

# **Evoluzione psichica di bambini ad alto rischio neuropsichico ricoverati alla nascita in terapia intensiva neonatale**

*Psychic development of children at very high risk hospitalized at birth in newborn intensive care*

G. FAVA VIZZIELLO

*Facoltà di Psicologia, Università di Padova*

PAROLE CHIAVE. — Outcome - Fattori di rischio - Neonato a rischio

KEY WORDS. — Outcome - High risk newborn - Risk factors

## **Summary**

*174 children at very high neuropsychic risk, following Fitzhardinge's criteria received a follow up till the age of 16 years.*

*Methodology: interviews with parents, videotape of interactive sequences parents-child, Brunet-Lezine developmental scales during the first 2 years and Terman Merrill and Wisc R later on were employed starting in the first week in newborn intensive care, at regular intervals every 2 months, then 6 months and finally every 2 years. At 16 children AAi was employed.*

*Important risk factors for the affective-relational development are: the difficulties of modifying the representation of the child on the parents and the over stimulation these children often undergo.*

*Most children have difficulties in organizing or are delayed in the organization of narrative. Often they have very good performances in specific functions but they have difficulties in making synthesis.*

*At the age of 16 a part of them presented delay in sexual affective development and they presented some aspects of false self.*

Gli studi sull'evoluzione psichica e psicopatologica di qualsiasi tipo di popolazione danno spesso risultati sorprendentemente diversi. La metodologia impiegata è fondamentale, così come il momento storico culturale ed i suoi parti-

colari interessi, lo sviluppo delle tecniche per la diagnosi, il trattamento e il supporto organico, psicologico o di contesto e, *last but not least*, le modalità di conduzione dello studio. In particolare, laddove si vogliono studiare fattori di tipo affettivo-relazionale e funzioni processuali, come la genitorialità di padri e madri maltrattati dalla sorte con una nascita prematura ed un figlio sofferente, la nostra presenza non è senza dubbio neutra.

Qualsiasi follow up in questo campo, al di là delle intenzioni dei ricercatori, costituisce un vero e proprio intervento clinico e, come tale, può aiutare o rendere più difficile il processo di sviluppo a seconda di come viene svolto <sup>10</sup>. Questo follow up è centrato sull'impatto della genitorialità nello sviluppo dei figli, ed è iniziato nell'83-'84 lavorando con i bambini ad altissimo rischio neuropsichico ospedalizzati alla nascita presso la TIN dell'Università di Padova e si è svolto per una parte di essi fino a 16 anni. I dati a nostra disposizione sono stati talmente numerosi e già parzialmente pubblicati alle diverse tappe, per cui in questa sede ci limiteremo a darne i più significativi. L'esperienza di catamnesi e di follow up di prematuri, che avevamo avuto precedentemente, aveva messo in evidenza: la prima <sup>7</sup>, una inaspettata presenza di patologie psichiche gravi e strutturate (4 psicosi su 200 bambini) all'età di 4 anni, e la seconda <sup>3</sup>, una patologia cognitiva ed affettivo-relazionale elevata <sup>2</sup>. (Brimblecombe, Richards e Robertson, <sup>2</sup> riportano una mancanza di influenza del fattore prematurità sullo sviluppo a 10 e 18 anni).

Il punto nodale ci pareva quello di capire se sul piano affettivo-relazionale eravamo di fronte a sviluppi particolari, ma in evoluzione positiva naturale, o se vi erano alcuni fattori che già dalle età più precoci potevano suggerirci necessità di intervento su questo piano per un "destino" già segnato. La sopravvivenza di bambini sempre più piccoli (nel 1983 sopravvissuti anche con peso alla nascita di 600 grammi), poteva mettere in evidenza inoltre problematiche diverse da quelle studiate in precedenza.

La coorte dei fattori organici e psico-affettivi relazionali a disposizione e la conoscenza approfondita dei bambini e dei genitori e delle loro interazioni avrebbe dovuto darci chiavi interpretative sufficienti; oltre a ciò, le riprese videoregistrate di una parte dei bambini in interazione con la madre, a tappe diverse, ci metteva a disposizione un documento di verifica non indifferente.

