



L'alimentazione nel bambino con patologie neuropsichiatriche: una proposta di riabilitazione integrata

Federica Peruzzini, Matteo Chiappedi, Sara de Luca, Arianna Borionetti, Maurizio Bejor

*Unità Operativa Complessa di Riabilitazione, Centro Medico Santa Maria alle Fonti,
Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Salice Terme (Pavia), Italia*

L'alimentazione del bambino con patologie neuropsichiatriche: una proposta di riabilitazione integrata

L'alimentazione ha un ruolo essenziale sia per la vita biologica sia per quella psichica del bambino; l'intervento riabilitativo dei disturbi dell'oralità è dunque molto importante. Sono stati proposti numerosi protocolli, con approcci anche molto diversi (da quelli psicodinamici a quelli di orientamento comportamentista); questo lavoro confronta in particolare uno degli approcci psicodinamici (definito dal gruppo della Pitié-Salpêtrière di Parigi) con quello di educazione funzionale (sviluppato presso il Centro Medico Santa Maria alle Fonti della Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS). Sulla base dell'analisi di 6 casi esemplificativi, viene proposta una possibile integrazione tra queste due modalità di intervento, sviluppata nell'ottica della riabilitazione globale del bambino.

The feeding of the child with neuropsychiatric disorders: a proposal for integrated rehabilitation

Feeding play an essential role for both a child's biological and psychic life; rehabilitative treatment of disorders of orality is therefore very important. A number of protocols has been proposed, with very different approaches (from psychodynamic ones to those of behaviorist orientation); this paper compares in particular one of the psychodynamic approaches (defined but the Pitié-Salpêtrière's group in Paris) with a form of functional education (developed within the Santa Maria alle Fonti Medical Center of the Don Carlo Gnocchi ONLUS Foundation). Based on the analysis of 6 case studies, we propose a possible integration between these two modes of operation, developed in view of the comprehensive rehabilitation of the child.

Introduzione

Il termine oralità, utilizzato spesso in campo medico, originariamente deriva dal vocabolario psicoanalitico rimandando all'insieme delle funzioni realizzate dalla bocca: alimentazione, respirazione, percezione, gusto e comunicazione [1]. Considerando lo sviluppo del bambino, la zona peri-orale e la bocca stessa sono le prime a manifestare delle condotte finalizzate ad uno scopo, quello della nutrizione [2].

È importante comunque tenere in considerazione che l'alimentazione, oltre alla valore biologico di funzione vitale insieme a respirazione e a battito cardiaco, necessaria alla sopravvivenza del neonato, rappresenta la prima modalità relazionale dell'individuo in generale [3].

L'allattamento al seno, con le sue componenti di pianto e suzione, costituisce una modalità di attaccamento essenziale in cui la bocca riveste una funzione indispensabile nell'elaborazione del rapporto con l'altro e nel gioco relazionale [4]. Il bambino nutrito dalla madre prova una sensazione di piacere non solo perché soddisfa la propria fame, ma anche perché è contenuto dalla voce, dall'odore e dai gesti della stessa [5]. Esiste dunque una comunicazione immediata nella diade madre-bambino in cui ciascun componente percepisce lo stato dell'altro: il bambino si getta in una comunicazione affettiva il cui mezzo privilegiato è il corpo e la sua variazione tonica su cui la madre, a sua volta, si appoggerà per comprendere al meglio i bisogni del figlio; questo scambio viene definito Dialogo Tónico [6]. Tutte queste dinamiche relazionali all'interno della diade promuovono l'inizio di quella che la Mahler definisce nascita psicologica.

Conseguentemente a quanto finora affermato, la funzione alimentare può essere interpretata come prototipo di funzione indicativa delle competenze adattive del soggetto: in essa si esprimono infatti diversi elementi riferibili sia al versante delle competenze posturali-motorie e delle modalità funzionali (fattori morfo-anatomici) sia al versante delle competenze interattive, in quanto l'alimentazione costituisce una funzione privilegiata nel suo significato di modalità relazionale [7].

