



**FORMAZIONE
COUNSELING
SERVIZI**

PRIMO CIBO: PRIMO AMORE O...?

A cura di Enrichetta Spalletta e Marco Chimenti

La nascita dell'io corporeo

I problemi e le patologie legati all'alimentazione e al peso, trovano una delle varie possibili determinanti nelle prime esperienze relazionali-corporee in cui il cibo è stato il mezzo attraverso il quale il mondo esterno ha trovato un "posto dentro".

La madre, nutrice prediletta, si offre per portare questo messaggio corpo-a-corpo, questo mondo-altro con il suo stile affettivo, le sue caratteristiche culturali, la sua maternità. Il ritmo alimentare iniziale del bambino testimonia la sintonia e la sincronia con il caregiver, al tempo stesso è sensibile alle interruzioni di questa armonia ed entra a far parte di quelle mappe di riferimento per conoscere e percorrere il mondo che ognuno sviluppa nelle prime fasi della vita e tende a confermare nel corso dello sviluppo.

Relazionarsi, entrare in contatto, mangiare, rappresentano una forma di scambio attraverso l'epidermide e la bocca. Se queste sfere sono alterate, significa che nella fase in cui queste modalità sensoriali hanno svolto una funzione primaria lo sviluppo è stato disturbato.

Nel periodo della crescita psicologica extrauterina il bambino reagisce a segnali che provengono dal suo interno: fame, dolore, benessere, stanchezza, malessere.

La percezione degli stimoli tende a spostarsi sempre più verso l'esterno, il che amplia la percezione. La bocca rappresenta il ponte tra interno (fame, dolore, piacere, disagio, benessere) ed esterno (contatto visivo con il volto della madre).

In questo processo di connessione si forma l'io corporeo.

ALIMENTAZIONE E ATTACCAMENTO

I pattern di attaccamento si consolidano sulla ripetizione di sequenze interattive di accudimento in cui il caregiver risponde con responsività sensibile e sintonizzata al bisogno del bambino. Le sequenze interattive ricorrenti e ritmate connesse all'alimentazione sono legate anche all'interazione piacevole con la figura materna, dunque le sequenze alimentari costituiscono un'attività vitale per la relazionalità emergente del neonato e sono basilari nella costruzione del sistema operativo interno.

Il momento dell'allattamento al seno o col biberon propone al bambino le condizioni giuste per stimolare l'attenzione, ed essere attratto da sollecitazioni dell'ambiente sociale parentale.

Il sistema motivazionale di organizzazione e regolazione dei cicli di fame e sazietà si costruisce sullo stato biologico del bisogno a cui si associano gli affetti: negativi (disagio per la fame espresso fino al pianto e alla rabbia se non si apporta sollievo) e positivi (bisogno alimentare soddisfatto e fiducioso affidamento del bambino). L'alimentazione quindi rappresenta un evento rilevante per lo sviluppo del sistema motivazionale dell'attaccamento che costruisce forti tracce di memoria: la sua ritmicità biologica ripetitiva e la carica affettiva connessa, impediscono l'estinzione del ricordo.

Nella valutazione della **relazione bambino-caregiver**, quale fulcro dell'armonia alimentare, è necessario tenere in considerazione non solo il comportamento osservabile ma anche il modo con cui il genitore stesso descrive l'esperienza soggettiva (Ammaniti, 2001).

E' necessario altresì considerare la frequenza, l'intensità e la durata dell'eventuale disturbo di relazione nelle dimensioni:

Ipoco coinvoltamento (scarsa frequenza degli scambi, mancanza di sensibilità, sintonia,

protezione, trascuratezza fisica e/o psicologica) **Ipercoinvolgtamento** (controllo, richieste inappropriate)

Ansia/tensione (interazioni tese, povere, errori nell'interpretazione dei segnali del bambino)

Rabbia/ostilità (interazioni negative, brusche, la dipendenza del figlio viene letta come un peso o una richiesta eccessiva)

Maltrattamento/negligenza (verbale, fisico, sessuale)

La percezione del livello di problematicità dell'alimentazione varia sia dal punto di vista dei clinici e dei genitori che nel corso delle diverse età. L'incidenza di problemi alimentari nell'infanzia infatti, rilevata attraverso **osservazioni cliniche**, è del 25% in presenza di sviluppo normale e del 35% in presenza di difficoltà di sviluppo (prematuro, immaturità, handicap). Le percentuali derivate dalla **percezione dei genitori** invece indicano il 6% dei bambini tra 6 e 15 mesi ed il 25-40% bambini più grandi. La problematicità alimentare ha trovato una definizione anche rispetto alle sue manifestazioni più precoci, descritta attraverso la **classificazione clinico-evolutiva** di Chatoor (1996):