## Metodologia

### A. La raccolta dei dati nelle diverse età

Il protocollo di valutazione prevedeva:

1. un colloquio coi genitori e l'osservazione partecipe di un neuropsichiatra infantile e di uno psicologo durante tutte le visite di controllo; 2. la somministrazione della Scala di Sviluppo Brunet-Lézine <sup>4</sup> ai 3, 6, 12, 24 mesi e del Test d'Intelligenza Terman-Merrill R ai 36, 48, 60, 72 mesi; 3. la videoregistrazio-

ne di sequenze di interazione genitore-bambino, allo scopo di conoscere in maniera più approfondita le modalità relazionali. I colloqui con i genitori e l'osservazione durante il ricovero ed i controlli dovevano fornire, secondo la nostra traccia, informazioni riguardanti:

1. la storia della gravidanza; 2. le modalità del parto, la causa e la durata del ricovero; 3. il post-partum; 4. lo stato di salute fisica del bambino alla nascita e in seguito; 5. le caratteristiche socio-anagrafiche del nucleo familiare; 6. il tipo di personalità dei genitori; 7. le modalità interattive e la loro evoluzione; 8. lo sviluppo cognitivo e affettivo relazionale del bambino; 9. la sintomatologia del bambino sul piano somatico e/o comportamentale, sia osservata che riferita dai genitori; 10. le modalità dell'eventuale inserimento all'asilo nido o alla scuola materna.

L'insieme dei dati relativi alla psicopatologia del campione in studio sono stati letti e valutati facendo riferimento, in mancanza della Classificazione 0-3<sup>5</sup> che sarebbe uscita solo 10 anni più tardi, alla classificazione pluriassiale di Kreisler<sup>16</sup>, che prende in considerazione: l'espressione clinica, le strutture interattive (simili a quelle della DC:0-3), le influenze eziologiche e/o associate.

Ai 7, 9, 12, 16 anni sono stati utilizzati studi della struttura narrativa e psicolinguistica ottenuti tramite la revisione delle verbalizzazioni di storie narrate con lo Sceno test interattivo tra genitori e bambino e lo studio delle AAI somministrate a 16 anni.

2. la diagnosi secondo l'ICD 9 CM, I e II asse<sup>15</sup>;
3. le scale dell'intervista R ai genitori<sup>23</sup> riferite alla differenza nel ricordo del bambino all'uscita dalla tin e alla situazione attuale, così come al cambiamento nel tempo della sua rappresentazione percettiva.

## **B. Il campione**

Il follow up è iniziato nel gennaio del 1983 ed è continuato fino al 2000, iniziando con 174 casi scelti sul totale di 698 bambini ricoverati nel corso dei due anni in terapia intensiva neonatale sulla base dei criteri di selezione dell'altissimo rischio neuropsichico rilevati dalla Fitzhardinge<sup>14</sup> (1. Peso inferiore ai 1500g o di età gestazionale inferiore alle 33 settimane; 2. Età gestazionale inferiore a 37 settimane e peso alla nascita inferiore di più di 2 deviazioni standard a quello medio per età gestazionale; 3. Meningite; 4. Crisi compulsive o persistente comportamento neurologico anormale; 5. Segni di emorragia nei ventricoli, e nel cervello e nel cervelletto all'ecografia o alla tomografia computerizzata; 6. Displasia broncopolmonare). A 5 anni il drop out era di 60 ed il suo studio non ci dava particolari significatività di modificazioni del campione<sup>9</sup>.

In questa prima fase non avevamo un gruppo di controllo che abbiamo avuto in seguito, quando la pediatria ha chiuso il follow up ed il lavoro si è trasferito nella sede della Facoltà di Psicologia. Ci siamo trovati di fronte ad una popolazione che di fatto aveva latenti richieste di essere seguita psicologicamente,

pur non avendo accettato i nostri invii al servizio territoriale e che voleva invece collaborare con noi ad una ricerca in cui di anno in anno, e successivamente ogni due anni, ci riportava i numerosi dubbi nati nel frattempo, con una modalità che si avvicina a quella degli interventi brevi-lunghi di Manzano <sup>19</sup>. Sui primi 5 anni osserviamo:

1. la particolare condizione per cui nelle gravidanze precedenti la nascita del bambino considerato, le famiglie avevano avuto un bambino morto nel 10% dei casi e il 30% delle gravidanze esitate in aborti spontanei. In genere, nessuna famiglia era stata informata su possibili rischi di prematurità o distocia per il bambino considerato. È necessario quindi chiederci in quali casi abbiamo genitorialità difficili che si manifestano con le gravidanze premature e, invece, in quali altri la genitorialità difficile è conseguenza delle difficoltà neonatali.
2. Tutti i genitori, eccetto una coppia, hanno accettato la proposta di parlare con noi lungamente e di partecipare alla ricerca all'interno della TIN, dandoci spontaneamente la storia della loro genitorialità e delle loro patologie psichiche e fisiche precedenti. Come possiamo vedere dalla tavola seguente, in cui metteremo in correlazione la psicopatologia della madre e del bambino, così come le loro interazioni che, oltre il 35% delle madri dichiara di aver sofferto di disturbi psichici a livello clinico per cui erano state trattate prima della gravidanza. La distribuzione nella popolazione generale è notoriamente molto più bassa e queste situazioni sono solo quelle dichiarate spontaneamente dalle madri. Come si può notare dalla Tabella I a tre entrate, il rapporto tra psicopatologia materna e quella del figlio a 5 anni è alto; anche molti padri presentavano disturbi psicopatologici.
3. La presenza dei padri alla consultazione nei primi anni di follow up risulta essere molto elevata (dal 50% all'80% a seconda delle annate dei controlli), con un'inversione di tendenza rispetto alla presenza paterna nei consultori. È forse conseguenza dei primi giorni spesso passati dal padre insieme al bambino in maniera privilegiata.
4. Dividendo le patologie dei bambini a seconda del peso alla nascita vediamo nelle due fasce intermedie tra i 1000 grammi e i 2000 grammi appare pesante il bilancio di psicosi e di bambini border o con disturbo di personalità (disturbo che sembra riunire ai 5 anni sia il disturbo dell'attenzione con ipercinesia, che i falsi-sé troppo obbedienti). Inoltre, i disturbi nevrotici, prevalentemente di tipo depressivo ("oligodepressivi" secondo Palacio <sup>20</sup> sono costituiti soprattutto da bambini altamente inibiti che sembrano aver bisogno dell'adulto per investire di volta in volta con piacere il mondo esterno. Alto è il numero di border con disturbi della separazione ampiamente evidenziati dal ritardo nell'entrata alla scuola materna che ancora permangono ai 5 anni e nell'importante fenomeno della strutturazione di falsi-sé <sup>8</sup>. Raramente abbiamo potuto seguire bambini con patologia organica che immediatamente venivano inviati a centri specifici per la riabilitazione. In tut-

**Tab. I.** Diagnosi del bambino a cinque anni per tipo di interazione e struttura di personalità della madre.

Diagnosi bambino	Interazione			Incoerente	Tot.
	Soddisfacente	Insufficiente	Sovraccarica		
Nessuna	42 (30 N; 6Nev.; 5 Pers.; 1 Alc.)		7 (1N; 4Nev.; 2 Pers.)	2 (2 N)	51 44,7%
Disturbi specifici	6 (4 N; 1 Pers.; 1 Aff.)	1 (1N)	1 (1N)		8 7%
Disturbi comport.	1 (1 N)	2 (2 N)			3 2,6%
Disturbi nevrotici	14 10 N; 1 Nev.; 2 Pers.; 1 Aff.)		7 (5 N; 2 Nev.)		21 18,4%
Psicosi		2 (2 Pers.)		1 (1 N)	3 2,6%
Disturbi psicosomat.	2 (2 N)				2 1,8%
Dist. personalità	14 (12 N; 2 Nev.)	1 (1 N)	10 (1 N; 4 Nev.; 5 Pers.)	1 (1 Nev.)	26 22,8%
Tot.	79 69,3%	6 5,3%	25 21,9%	4 3,5%	114