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono condizioni cliniche caratterizzate da un rapporto alterato con il cibo e con il proprio corpo tale da compromettere la qualità della vita e delle relazioni sociali della persona affetta [8]. Negli ultimi decenni l'evoluzione di diversi fattori epidemiologici rende l'argomento di forte attualità e necessità. In particolare, la percentuale sempre maggiore di neonati pretermine incrementa il numero di coloro che necessitano di un'alimentazione artificiale precoce con conseguente possibilità di sviluppare disturbi a livello oro-alimentare [9]. Inoltre, è sempre più sviluppata l'attenzione anche per questi aspetti del funzionamento globale dei bambini con varie forme di disturbi neuroevolutivi [10]. Infine, non vanno trascurati i casi in cui la compromissione psicopatologica è il momento iniziale e fondante di un quadro che si sviluppa includendo disturbi dell'oralità [11]. Per l'eterogeneità del loro quadro clinico, i DCA sono molto complessi e perciò necessitano di approcci diagnostici e valutativi essenzialmente clinici che possono poi essere integrati con eventuali esami strumentali (videofluorografia, VFG, valutazione con fibre ottiche sensibili, FEES, e l'ultrasonografia, US). In particolare, la valutazione clinica è indispensabile per determinare con precisione la compromissione senso-motoria, causa dell'eziologia del disordine, da cui partire per stilare dei progetti riabilitativi il più possibile adattati al singolo bambino [12].

La pratica clinica degli ultimi decenni ha riscontrato due principali cause eziopatogenetiche di disturbi oro-alimentari: organica e psicogena. Di conseguenza, è possibile orientare il lavoro riabilitativo differenziando quadri di natura globale-disfagici nei quali il problema dell'alimentazione è parte significativa di un problema complesso (prematrità, sindromi oligofreniche, lesioni extra-piramidali e piramidali, sindromi pseudo-bulbari, disprassia buccale essenziale, aprassia bucco-facciale) e quadri di natura sensoriale (iperprotezione buccale, selettività alimentare, neofobia alimentare, disturbi del trattamento sensoriale). Il tipo di presa in carico deve considerare l'età del bambino, il suo stato nutrizionale, il livello di abilità acquisito sul piano alimentare, il grado di rifiuto di cibo, il livello di ansia dei genitori e la qualità dell'interazione nel corso del pasto [13].

Scopo del lavoro

L'obiettivo di questo lavoro è quello di osservare e confrontare diversi approcci riabilitativi che variano a seconda della complessità e della natura del quadro patologico, dell'età cronologica e dello sviluppo neuropsicomotorio del bambino. Si vuole dimostrare come una funzionale integrazione possa fornire elementi più utili e completi affinché la pratica riabilitativa diventi più precisa e comprensibile all'interno di un progetto di presa in carico globale.

Lo scopo finale è rappresentato da una progettazione educativo-riabilitativa globale supportata da una puntuale valutazione dell'oralità del piccolo paziente inserita in un contesto più ampio che tenga conto di aspetti oro-motori, sensoriali, ambientali, socio-culturali e relazionali propri del bambino.

Materiali e metodi

Per il campione di questo studio è stata utilizzata una casistica di 6 bambini, 3 maschi e 3 femmine, di cui:

- 3 bambini di sesso maschile, età compresa tra 7 e 10 anni; diagnosi di autismo e ritardo psicomotorio, con problematiche alimentari riferibili a disfagia di natura sensoriale/psicogena; i bambini hanno seguito un trattamento riabilitativo presso il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Gruppo Ospedaliero Pitié-Salpêtrière a Parigi;
- 3 bambine di sesso femminile, età compresa tra 2 e 3 anni; diagnosi appartenenti a quadri di natura neurologica e sindromica, con problematiche alimentari riconducibili a disfagia di natura globale; le bambine hanno seguito una pratica riabilitativa presso il Centro Medico Santa Maria alle Fonti di Salice Terme (Fondazione Don Gnocchi ONLUS).

