

UNO SPAZIO MENTALE PER CRESCERE: UN PERCORSO CON LE FAMIGLIE DEI NATI PRETERMINE IN ETÀ PRESCOLARE

Roberta Baldino *, Barbara Cravero **, Roberta Pomella ***

INTRODUZIONE

Questo lavoro trae origine da un progetto di ricerca svoltosi presso la S.C. di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara¹, in favore di un gruppo di bambini nati prematuri e ricoverati presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale, nel biennio 2003-2004².

Lo studio si configura come uno screening di follow-up a lungo termine, con l'intento di valutare lo sviluppo dei bambini in epoca prescolare, prendendo in considerazione in modo particolare le componenti psicologiche ed affettivo-relazionali, oltre a quelle di carattere cognitivo³.

Obiettivo principale era l'individuazione di eventuali deficit e disabilità minori in più aree, nell'ambito cognitivo, emotivo e comportamentale⁴. Nell'ottica di una ricerca-intervento, siamo partite da una valutazione diagnostica, per poi giungere ad interventi individualizzati di supporto, coinvolgendo le figure di riferimento affettivo ed educativo del bambino, familiari e insegnanti, per mettere a confronto le loro percezioni dei bambini nei diversi contesti di vita.

Secondo alcuni studi, infatti, proprio quella prescolare è l'età in cui è possibile rilevare le difficoltà che insorgono nei bambini, per attivare le risorse familiari e scolastiche in modo tempestivo, al fine di offrire supporto nelle aree deficitarie identificate.

Alla base di tale impostazione si trova lo studio dei dati emersi in letteratura, che evidenziano un'elevata incidenza di disturbi del comportamento, problematiche educative e modalità disfunzionali di interazione del bambino con i pari e con l'adulto (Wolke, 1998; Anderson, Doyle, 2003, Levin, 2006). Dall'analisi di questo scenario è emerso il bisogno di focalizzare il nostro intervento proprio sulle difficoltà emotivo-comportamentali nei bambini del nostro campione, verificandone la ricaduta sulla loro qualità di vita.

Il livello di prematurità sembra incidere sulle competenze relazionali in particolare per i bambini con peso alla nascita inferiore a 1500 gr. che presentano maggiori difficoltà di relazione con i pari (Latmiral, Lombardo, 2000; Bhutta *et al.*, 2002).

In questo contributo proveremo a sottolineare alcuni aspetti, derivati dalle nostre osservazioni cliniche durante la ricerca, elementi che, a nostro avviso, hanno trovato una rilevanza pregnante all'interno del percorso di valutazione e intervento del progetto svolto.

La pretesa non è quella di trattare tutti gli aspetti concernenti la vita mentale ed emotiva dei nati prematuri a lungo termine, ma di interrogarsi sul diverso modo di percepire e vivere le esperienze di conoscenza di sé e del mondo quando la nascita avviene troppo presto.

* Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PSIba.

** Psicologa, DIR® Floortime™ provider, insegnante di massaggio infantile AIMI.

*** Neuropsichiatra Infantile, dirigente medico AOU "Maggiore della Carità", referente per l'intervento in Patologia Neonatale e per il follow up.

¹ Il progetto è stato finanziato dal Comune di Novara attraverso la borsa di studio "Marcella Balconi", fondatrice e a lungo responsabile del servizio di NPI a Novara.

² La ricerca ha coinvolto un gruppo di famiglie di bambini nati prematuri con EG (età gestazionale) inferiore a 32 settimane e/o peso alla nascita inferiore a 1500gr. Tutti i bambini valutati avevano un'età compresa tra i 4 e i 6 anni. Si tratta di uno studio quali-quantitativo, messo a punto ad hoc, in aggiunta ed in epoca successiva rispetto al normale iter di follow-up previsto per i nati prematuri dal protocollo del reparto, che comprende visite e controlli regolari fino al compimento del secondo anno di età per i bambini che non riportano esiti maggiori.

³ Tra gli strumenti selezionati nel protocollo di ricerca sono stati inclusi test di valutazione delle aree cognitive, linguistiche, affettivo-relazionali (Griffith Scales, Scale di sviluppo Vineland, CBCL - Child Behavior Checklist, TFR - Teacher's Report Form, Buss Story Test, Favole della Duss, test carta e matita).