**Tab. II.** Peso alla nascita e diagnosi psichiatrica del bambino.

Peso	Bambino							Tot.	
	Dist. specif.	Dist. comp.	Dist. nevrot.	Psicosi	Dist. personal.	Dist. psi. som	Border		Nessuna
< 1000	3		5	1	1		2	4	16 14%
1000-1500	3		9	1			5	24	42 36,8%
1500-2500	1	2	5	1	1	1	9	17	37 32,5%
> 2500	1	1	2	0	1	1	7	6	19 16,7%
Tot.	8 7%	3 2,6%	21 18,4%	3 2,6%	3 2,6%	2 1,7%	23 20,2%	51 44,7%	114 114

te le tappe del bambino successive ai 3 anni di età, non troveremo più nessuna correlazione tra il numero di giorni di ricovero e la psicopatologia del bambino, contrariamente a quanto riportato da gran parte della letteratura.

5. La sintomatologia psicosomatica è particolarmente ricca e abbiamo potuto notare che la quantità dei sintomi, piuttosto che la qualità, gioca un ruolo determinante nella gravità della psicopatologia del bambino <sup>9</sup>. Da notare, comunque, che i genitori si allarmano immediatamente per ogni rifiuto alimentare da parte del bambino, mentre sopportano stoicamente senza neppure segnalare le peggiori insonnie, organizzando spesso i letti in maniera particolare e mantenendo con sé il bambino nel letto anche oltre i 12 anni.
6. Al di là delle patologie organizzate abbiamo, però, alcuni tratti caratteristici soprattutto da parte dei bambini prematuri a basso peso, che sono costituite da:
  1. sviluppo disarmonico delle funzioni;
  2. momenti di disorganizzazione che si sviluppano di più che nella popolazione generale;
  3. *performances* nelle varie funzioni spesso elevatissime ai test o comunque nel rapporto individuale che non riescono però, ad essere integrate nell'organizzazione globale della personalità e vengono quindi messe in evidenza in maniera ricorrente, che li rende difficilmente accettabili dai coetanei. Gli insegnanti spesso colludono con questo aspetto del bambino non richiedendogli una piena attivazione delle sue potenzialità (così come fanno i suoi genitori), perché pensano di doverlo proteggere per le difficoltà pregresse. Tutto questo peggiora enormemente il senso di continuità del bambino e soprattutto la sua capacità di organizzarsi narrativamente e di costruirsi una storia come abbiamo avuto modo di constatare nelle tappe degli 8, 10, 12 e 16 anni. Questa difficoltà narrativa che corrisponde alla difficoltà dei genitori di mobilizzare le rappresentazioni del bambino restando ancorati ad utopiche irrealistiche concezioni, caratterizza tutta la storia successiva dei bambini più gravi. Adolescenti, li ritroveremo in ritardo nella capacità di mantenere i segreti, 'nel senso di identità', nella capacità di prevedere il futuro e di imporre la propria volontà all'interno della famiglia, anche quando sul piano scolastico il loro rendimento è buono, ma la loro infelicità resta grande. Evidentemente, qui facciamo riferimento a quei ragazzi che ci sono rimasti legati fino a 16 anni e a quei 7 che hanno richiesto in occasione della fine dei controlli, di fare un percorso terapeutico con noi, cosa che abbiamo accettato proponendo un gruppo. I 6 mesi di questo gruppo hanno visto interessati 3 ragazzi (2 che avevano sofferto di idrocefalo ed 1 con una lieve diplegia agli arti inferiori), 2 gravemente inibiti e 2 la cui ipercinesia si stava trasformando in disturbo del comportamento marcato. La loro *compliance* è stata altissima; grande per loro il sollievo di scoprire che anche gli altri ragazzi passavano attraverso lo stesso tipo di problemi. Si sono lasciati disegnando una nave tutti insieme ver-

so il futuro e facendoci comprendere quanto non possano trovare nella famiglia né nella scuola uno spazio di elaborazione, che diventa invece possibile quando si ritrovano tra di loro.