Metodo francese

Il metodo riabilitativo applicato in Francia propone terapie di gruppo (tre bambini e tre terapeuti) monosettimanali, della durata di un'ora ciascuna. Questo trattamento ha l'obiettivo di raggiungere un'adeguata alimentazione per bocca a livello di qualità e quantità, aumentare la varietà ed il volume di alimenti inseriti nella dieta, creare e gestire l'autoconsapevolezza nell'atto nutrizionale, giungere ad un tempo del pasto accettabile ed inferiore a 40 minuti, desensibilizzare il bambino olfattivamente e propriocettivamente, evitare o diminuire i comportamenti disturbanti e le condotte non adeguate.

La seduta riabilitativa è suddivisa in tre momenti ben distinti:

1. Fase di rilassamento: fondamentale e necessaria per indurre i bambini in una condizione di disponibilità psicologica e corporea verso le attività che verranno proposte in seguito.
2. Fase di validazione della sfera orale: l'attività viene svolta attorno ad un tavolo per rievocare il momento del pasto. Si lavora su stimolazioni tattili ed odorose per ridurre l'eventuale irritazione sensoriale presente nelle medesime zone, possibile causa di disturbi orali, variando gli oggetti utilizzati (essenze, spugne, guanti, pasta modellabile, oggetti vibranti) per promuovere diverse esperienze; successivamente si passa ad attività di recupero della normalizzazione del gusto e dell'olfatto con tecniche di sensibilizzazione e stimolazioni gustative a livello di zona periorale e bocca (spazzolini e bastoncini commestibili con paste alimentari, yogurt, cereali, grissini) ed infine si imposta un trattamento alimentare che contrasti fenomeni quali selettività e neofobia alimentare; concentrandosi sempre sulla motivazione alimentare scegliendo attività vicine alla realtà del bambino che funzionino come rinforzo positivo.

3. Momento di chiusura: dove i bambini rievocano il proprio vissuto e le proprie esperienze con una filastrocca o una canzone. Questo momento sottolinea l'aspetto edonico e relazionale della funzione alimentare.

Metodo italiano

Il metodo riabilitativo osservato in Italia si basa sull'educazione funzionale della disfagia in bambini con patologie neurologiche. La presa in carico del bambino disfagico prevede una parte valutativa-diagnostica ed una riabilitativa. Nel seguente lavoro si sono utilizzate due scale di valutazione non standardizzate ma sufficientemente sensibili per poter monitorare i risultati del percorso riabilitativo seguito dai tre bambini presi in esame. Esse sono:

1. The Multidisciplinary Feeding Profile (ideato da Kenny et al., e curato nella versione italiana da Schindler, Invernizzi e Amprino come Scala di valutazione funzionale dell'alimentazione, 1989) rappresenta un primo approccio di protocollo valutativo per bambini incapaci di alimentarsi autonomamente. Il test, compilato dal terapeuta durante l'osservazione del momento del pasto, è diviso in sei categorie (nutrizione al cucchiaio, mordere, masticazione, bere dalla tazza, bere con la cannuccia, deglutizione), ciascuna con item suddivisi in due gruppi, pattern normali (con le variabili Adeguato, Insufficiente, Assente, Non Determinabile) e pattern anormali (con le variabili Assente, Inconsistente, Presente, Non Determinabile). Ciascun item prevede l'assegnazione di un punteggio da 1 a 5, dove il valore massimo rappresenta la normalità.
2. SOMA – Schedule for Oral Motor Assessment – è una valutazione oggettiva delle funzioni oro-motorie del bambino con disfagia (ideato da Skuse et al., e curato nella versione italiana da Grosso), validato per bambini dagli 8 ai 24 mesi, ma spesso utilizzato nella pratica clinica anche per età successive poiché facilmente compilabile e sensibile ai cambiamenti [14]. La valutazione osservativa è condotta per cinque tipologie di alimenti: semiliquido, semisolido, solido, cracker, liquido con tettarella-tazza-bicchiere. Gli item di ciascuna categoria sono valutati sottoforma di giudizio SÌ / NO esemplificatore di una condotta fisiologica / patologica. Il punteggio finale rappresenta il grado di funzione/disfunzione motoria e permette di osservare nello specifico i pattern più deficitari per ciascuna categoria alimentare [15]. Ciascuna categoria possiede uno specifico valore a partire dal quale si parla di disfunzione motoria orale: Semiliquido→3; Semisolido, Solido→4; Cracker→9; Tettarella, Tazza di allenamento, Tazza→5.