⁴ Alle aumentate probabilità di sopravvivenza dei nati pretermine non si è affiancata negli anni una diminuzione dell'incidenza di disturbi evolutivi di varia natura (Tin *et al.*, 1997). Infatti, mentre gli esiti maggiori (paralisi cerebrale, ritardo mentale, deficit visivi e uditivi gravi) sono contenuti, gli esiti minori (ritardi dello sviluppo soprattutto del linguaggio, deficit visuo-percettivi e visuo-motori, disturbi da deficit di attenzione e iperattività, disturbi comportamentali) sono molto frequenti e determinano nel corso del tempo notevoli difficoltà nell'apprendimento, nell'integrazione e socializzazione e più avanti nell'autonomia sociale e lavorativa (Ornstein *et al.*, 1991; Theunissen *et al.*, 2001).

Per meglio avvicinarci e trattare l'impatto della nascita prematura sullo sviluppo affettivo-relazionale del bambino presenteremo due casi clinici ove lo sguardo sarà rivolto in particolare alla tematica della costruzione del Sé in relazione al mondo.

NASCERE PRIMA DEL TEMPO

Scrivono Marina Gatti e Franca Rigobello (2002), citando Montagu: *“La nascita non è l'inizio della vita né la fine della gestazione”* (p.7). Essa è solo uno dei passaggi evolutivi che compongono il processo di maturazione e crescita di un bambino, dal concepimento al parto, attraverso tutte le tappe del ciclo di vita. La nascita prematura, vero e proprio evento traumatico per i genitori e per il bambino, porta con sé angosce di morte anche molto concrete ed ha un forte impatto sulla possibilità di stabilire una relazione soddisfacente tra i genitori ed il piccolo.

Al senso di colpa legato al fatto di non aver potuto portare a termine la gravidanza, e di aver generato un figlio assai diverso dal bambino perfetto desiderato, si affiancano il desiderio di recuperare al più presto il tempo perduto per potersi occupare di lui in prima persona, ma anche il timore di non essere in grado di farlo. Da qui l'atteggiamento di delega nei confronti del personale medico-sanitario e delle macchine salvifiche.

Le modalità con cui la famiglia affronta questo evento possono facilitare o costituire un ostacolo alla costruzione di una relazione adeguata. E' necessario dunque un attento intervento di sostegno ai genitori, fin dal momento dell'ingresso in T.I.N. e lungo tutto il percorso di sviluppo, per incoraggiarli a riappropriarsi delle loro competenze, così da offrire al loro bambino l'adeguato contenimento fisico e psichico.

Caso clinico: Nina (valutazione condotta dalla dott.ssa Roberta Baldino)

(EG 25+6⁵, peso alla nascita 500g)

Nina è una bambina esile e minuta, molto graziosa: mi colpisce, al primo incontro, il contrasto tra la posa "da bambolina", composta e sorridente, e la mobilità dei suoi occhi, che mi scrutano curiosi.

Durante gli incontri con lei e la sua famiglia, ho l'impressione di avere a che fare con una figlia che i genitori sentono sconosciuta e difficile da avvicinare.

In lei vive il contrasto tra la delicatezza della bambolina, memoria della sua nascita pretermine, e l'ostinazione quasi tirannica con la quale si sottrae al dialogo emotivo coi genitori. Nina "non parla", se non direttamente sollecitata. Il suo problema principale, da sempre, è la stipsi, che a tratti la rende profondamente irritabile e scontrosa, esasperando la distanza emotiva dai genitori ed i vissuti di colpa materni. Di tanto in tanto Nina si sveglia di notte in preda agli incubi, sogna i coccodrilli che la divorano, mamma e papà la accolgono nel lettone, ma faticano a dare legittimità ai vissuti di una bambina così piccola.

La separazione traumatica a tratti sembra riaffiorare a livello preconsciouso (i coccodrilli del sogno), ma non può essere espressa a parole, né esplorata, perché terrificante; la negazione e l'illusione di una nuova relazione fusionale (il ritorno al lettone) rappresentano allora un tentativo, per quanto temporaneo, di tacitare l'angoscia.

Durante la valutazione, le modalità con cui Nina affronta i momenti di distacco dai genitori e le tematiche di separazione proposte dai test, confermano l'impressione iniziale: non c'è spazio per l'esplorazione delle emozioni connesse alla separazione, che si traduce in un agito non elaborabile, il passaggio quasi automatico della sua mano da quella della madre alla mia.

La sua partecipazione in seduta ha una modalità quasi intermittente. Più calda e attiva quando riesco a catturare la sua attenzione con semplici giochi, inibita e apertamente oppositiva di fronte alla sollecitazione emotiva diretta intorno ai temi del distacco. Ciò sembra far perdere a Nina la possibilità di tenere sotto controllo gli aspetti più fragili e sofferenti di sé, come invece riesce a fare attraverso la stipsi.

