltà nella modalità di alimentazione (capricci, evitamento, vomito poco appetito) rispetto allo scarso accrescimento;
- 3) Disturbi con una base organica.

Se raggruppati in una sola macro categoria i bambini con under e overeating sono il 35% della popolazione ma solo 1-2% ha una sintomatologia grave nel primo anno di vita

Disturbi alimentari: il modello relazionale

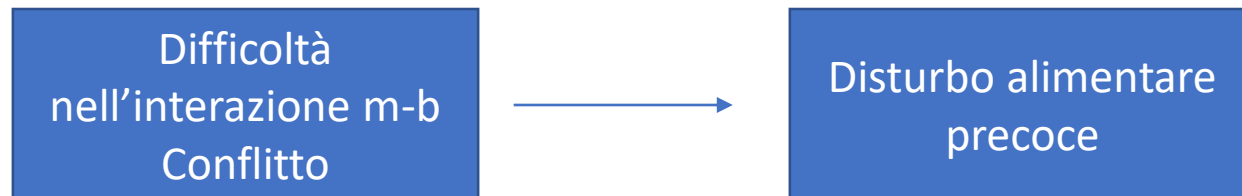


I comportamenti di rifiuto alimentare persistenti, associati a difficoltà relazionali con il caregiver, predicono la diagnosi di anoressia nervosa (Kolter et al., 2001)

Il modello di Estrem et al. (2017) illustra il fluire reciproco delle possibili influenze negative genitore bambino nell'area alimentare

Attaccamento e alimentazione (Woolstone, 1991)

1. Il disturbo reattivo dell'attaccamento in cui il bambino non è coinvolto nella relazione con la madre durante il pasto mostra un'interazione carente e poco partecipativa - 8 mesi
2. La malnutrizione è dovuta ad una dieta inappropriata proposta dalla madre (apporto alimentare inadeguato) - 12 mesi
3. Rifiuto patologico del cibo (attraverso il quale cerca di conquistare e affermare la propria crescente autonomia) - 1 anno



Disturbi alimentari: modello multifattoriale

(Chatoor et al., 2011)

- Disturbi legati alla regolazione (difficoltà nel regolare gli stati di fame, sazietà, organizzazione di un pasto calmo e ben condotto) 3 mesi
- Disturbo dell'alimentazione legato alla reciprocità (assenza di coinvolgimento, sintonizzazione e attaccamento) 8-12 mesi
- Anoressia infantile (mancato passaggio verso l'autonomia) 6 mesi- tre anni
- Avversione sensoriale per il cibo
- Disturbo legato alle condizioni mediche,
- Disturbi associati ad insulti del tratto del tratto gastro-intestinale.



I modelli di intervento

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

I modelli di intervento

- Il video-feedback
- Si registrano momenti relazionali specifici
- 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

Simone

Simone è un bambino di 3 anni che mangia solo cibi molto salati e croccanti. Fin dai primi mesi, aveva difficoltà nella suzione e ricorrenti episodi di reflusso gastroesofageo. A partire dallo svezzamento ha mostrato rifiuto per cibi di consistenza diversa e crisi di pianto di fronte all'introduzione di nuovi sapori e consistenze. I genitori, di fronte ai comportamenti di crisi del bambino, non riuscivano a calmarlo e, pian piano, la scelta alimentare è diventata inadeguata e restrittiva, portando a un livello moderato di malnutrizione con un rallentamento della crescita ponderale e staturale. Le crisi fobiche di fronte a cibi diversi da quelli scelti hanno impedito l'inserimento del bambino all'asilo durante l'ora di pranzo e hanno portato i genitori a chiedere per lui un'uscita anticipata da scuola.

Sara

Sara è una bambina di 9 anni che, da circa sei mesi, ha cominciato a dire alla madre di sentirsi brutta e di non voler uscire di casa. Inizialmente riportava che il problema erano le sue orecchie, che vedeva eccessivamente sporgenti; successivamente ha cominciato a vedere le sue gambe e a pensare che fossero troppo grosse. Per questo ha iniziato a diminuire sempre di più la quantità di cibo assunto, lasciando gli alimenti nel piatto durante i pasti. Oltre alle gambe, altre parti del corpo, come la pancia e le braccia, venivano sentite da Sara come troppo grandi. La bambina diceva anche alla madre che la forma del suo corpo era inadeguata e pensava che i compagni di scuola l'avrebbero presa in giro per la sua apparenza fisica.

Lucia

Lucia è una bambina di 11 anni. Dopo l'arrivo del menarca all'età di 10 anni, Lucia alternava fasi in cui effettuava grandi abbuffate a fasi in cui si rifiutava di mangiare e chiedeva di restare a nuotare in piscina. Questa alternanza le impediva di concentrarsi nei compiti scolastici. Riferiva ai genitori di sentirsi grassa, ma anche di avere sempre fame, ma anche di preoccuparsi di ingrassare e, dopo alcuni mesi, aveva smesso di uscire e di frequentare i suoi coetanei, chiedendo ai genitori di interrompere anche la frequenza scolastica.