Risultati

Mantenendo distinte le pratiche riabilitative utilizzate in Francia ed in Italia, anche l'analisi dei risultati ottenuti avviene con modalità differenti.

Risultati del metodo francese

A Parigi, presso il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Gruppo Ospedaliero Pitié-Salpêtrière, sono stati monitorati tre bambini, le cui caratteristiche esprimono problematiche alimentari inserite in quadri di natura sensoriale-psicogena:

- Jason: sesso maschile, età 7 anni, diagnosi di autismo infantile con ritardo mentale medio;
- Anis: sesso maschile, età 10 anni, diagnosi di autismo infantile con buone prospettive di evoluzione;
- Jérémie: sesso maschile, età 8 anni, diagnosi di ritardo psicomotorio con disordini severi dell'oralità.

I risultati del trattamento, ricavati dopo sei mesi dal suo inizio, derivano dalla revisione delle relazioni che l'equipe curante stila al termine di ciascuna seduta. Siccome i componenti del gruppo terapeutico sono bambini con età e problematiche alimentari omogenee, è possibile riassumere globalmente i risultati raggiunti dai tre bambini. Le stimolazioni sensoriali e le altre attività proposte inserite in un contesto di gruppo hanno permesso ai bambini di sviluppare una competenza imitativa e l'emersione di sentimenti di condivisione ed intersoggettività indispensabili per ottenere i risultati raggiunti: miglioramento della modulazione sensoriale con conseguente riduzione del grado di irritabilità orale con conseguente possibilità d'introduzione di nuovi alimenti nella dieta contrastando la selettività alimentare, riduzione delle reazioni fobiche nei confronti dei nuovi alimenti e della dinamica del pasto con un maggior contenimento psicocorporeo, riduzione del tempo del pasto e conseguenti miglioramenti nelle dinamiche interazionali.

Risultati del metodo italiano

A Salice Terme, presso il Centro Medico Santa Maria alle Fonti, si è monitorata l'evoluzione di tre bambine le cui caratteristiche esprimono problematiche alimentari riconducibili a disfagia inserite in quadri di natura globale:

- Elisa: sesso femminile, età 3 anni, diagnosi di ritardo psicomotorio e del linguaggio in bambina con Sindrome di Down;
- Alessandra: sesso femminile, età 2 anni, diagnosi di ritardo dello sviluppo motorio in un quadro di tetraplegia;
- Beatrice: sesso femminile, età 3 anni, diagnosi di ritardo psicomotorio in bambina con encefalopatia di natura non diversamente diagnosticata.

Gli interventi sono specifici ed adattati alle esigenze delle singole bambine, che seguono sedute individuali della durata di 45 minuti ciascuna. La specificità del trattamento è necessaria data la diversità dei quadri clinici, anche se l'obiettivo finale rimane sempre l'educazione alla funzionalità oro-motoria. Elisa, bambina con Sindrome di Down, presenta una grave ipotonia a livello delle strutture oro-facciali; quindi l'intervento è basato sulla stimolazione prima passiva (oral motor training) e poi attiva (proposta di cucchiaio e bicchiere) per rafforzare prima la muscolatura labiale e linguale e successivamente quella masticatoria con attività finalizzate alla macinazione.

Alessandra invece presenta una lieve ipertonìa a livello orale e peri-orale e l'iter terapeutico viene incentrato su due aspetti principali: promuovere un atto masticatorio più funzionale lavorando sulla motricità labiale e mandibolare, proporre il bicchiere in alternativa al biberon per l'assunzione di acqua.