Come per i bambini che Latmirel e Lombardo (2000) definiscono *“bambini che devono essere accesi”*, la separazione avvenuta alla nascita non è ancora stata recuperata. Il senso di colpa ha impedito ai genitori di avvicinarsi a lei fiduciosi di un incontro positivo ed essi la sentono lontana e inaccessibile. Nella loro rappresentazione, Nina è rimasta a lungo la neonata fragile e sofferente della terapia intensiva e non si sono sentiti sufficientemente in grado di adempiere al loro compito genitoriale, né di comprendere i suoi segnali e le sue difficoltà. La sua risposta al contatto col mondo è allora di estrema diffidenza verso l'estraneo ed isolamento in una dimensione privata. A fronte della diffidenza e passività iniziale di Nina è stato importante proporsi a lei come "oggetto vivo", capace di entrare in risonanza con le sue emozioni, a partire da una risposta ai suoi segnali.

L'attento lavoro di restituzione e la prosecuzione del lavoro con i genitori attraverso incontri periodici di supporto alla funzione genitoriale, hanno poi permesso di affrontare le difficoltà incontrate nella relazione con la bambina e di rafforzare la loro capacità di leggere i suoi bisogni emotivi, avvicinandosi a lei con gradualità, per accendere il suo interesse alla relazione. Al tempo stesso, attraverso la valutazione delle competenze della bambina, in vista della scuola elementare, è stato possibile monitorare le aree più fragili di Nina, valorizzando le sue risorse e preparando lei e la famiglia ad un passaggio evolutivo più sereno.

⁵ Età Gestazionale: 25 settimane + 6 giorni.

Caso clinico: Gino (valutazione condotta dalla dott.ssa Barbara Cravero)

(nato di EG 31+5⁶, peso alla nascita 1040g)

Gino ha 5 anni, è un bambino piccolo e minuto per la sua età, ma di corporatura proporzionata; capelli corti castano chiaro e occhi azzurro cielo. Mi colpisce la disparità con la figura paterna, fisicamente molto imponente. E' attaccato alla mamma e mi scruta dal basso con i suoi occhioni, come a studiare le mie mosse e a capire se si potrà fidare di me.

In stanza il bambino si accoccola subito in braccio alla madre in posizione fetale, come per un bisogno di ritorno allo stato fusionale. L'apertura avviene attraverso il disegno: inizia col riempire il foglio di colori, leggo il suo bisogno di autoregolarsi e lasciare traccia di sé. Solo successivamente organizza il disegno inserendo i personaggi della sua vita ed altri elementi. Tra questi mi colpisce un bidone della pattumiera vuoto, ma chiuso, che mi rimanda ad un'immagine materna svuotata.

Nel complesso, il disegno risulta molto frammentato, occupa tutto il foglio, è uno spazio confuso, senza una prospettiva definita, dove gli elementi non sembrano essere in relazione l'uno con l'altro.

Il racconto della rappresentazione grafica appare per Gino piuttosto difficile, più che altro nomina i personaggi e gli oggetti disegnati, ma non immagina uno scenario di fondo che li racchiuda tutti. Rispecchia un po' l'immagine che mi risuonerà nel corso degli incontri successivi, dove tanti aspetti di Gino cercano un contenitore che li raccolga e possa dare loro modo di essere pensati insieme.

Durante la raccolta della storia del bambino si mettono in luce fatti ed eventi, la madre racconta, ogni tanto si aprono piccoli spazi ai suoi vissuti; limitato è l'intervento del padre, se non in seguito alla mia sollecitazione, che sembra poter legittimare la sua presenza.

Dal racconto materno emerge il tema della separazione come nodo problematico, già presente nella relazione tra la madre e il fratello maggiore di Gino: il legame madre-bambino si struttura come una simbiosi inserapabile, che porta alla creazione di soprannomi per i figli che rimandano a immagini simboliche di dipendenza.

La ferita della nascita prematura di Gino sembra ora rievocata da un nomignolo, che ricorda costantemente quanto può essere delicato e pericoloso separarsi. Ciò vorrebbe dire far sanguinare di nuovo quella ferita e rimettersi in contatto con vissuti dolorosi che trovano poco spazio nei racconti familiari. Tutti i passaggi del percorso evolutivo di Gino, nascita prematura compresa, vengono così razionalizzati per allontanare l'angoscia di cui sono portatori.