7. Appare interessante poter inserire alcune tavole delle analisi fattoriali (Tabelle III e IV) con i dati raccolti nei primi 5 anni di vita, per vedere come il peso dei singoli fattori cambi profondamente col tempo e quindi come non possa esservi un solo modo nel gestire queste situazioni, ma si richieda ai clinici una grande mobilità ma soprattutto una coscienza per cui, quando i danni organici hanno potuto in parte o in toto essere riparati, restano disarmonie psichiche da affrontare. I banali disagi di patologia psicosomatica della popolazione generale assumono in questi bambini, i cui genitori spesso mantengono una rigidità di rappresentazioni, un peso ben più grande ed una difficoltà maggiore a risolversi. L'aiuto alla genitorialità può essere risolutivo in tempi brevi mentre il permanere dei vissuti complessi del contesto può intrattenere o peggiorare gravemente i più diversi quadri. Non è un caso, che ancora oggi, mi capitò di ricevere telefonate di genitori che ho visto con i propri figli dieci anni fa e che insistono affinché sia proprio io a vederli in quanto erano i "figli delle macchine" ed io la loro esperta.

A sei mesi rileviamo:

- il primo fattore di "organicità e patologia di sviluppo" che evidenzia le sequele cognitivo-motorie del danno cerebrale neonatale;
- il secondo fattore di "prematùrità" che collega basso peso neonatale e bassa età gestazionale a problemi respiratori, alla separazione madre-bambino alla nascita, cioè ai giorni che intercorrono prima che la madre possa vedere il bambino ricoverato (la variabile legata alle sequele di parto della madre a sua volta influisce sulle modalità con cui la madre immagina la situazione sconosciuta del bambino come incerta e grave per il bambino);
- il terzo fattore isola una particolare situazione patologica (l'idrocefalia) e i disturbi del sonno;
- il quarto fattore, definibile come "difficoltà nell'investimento del bambino", evidenzia l'impossibilità di un contatto reale col bambino in situazioni di lutto non risolto di precedenti gravidanze esitate in aborto o in morte del bambino alla nascita e una presa di distanza immediata nella precoce ripresa del lavoro; tali difficoltà trovano espressione sintomatica nel bambino a livello psicomotorio soprattutto laddove non è stato possibile un'elaborazione della sofferenza e della separazione alla nascita;
- il quinto fattore evidenzia il "vissuto di perdita e di angoscia nella madre" (paure in gravidanza, reazione depressiva alla nascita), con espressione sull'asse psicosomatico (ed in particolare la funzione alimentare) nel bambino;
- il sesto fattore di "patologia interattiva" evidenzia il peso della patologia della madre e della coppia sul crearsi di un'interazione patologica col bambino. Vediamo, come a 6 mesi, abbiano maggiore importanza i fattori organici sui problemi di sviluppo (disarmonie di sviluppo e disturbi del compor-

**Tab. III.** Analisi fattoriali a 6 mesi.

<b>1° fattore: Organicità e Patologia di Sviluppo</b>	<b>2° fattore: Prematurità</b>	<b>3° fattore: Idrocefalia</b>	<b>4° fattore: Difficoltà di Investimento del bambino</b>	<b>5° fattore: Vissuto di Perdita e di Angoscia della madre</b>	<b>6° fattore: Patologia Interattiva</b>
Dist. Motr. (0,74)	Peso Neonat. (0,69)	Dist. Sonno (0,69)	Dist. Psicom. (0,65)	Reaz. Depres. (0,61)	Strutt. M. Pat. (0,73)
QS < 70 (0,71)	Dist. Respir.(0,69)	Idrocefalia (0,49)	Lavoro M. (0,64)	Dist. Alim. (0,55)	Interaz. Pat. (0,65)
Emor. Endo. (0,69)	Età Gestaz. (0,75)		Grav.Negat. (0,53)	Paure Grav. (0,55)	Patol. Coppia (0,50)
Dist. Comp. (0,65)	Separazione (0,45)		Parto Distoc. (0,52)		
Disarm. QS (0,61)			Separazione (0,48)		
Invio FKT (0,60)					
Leuco/poro. (0,49)					

tamento) e sul basso rendimento intellettuale e come la patologia genitoriale e della coppia abbia un peso determinante sulle modalità di interazione, che costituiscono il primo nucleo dell'organizzazione del Sé; mentre la reazione *post partum* depressiva è collegata a sintomatologia alimentare del bambino ed alle sue paure, sintomi di cui si conosce la facilità di remissione o, comunque, di cambiamento durante il primo anno di vita; mentre il disturbo psicomotorio, più costante nel tempo, è maggiormente collegato a traumi irrisolti come lutti di altri figli, aborti e al parto distocico.