Beatrice che soffre di reflusso gastro-esofageo presenta anche un'importante disfagia per i liquidi, la quale viene subito trattata con alternanza tra biberon e bicchiere in modo che capisca di poter controllare con modalità diverse l'afflusso dei liquidi nella cavità orale; successivamente si lavora sulla masticazione e sull'autonomia della piccola durante il pasto attraverso l'utilizzo di ausili quali sistema di postura e posate.

I risultati vengono monitorati con la somministrazione dei due test precedentemente illustrati dopo un anno di trattamento. Il Test di Valutazione Funzionale dell'Alimentazione mostra un miglioramento funzionale complessivo con una riduzione dei pattern anormali ed un incremento di quelli normali. SOMA fornisce un punteggio quantitativo, espressione del grado di funzione/disfunzione motoria per diverse categorie alimentari. Come si evince dalla Tabella 1., dopo un anno di trattamento alcune categorie inizialmente non valutabili si sono potute somministrare ed, in generale, i punteggi finali risultano più bassi: questo dimostra un miglioramento della funzione oro-motoria per tutte le bambine.

Discussione

Siccome la riabilitazione delle problematiche alimentari è un settore estremamente recente per tutto il mondo sanitario, le procedure diagnostiche e terapeutiche sono ancora lontane dall'essere codificate e standardizzate a livello internazionale, per cui i clinici ed i terapisti che se ne occupano basano molto il proprio operato sull'esperienza diretta col paziente e sulla pratica clinica.

Le due principali metodiche presentate in questo studio, sensoriale-relazionale e funzionale-motoria, applicate individualmente nella pratica clinica con ottimi risultati e apparentemente molto distanti tra loro, sono in realtà complementari ed indispensabili per un approccio globale e mutevole, adattato ad ogni singolo caso.

La pratica riabilitativa francese fa prevalere l'aspetto sensoriale (esperienze tattili, cinestesiche e percettive alimentari e non) e quello relazionale sulla funzionalità motoria orale: le sedute di gruppo sono indispensabili per far emergere lo spirito di condivisione e piacevolezza che dovrebbe derivare dal momento del pasto, riconducibile alle prime esperienze di attaccamento del lattante con la madre, base per il futuro sviluppo psichico [16].

Siccome i bambini considerati presentano quadri clinici in cui le problematiche sensoriali prevalgono su quelle di natura motoria (autismo, psicosi), l'obiettivo terapeutico si basa esclusivamente sull'aspetto sensoriale escludendo l'educazione delle capacità motorie orali, date come acquisite e mantenute. Probabilmente l'età scolare dei soggetti (7-10 anni) ha reso possibile tale considerazione, ma in bambini di età inferiore la matura acquisizione di abilità come masticazione e deglutizione non è un elemento scontato.

Questo aspetto viene approfondito appunto nella pratica italiana dove l'approccio riabilitativo è prettamente funzionale e volto a sviluppare abilità motorie orali quali suzione, masticazione e deglutizione attraverso tecniche recentemente sviluppate e rivelate efficaci contro la disfagia [17].

I risultati quantitativi deducibili dai due test utilizzati (Scala di Valutazione Funzionale dell'Alimentazione e SOMA, Tabella 1) sono esemplificativi della validità delle tecniche riabilitative applicate.

Conclusioni

Per una completa progettazione educativo-riabilitativa e della relativa pianificazione dell'intervento, è necessaria una puntuale valutazione dell'oralità del piccolo paziente inserita nel contesto di una più ampia valutazione generale che tenga conto degli aspetti ambientali, socioculturali ed interpersonali del bambino e dei rispettivi caregivers.

La figura del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva sembra essere adatta ad integrare i due aspetti, in collaborazione con il logopedista: la sua attenzione si focalizza sugli aspetti prettamente funzionali della motricità orale, mostrando particolare interesse anche all'igiene posturale e all'adozione di ausili, senza tralasciare la dinamica del pasto in cui si esalta con tutta la sua forza il rapporto elettivo fra mamma e bambino, e nemmeno gli aspetti sensoriali che intervengono nella definizione del rapporto del piccolo col cibo [18].