Il primo vero racconto di una separazione traumatica riguarda l'inserimento alla scuola materna: ne emergono la sofferenza e l'impotenza della mamma a contenere il pianto del bambino.

Percepisco come la signora possa aprire solo in certi momenti queste finestre emotive su di sé, ma poi troppa è la fatica di rimanere in quello spazio aperto.

Nel corso degli incontri di valutazione si assiste ad un'evoluzione di Gino nel difficoltoso tentativo di separarsi dalla madre. Dopo le prime sedute in cui rifiutava di entrare in stanza da solo con me, osservo un passaggio, la scelta di un galeone tra i giochi presenti in sala d'aspetto, che, come un oggetto transizionale, gli consente di portare con sé in stanza una parte di ciò che è rimasto fuori.

Il gioco inizia ad animarsi e a prendere forma. Compare un elemento degno di nota: lo scivolo, come elemento di congiunzione attraverso il quale alcuni personaggi possono immergersi in una piscina accogliente, a cui darà il mio nome. Gino inizia ora a vivere la mia presenza non più come una minaccia, è più collaborante nei test proposti, anche se la sua capacità narrativa resta coartata e con limitate possibilità di elaborazione. L'immagine che mi richiama è quella che Latmiral e Lombardo (2000) potrebbero definire di un bambino "spaventato dal mondo", timoroso nell'esplorazione perché l'esterno può risultare una minaccia.

Il percorso di valutazione con Gino si conclude in un numero di sedute maggiore rispetto a quelle previste da protocollo; c'è poi un ritorno su richiesta dei genitori per accertamenti nell'area degli apprendimenti. Questa seconda volta la separazione appare per Gino meno faticosa.

In stanza i disegni mettono in scena vissuti di rabbia, legati alle esperienze di separazione e forse al contempo testimoni di un timore di aver danneggiato, per questo, il suo oggetto d'amore. Il percorso con Gino mi evoca il suo tentativo di movimento tra due polarità: quella di un mondo buono, protettivo, primario, da cui è pericoloso staccarsi e un nuovo mondo esterno da cui difendersi, ma che esiste e quindi da scoprire. Il confronto con quest'ultimo non è mai stato sperimentato prima dell'ingresso alla scuola primaria, che si presenta a Gino come una richiesta di autonomia, fonte di profonda angoscia. Attraverso la rabbia espressa nei disegni leggo la distruzione catastrofica di un mondo dal quale distanziarsi per salvare quella parte di sé che deve prepararsi a una seconda creazione.

RIFLESSIONI FINALI

Studi recenti (Zambonin e Agosti, 2008) supportano la necessità di un intervento di follow up prolungato nel tempo per i nati pretermine, in particolare in epoche significative per il monitoraggio delle competenze emergenti.

E' proprio con questo obiettivo che abbiamo iniziato il nostro studio, proponendoci di arricchire il percorso di follow up previsto dall'ospedale con una valutazione più accurata dei bambini in età prescolare. Riteniamo che ciò possa favorire l'adattamento ed arginare insuccessi scolastici precoci che, se sottovalutati, potrebbero avere ricadute negative

⁶ Età Gestazionale: 31 settimane + 5 giorni.

sull'immagine di sé del bambino e sulla sua percezione da parte dei genitori e della scuola. Al contrario, l'individuazione delle problematiche e dei possibili interventi di sostegno, può mobilitare positivamente i soggetti coinvolti.

Del resto, il forte bisogno di accompagnamento a lungo termine è emerso da parte delle famiglie stesse: sostegno soprattutto nel cogliere, comprendere e dare significato alle esperienze emotivo-relazionali del bambino e della famiglia, anche dove la richiesta iniziale si declinava quasi esclusivamente come una necessità concreta di monitoraggio delle competenze più cognitivo-prestazionali del bambino.

Ne è derivata un'esperienza molto intensa di conoscenza delle famiglie e dei loro vissuti. Attraverso il percorso proposto, e nella misura sempre diversa in cui ciascuna di esse ci ha permesso di condividerle, è stato possibile esplorare le rappresentazioni reciproche dei genitori e dei bambini, alcune ancora cristallizzate nella loro dimensione fortemente traumatica, altre bonificate attraverso esperienze positive successive. Per questo è stato necessario adattare i tempi e le modalità del nostro intervento alle esigenze di ogni famiglia, per non risultare troppo intrusive e, a nostra volta, traumatizzanti nel proporre le prove previste dal protocollo.