A 5 anni ritroviamo tutta la sintomatologia psicologica e psicosomatica e di separazione che rientra nel primo fattore. Il terzo fattore, definibile come patologia psichica di struttura, comprende la patologia di struttura di personalità del bambino, della madre e interattiva. A questa età, la formulazione della diagnosi consente di ritrovare aspetti strutturali sintetici che correlano con la componente interattiva interiorizzata e con gli aspetti strutturali della personalità materna. La patologia di struttura materna, che ai 3 e ai 4 anni non sembrava collegabile ai quadri sintomatici emersi, sembra ora riferibile alla organizzazione del funzionamento psichico del figlio. Inoltre, a questo fattore, concorrono i disturbi del comportamento globale quale indice più manifesto e generalizzato del disagio. Il quarto ed il quinto fattore permangono stabili come già negli anni precedenti, isolando da un lato gli aspetti del ricovero alla nascita (peso, età gestazionale, durata del ricovero) e dall'altra il legame tra mortalità nella fratria e livello socioculturale cui si collega anche la gemellarità.

8. Dal punto di vista intellettuale segnaliamo che i QS e i QI al di sotto della media vengono progressivamente recuperati negli anni successivi. A 8-9 anni il difetto di organizzazione della capacità di narrazione si evidenzia marcatamente rispetto alla popolazione generale<sup>11 12</sup> e così rimarrà con aspetti molto particolari delle AAI che abbiamo raccolto a 16 anni e che sintetizzeremo con la Figura 1.

Nella costruzione del grafico, come nella valutazione dei dati, sono state considerate solo le variabili corrispondenti nel nostro caso alle diverse tipologie di risposta, che hanno contribuito più dell'1% all'individuazione dei due assi fattoriali. Osservando i risultati è evidente la maggiore tendenza dei prematuri ad adottare, in più aree, uno stesso cliché di risposta, corrispondente all'accantonamento della domanda, sia attraverso l'ammissione di non ricordare, sia attraverso la produzione di monosillabi o, in estremi casi, dell'assoluto silenzio. In particolare, i nati pretermine hanno la tendenza a non soddisfare, mettendole in disparte, le domande che richiedono una certa elaborazione personale, una certa correlazione tra aspetti diversi dell'esperienza, domande la cui risposta non è immediatamente disponibile in memoria. A differenza dei normotermine, che hanno la tendenza a fornire un buon numero di attributi, i pretermine continuano, preferibilmente, a servirsi della loro tipica modalità di risposta "Non ricordo". Ai nati pre-

Tab. IV. Analisi fattoriale a 5 anni.

<b>1° fattore: Disturbo Sindromico</b>	<b>2° fattore: Organicità e Patologia di Sviluppo</b>	<b>3° fattore: Patologia Psichica di Struttura</b>	<b>4° fattore: Rischio Neonatale</b>	<b>5° fattore: Fattori di rete</b>	<b>6° fattore: Respirazione</b>
Ricoveri Rip. (0,86)	QS<70. (70)	Interaz. Pat. (0,71)	Peso Neonat. (0,85)	Morte FratRIA (0,68)	Dist. Respir. (0,64)
Dist. Cutan. (0,84)	Motricità (0,69)	Dist. Compor. (0,61)	Ricovero (0,76)	Liv. Socio Eco. (0,67)	
Dist.ComSp (0,83)	Invio FKT (0,60)	Diagnosi B. (0,67)	Età Gestaz. (0,72)	Parità (0,47)	
Socializzaz. (0,75)	Encefalopat. (0,58)	Strutt. M. (0,63)			
Dist. Resp. (0,66)	Leuco/poro. (0,50)				
Dist. Elimin. (0,63)					
Dist. Psicom.(58)					
Dist. Sonno (0,56)					
Dist. Separ. (0,49)					