Il trattamento riabilitativo si pone i seguenti obiettivi generali: raggiungere un assetto posturale ottimale per l'assunzione di cibo, inibire i riflessi infantili che non permettono l'evoluzione di abilità più adulte, sviluppare al meglio delle possibilità le abilità oro-motorie attraverso l'oral motor training su suzione, masticazione e deglutizione, aiutarsi nella pratica terapeutica con ausili specifici per l'alimentazione. Nello specifico l'approccio si sviluppa su tre piani principali.

Il trattamento diretto agisce sulle componenti della motricità orale attraverso diverse tecniche: l'oral motor training che prevede stimolazioni e sensibilizzazioni passive della zona orale e peri-orale; la proposta del cucchiaino che permette di lavorare su competenze quali l'adeguata apertura della bocca, la capacità di mantenere la lingua appiattita sul pavimento orale per accogliere cucchiaino e bolo e la chiusura adeguata delle labbra per ripulire il cucchiaino; la proposta del bicchiere per migliorare l'aspetto deglutitorio; l'educazione alla masticazione sviluppata con l'utilizzo di un ausilio quale il masticatore di sicurezza con reticella antistrappo.

Il trattamento indiretto presta attenzione a tutte le modifiche ambientali, posturali, dietetiche per il miglioramento della funzione alimentare. In particolare l'igiene posturale è finalizzato a fornire al bambino con patologie neurologiche punti di stabilità precisi, in modo da abbassare il livello attentivo sul mantenimento dell'equilibrio antigravitario permettendogli di alimentarsi molto più serenamente (nei quadri più gravi si consiglia l'adozione di sistemi posturali con sostegno esterno). Altrettanto importante è l'introduzione precoce degli ausili per promuovere l'autonomia del bambino: posate e bicchieri adatti a garantire competenze oro-motorie adeguate, piatti speciali per rendere il gesto dell'arto superiore nel portare l'alimento alla bocca funzionale.

Va inoltre previsto un Counseling rivolto alla famiglia ed a tutti gli operatori che interagiscono col bambino al fine di garantire al piccolo paziente ed alla sua famiglia un'adeguata informazione in fase diagnostica ed una linea di intervento comune in fase riabilitativa.

La tabella 2 conferma quanto finora affermato esemplificando, molto schematicamente, le principali problematiche oro-alimentari riscontrabili da un'osservazione neuro-psicomotoria a cui sono associate le rispettive linee guida generali di trattamento, che dovranno necessariamente essere approfondite nella pratica riabilitativa specifica. Un approccio integrato sembra essere ormai indispensabile per meglio rispondere alle esigenze dei bambini con problematiche oro-alimentari, sempre più frequenti e ormai non più sottovalutabili nell'ambito della neuropsichiatria infantile.

Tabelle e figure

Tabella 1. Confronto dei punteggi del test SOMA ottenuti dai bambini in prima e seconda valutazione, quest'ultima avvenuta dopo un anno di trattamento riabilitativo (NV = non valutabile).

CATEGORIE	ELISA		ALESSANDRA		BEATRICE	
	<i>I val</i>	<i>II val</i>	<i>I val</i>	<i>II val</i>	<i>I val</i>	<i>II val</i>
<i>Purée semiliquido</i>	7	3	3	2	4	2
<i>Semisolidi</i>	NV	4	1	1	NV	1
<i>Solidi</i>	NV	3	NV	2	4	3
<i>Cracker</i>	NV	4	NV	2	NV	5
<i>Tazza</i>	NV	3	NV	1	5	2

Tabella 2. Linee d'intervento per possibili problematiche rilevabili dall'osservazione neuropsicomotoria del pasto.