Disturbo alimentare dell'omeostasi

Esordio: 0-3 mesi; difficile regolazione di stato, temperamento irritabile o lento, il bambino si stanca facilmente. Difficoltà precoci di stabilire un'alimentazione regolare, calma, riuscita; il bambino può presentare un disturbo di regolazione dalla nascita, irritabilità, iper-eccitabilità, distraibilità, oppure è difficile risvegliarlo per l'alimentazione, si stanca facilmente e si riaddormenta senza aver assunto un'adeguata quantità di latte. Possono essere presenti problemi organici (prematuro, immaturità). *Continua*

DIPLOMA IN COUNSELING SKILL

MASTER ESPERIENZIALE IN PSICOLOGIA E CLINICA DELLO SVILUPPO

Formazione e Aggiornamento nelle Applicazioni del Modello Pluralistico Integrato

Destinatari

Tutti coloro che interagiscono professionalmente con bambini, adolescenti, giovani e famiglie.

Obiettivi e finalità

Delineare un professionista esperto sul piano psicologico, educativo e riabilitativo, capace di agire nei sistemi affettivo-relazionali e di produrre interventi di sviluppo della comunità.

Metodologia e Struttura del Master

I contenuti teorici (35%) sono mediati e supportati da sperimentazioni pratiche e approfondimenti tecnici (65%). 10 incontri mensili di 13 ore nel weekend e un incontro intensivo di 20 ore (totale di 450 ore).

Primo modulo Teorie e tecniche di base del Counseling psicopedagogico integrato
Secondo modulo Tecniche psicoeducative motivazionali di gruppo e di comunità
Terzo modulo L'approccio Pluralistico Integrato nella pratica applicata e nella supervisione

MASTER IN MENTAL COACHING

FORMAZIONE IN PRESENZA O A DISTANZA

Livello Base: 140 ore in *MicroCoaching*.

Livello Avanzato: 640 ore (Livello base + 340 ore in *SuperCoaching* + 160 ore di pratica supervisionata)

Destinatari

Coloro che stiano considerando una nuova carriera come *Mental Coach* o che vogliano sviluppare e integrare gli *skill* di base del *Coaching* nel proprio lavoro.

Obiettivi e Finalità:

Formare una figura specialistica orientata al raggiungimento ottimale degli obiettivi e in grado di operare in una relazione *one to one*, di gruppo e nella comunità.

Sviluppare competenze nel *planning* personale e professionale per una migliore qualità della vita. Delineare un professionista esperto nel *Life e Business Coaching*, per armonizzare l'essere nella vita privata e ottimizzare il rendimento lavoro.

Il rifiuto del cibo nell'infanzia: problema o disturbo?

Sin dalle prime fasi dello sviluppo si possono riscontrare anomalie nei comportamenti legati al cibo e/o veri e propri disturbi dell'alimentazione. Ci troviamo di fronte ad un disturbo dell'alimentazione quando c'è una chiara "difficoltà a stabilire pattern regolari di alimentazione con un'adeguata immissione di cibo e a regolare la propria alimentazione con gli stati fisiologici di fame o di sazietà" (National Center for Clinical Infant Programs, 1994). E' inoltre necessaria la presenza di tre sintomi da almeno un mese:

1 peso corporeo al di sotto del quinto percentile rispetto ai valori normativi per l'età del bambino;

2 rallentamento nell'acquisizione del peso corporeo dalla nascita al momento attuale, collocato almeno due percentili sotto i valori normativi di crescita;

3 rapporto peso corporeo-altezza previsto per l'età al di sotto del 90%.
Sebbene nella maggior parte dei casi i comportamenti restrittivi e selettivi messi in atto nell'alimentazione scompaiono senza interventi specifici e senza lasciare traccia nello sviluppo, è importante riflettere sul senso evolutivo e relazionale che rivestono per i sistemi relazionali del bambino.

Fra i **sette e i nove mesi**, durante lo svezzamento e la comparsa dell'angoscia dell'estraneo, o fra il **secondo e il terzo anno di vita** durante il passaggio all'alimentazione autonoma, il rifiuto del cibo esprime una normale riorganizzazione ad un livello più complesso delle capacità biologiche, cognitive e affettive del bambino. La coppia *caregiver*-bambino deve operare una negoziazione reciproca per giungere a una nuova regolazione interattiva e a un nuovo adattamento che tenga conto del maggior senso di autonomia individuale del bambino.

Il rifiuto del cibo può essere anche un'espressione del movimento di differenziazione, come un tentativo di esercitare un potere personale, un controllo, nella relazione con l'adulto, percepita troppo stretta e protettiva oppure poco affidabile.

Va riconosciuta in questo caso l'ineluttabile spinta a crescere manifestata dal bambino, che va aiutato, attraverso il lavoro congiunto con il *caregiver*, a trovare espressioni di separazione e di autonomia non nocive per il suo sviluppo.