Nessun bambino ha presentato un quadro patologico grave⁷. Tuttavia è da sottolineare il fatto che molti bambini hanno presentato difficoltà a livello emotivo e relazionale di varia intensità. Ci ritroviamo, in questo, nelle osservazioni di Latmiral e Lombardo (2000) che sottolineano come lo sviluppo dei bambini nati prematuri si risolve spesso "in un faticoso tentativo di adattarsi alle richieste ambientali", nel quale "gli elementi della vita emotiva, che sottendono tutti i processi di crescita, non sono organizzati in modo sufficientemente armonioso e fluido" (p. 204). I genitori, anche a distanza di anni, non sempre riescono a fare i conti con gli intensi vissuti di colpa che la nascita prematura del loro bambino porta con sé. Come abbiamo osservato, ne derivano spesso due atteggiamenti opposti, che li portano a negare e rimuovere le angosce di morte e le paure, sviluppando atteggiamenti di onnipotenza riparatoria nei confronti del figlio, oppure a percepirsi come persecutori, incastrati in un vissuto di colpa eterno ed insanabile. Queste tracce di esperienza perinatale influiscono sulle prime relazioni in famiglia, quindi sulle dinamiche affettivo-relazionali future, tanto dei genitori, quanto dei bambini.

Il tentativo, con tutte le famiglie, è stato quello di individuare uno spazio di apertura, dove genitori e figli potessero accedere ad un contatto emotivo e al senso di reciprocità che nutre il rapporto genitore-bambino. Uno spazio, in definitiva, nel quale poter essere, finalmente, genitori sufficientemente buoni di un bambino riconosciuto nella sua dimensione reale.

Bibliografia

- AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R. (1995) *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ANDERSON P., DOYLE L.W. (2003) Neurobehavioural outcomes of school age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *JAMA*, 289 (24), pp. 3264-3272.
- BHUTTA (2002), Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis, *JAMA*, 288 (6), pp. 728-37.
- BREEN D. (1992), Fantasia e realtà in gravidanza e nel periodo postnatale. In: Ammaniti M. (a cura di) *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- BYDLOWSKI M. (2004) *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Pendragon, Bologna.
- FAVA VIZZIELLO G. (2007) Evoluzione psichica di bambini ad alto rischio neuropsichico ricoverati alla nascita in terapia intensiva neonatale. *Giorn. Neuropsich. Età Evol.*, 27, pp. 27-44.
- FONAGY P., TARGET M. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano.
- GATTI M., RIGOBELLO F. (2002) Prematurità e genitorialità. *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente*, 16, pp. 7-18.
- LATMIRAL S., LOMBARDO C. (2000) *Pensieri prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pretermine*. Borla, Roma.
- LEBOVICI S. (1983) Trad. it. *Il neonato, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma, 1988.
- LEVIN A. (2006) Low birth weight: prematurity can rise ADHD risk, *Psychiatr. News*, 41, pp.15-27.
- MULLER NIX C. (2009) Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant: éléments cliniques et données de recherche. *Psychiatrie de l'Enfant*, LII, 2, pp. 423-450.
- ORNSTEIN M. et al. (1991) Neonatal follow-up of very low birthweight/extremely low birthweight infants to school age: A critical overview. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 80, pp. 741-748.
- THEUNISSEN N.C.M. et al. (2001) Quality of life in preschool children born preterm. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43, pp. 460-465.
- TIN W. (1997) Changing prognosis for babies of less than 28 weeks' gestation in the north of England between 1983 and 1994. *Northern Neonatal Network, British Medical Journal*, 314, pp. 107-111.

⁷ Ciò è dovuto in parte agli stessi criteri di inclusione che ci hanno guidati nel selezionare il nostro piccolo campione, dal quale sono stati esclusi i bambini con esiti maggiori gravi conseguenti alla nascita pretermine.

- VEGETTI FINZI S. (1996) *Il bambino della notte: divenire donna, divenire madre*. Mondadori, Milano.
- WINNICOTT D.W. (1949) Ricordi della nascita, trauma della nascita ed angoscia, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- WOLKE D. (1998) Psychological development of prematurely born children. *Arch. Dis. Child.*, 78, pp. 567-570.
- ZAMBONIN F. e AGOSTI M. (2008) Valutazione dello sviluppo psicomotorio e degli aspetti comportamentali in bambini con basso peso alla nascita: follow-up a 3 anni. *Giorn. Neuropsich. Età Evol.*, 28, pp. 211-218.