PROBLEMI ORO-ALIMENTARI	APPROCCIO RIABILITATIVO
Problemi sensoriali (tattili, olfattivi, propriocettivi)	Attività di recupero e stimolazione della normalizzazione del gusto e dell'olfatto
Ipersensibilità zona orale e peri-orale	Attivazione senso-percettiva ed esecutiva della bocca (stimolazioni odorose, tattili, vibratorie, gustative)
Atteggiamento di iperprotezione globale verso le nuove esperienze	Tecniche di rilassamento (concentrarsi su respirazione aiutandosi anche con della musica) per promuovere una disponibilità psicologica e corporea alle nuove esperienze
Problematiche posturali	Attenzione all'igiene posturale nei bambini più piccoli decidere se posturali in braccio o a tappeto, ricorrendo eventualmente a sistemi di postura, e nei bambini più grandi prestare attenzione che l'altezza tra sedia e tavolo sia adeguata
Ipomobilità orale e periorale (pochi movimenti di labbra, lingua e mandibola)	a) stimolazioni passive per migliorare la sensibilità all'interno della bocca che sarà più predisposta ad accogliere il cibo b) mobilitazione passiva per suzione, morso, masticazione
Disfunzioni motorie orali	a) utilizzo di ausili specifici per rendere volontarie e consapevoli abilità quali suzione, masticazione e deglutizione (a seconda dell'età cronologica del bambino e del quadro clinico si richiede una particolare capacità) b) proposta del cucchiaino e del bicchiere nei più piccoli
Problematiche relazionali e mancanza di piacevolezza derivanti dal momento del pasto	a) nei più piccoli lavorare sulla relazione tra bambino e caregiver b) nei più grandi proporre una terapia di gruppo in cui la condivisione di esperienze alimentari lavori su aspetti relazionali, di socializzazione e di piacevolezza, sul rispetto dei tempi (adeguato meal-time), delle regole e dei ruoli c) cercare di creare la giusta motivazione alimentare

Bibliografia

1. Abadie V. L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie* 2004;11:603-605.
2. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *Erès*, Parigi, France, 2011.
3. Cavallo M, Manassero A, Pagliero L et al. L'educazione della bocca nel bambino. Attivazione, educazione, educazione delle funzioni buccali in ambito foniatrico-logopedico, *Omega Edizioni*, Torino, Italia, 1997.
4. Golse B, Guinot M. La bouche et l'oralité. In: Rééducation Orthophonique, les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Ortho Editions*, Isbergues, France, 2004.
5. Cassidy J, Shaver PR. Manuale dell'attaccamento. Ed. *Giovanni Fioriti*, Roma, Italia, 2002.
6. Joly F, Labes G. Corps, tonus et psychomotricité. In: Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, vol.1. *Ed du Papyrus*, Parigi, France, 2009.
7. Fedrizzi E, GIPCI. La valutazione delle funzioni adattive nel bambino con paralisi cerebrale. Ed. *Angeli*, Milano, Italia, 2002.
8. Rossi G, Balottin U, Rossi M et al. Pharmacological treatment of anorexia nervosa: a retrospective study in preadolescents and adolescents. *Clin Pediatr* 2007;46(9):806-811.
9. Hawthorne KM. Current issues in nutritional management of very low birth weight infants. *Minerva Pediatr* 2004;56(4):359-372.
10. Bohn K. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther* 2008;46(10):1105-1110.
11. Lask B, Britten C, Kroll L et al. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866-869.
12. Leroy-Malherbe V, Aupiais B. Consultation autour de la déglutition de l'enfant: de l'analyse physiopathologique au diagnostic. In: Rééducation Orthophonique, les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Ortho Editions*, Isbergues, France, 2004.
13. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir* 2001;2(13):11-18.
14. Skuse D, Stevenson J. Schedule for oral-motor assessment (SOMA): methods of validation. *Dysphagia* 1995;10:192-202.
15. Ko MJ, Kang MJ, Ko KJ et al. Clinical Usefulness of Schedule for Oral-Motor Assessment (SOMA) in Children with Dysphagia. *Ann Rehabil Med* 2011;35:477-484.
16. Robert-Ouvray S. L'enfant tonique et sa mère. *Desclée de Brouwer*, Bruges, Belgium, 2007.
17. Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A. Deglutologia, *Omega Edizioni*, Torino, Italia, 2011.
18. Bullinger A. Sensorialité et émotionnalité primaire, approche sensorimotrice et développementale. *GERPEN*, Parigi, France, 2007.