COUNSELING & CIBO
100 ore di training teorico-esperienziale in 6 moduli di 16 ore
PIANI DI INTERVENTO PLURALISTICO-INTEGRATI

Destinatari
Psicologi, psicoterapeuti, *counselor*, medici, nutrizionisti, dietologi, dietisti, educatori e professionisti dell'età evolutiva, *personal trainer*, operatori di centri estetici e chiunque sia impegnato nella prevenzione, educazione, riabilitazione e ricerca nell'ambito della salute e delle patologie dell'alimentazione, del peso e della corporeità.

Contenuti

- Origini multifattoriali e fattori di mantenimento dei disturbi alimentari
- Valutazione e diagnosi differenziale
- Nutrizione ed educazione alimentare
- Interventi prescrittivi e interventi integrati nel trattamento di Anoressia, Bulimia, BED e Obesità
- Apprendimento in video-didattica e video-modeling

CIBO PER VIVERE... VIVERE PER IL CIBO
Gruppo di Auto Mutuo Aiuto nella gestione del peso
Due lunedì al mese dalle ore 20.00 alle ore 22.00 presso la sede ASPIC per la SCUOLA

Madri, ansiose, stanche o depresse, non riescono a leggere i segnali del bambino, così la relazione diadica è caratterizzata da scarsa reciprocità e da ripetuti insuccessi nell'alimentazione, con un inadeguato aumento di peso, non dovuto a cause organiche.

Disturbo alimentare dell'attaccamento

Con esordio tra 2 e 8 mesi. Si manifesta con una mancanza di sintonizzazione tra la madre e il bambino, in una fase in cui gli scambi sociali, visivi e tattili consolidano il legame di attaccamento; nell'interazione alimentare tra bambino e *caregiver* manca il reciproco coinvolgimento e il piacere negli scambi.

Il bambino manca di risposte sociali corrispondenti all'età: sorriso, reciprocità vocale, contatto visivo (evita lo sguardo quando l'altro si avvicina) non presenta reazione anticipatoria quando viene preso in braccio, non si modella quando viene abbracciato. La condizione del *caregiver* è grave: depressione acuta o cronica, disturbi di personalità, dipendenza da alcol o droghe, grave stress psicosociale. Facilmente il bambino viene lasciato solo con il biberon, spesso il *caregiver* nega le difficoltà di alimentazione.

Anoressia infantile

Con esordio tra i 6 mesi e 3 anni. E' un disturbo alimentare di separazione. Durante il passaggio all'alimentazione autonoma compaiono rifiuto o estrema selettività nell'alimentazione, espressi con elevata conflittualità nella relazione diadica dove l'ostinazione e la caparbieta del bambino si contrappongono alle difficoltà del *caregiver* nel negoziare risposte negative che emergono nell'interazione alimentare. Il *caregiver* ha difficoltà a interpretare correttamente i segnali del bambino e a rispondere in modo contingente e non intrusivo. Le madri di bambini con un persistente rifiuto alimentare hanno aspettative elevate rispetto al loro ruolo materno sono insicure e misurano la loro competenza sulla base di come e quanto mangia il bambino.

Spesso hanno storie familiari di educazione rigida ipercontrollante o di disimpegno emotivo dei propri genitori. Se la madre ha difficoltà a decodificare correttamente i segnali del bambino e a rispondere in modo contingente, questo assocerà il momento dell'alimentazione a emozioni negative e con difficoltà saprà regolare il bisogno di cibo in base alle sensazioni fisiologiche di fame e sazietà, così come differenziare fame e sazietà da emozioni come frustrazione, rabbia o desiderio di richiamare l'attenzione del *caregiver* (Chatoor, 1996).

Riferimenti Bibliografici

- Ammaniti M.** (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Chatoor I.** (1996), *Feeding and other disorders of infancy or early childhood*. In Tasman A., Kay J., Lieberman J. (a cura di), *Psychiatry* Philadelphia, PA: WB Saunders; 1997:683-701.
- Stern D. N.** (1998), *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo della clinica*, Raffaello Raffaello Cortina Editore, Milano.

INCONTRI PSICOEDUCATIVI PROMOZIONE SALUTE & BENESSERE

Momenti divulgativi gratuiti aperti al pubblico e condotti da

Enrichetta Spalletta, Psicologa, Psicoterapeuta
Liliana Marcella, Dietista e Counselor per la nutrizione

Lunedì 24 Ottobre: *Cibo e immagine corporea*
Lunedì 7 Novembre: *Alimentazione e mass-media*
Lunedì 21 Novembre: *Dieta, diete e...*
Lunedì 5 Dicembre: *Motivazione all'attività fisica*
LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA E DEVE ESSERE COMUNICATA ALLA SEGRETERIA



Via A. Macinghi Strozzi, 42/A - 145 Roma
Tel. 06.51435434 - Fax 06.51882458

aspicperlascuola@genie.it
www.aspicperlascuola.it
www.aspic.it