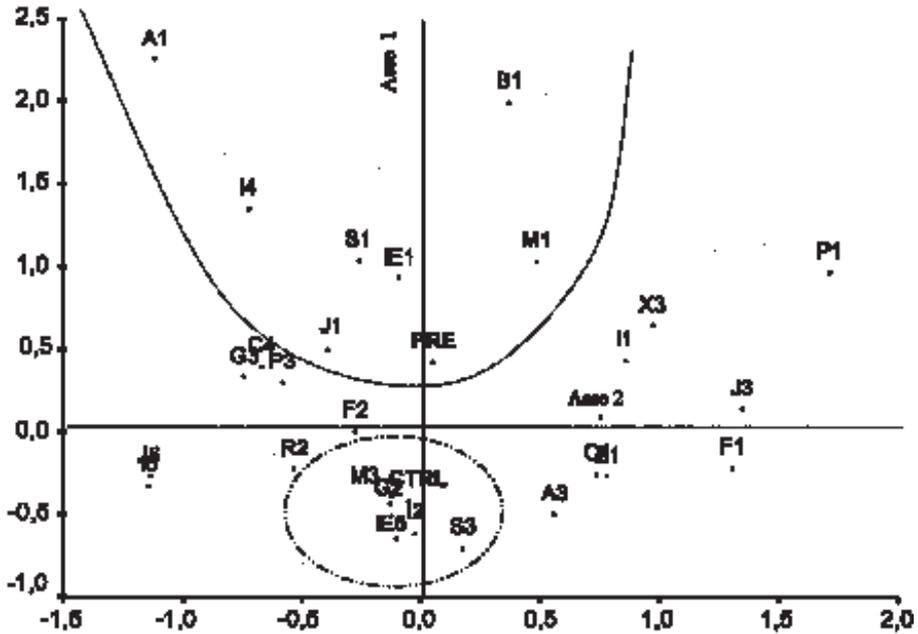


Fig. 1. Analisi delle corrispondenze multiple

maturi sembra, però, mancare qualche anello della catena processuale del sé come afferma Kohut<sup>17</sup> questi ragazzi incontrano ostacoli nell'operare una sintesi tra significato e significante, necessariamente trovano grandi difficoltà nel narrare una storia o nel raccontare se stessi, con conseguenze a livello di "sé narrativo". L'aumento nella frequenza di prematuri, che nelle loro risposte mostrano mancate fluenze superiori a tre o più pause importanti, è più consistente rispetto ai nati a termine. Se dunque consideriamo la mancata fluenza come un indice della chiarezza mentale intorno ad un certo argomento, ne consegue che meno mancate fluenze un soggetto produce, maggiore è la sua organizzazione a livello di rappresentazione mentale dell'argomento stesso. In altre parole c'è stata già un'elaborazione personale dell'area considerata ed il soggetto si è costruito delle solide convinzioni su di essa<sup>6</sup>.

La medesima difficoltà si ritrova nel richiamare alla memoria episodi relativi agli aggettivi nominati per il padre: i normotermine hanno la tendenza ad essere più abili dei pretermine anche in quest'area, base fondamentale per il pensiero simbolico. Sappiamo che i disturbi comportamentali del prematuro sono spesso e di preferenza espressi a livello del corpo, perché il

corpo si trova implicato nella vita emozionale e di relazione con gli altri. Il rapporto dialettico ed ambivalente che i prematuri hanno avuto con il loro corpo, sembra costituire, anche in adolescenza, un ostacolo alla gestione della sfera corporea. Nel momento in cui viene richiesto ai ragazzi di specificare un episodio in cui sono stati fisicamente male, i prematuri preferiscono richiamare situazioni frequenti ed abituali dell'infanzia. Ci interroghiamo allora sullo scopo di tale atteggiamento: sembrerebbe una manovra difensiva, una negazione della propria condizione di creatura fragile, messa in atto al fine di mantenere una facciata di "normalità", al fine di sentirsi come gli altri, condizione che i genitori stessi, per primi, spesso gli negano. Accanto ai fattori biologici, Sameroff <sup>22</sup> considera le condizioni socio-ambientali, in cui il bambino si trova inserito, nell'interpretare lo sviluppo infantile come una transazione tra queste due componenti. In particolare al rapporto con i genitori viene universalmente attribuito un rilevante peso sull'evoluzione del bambino. I genitori che hanno vissuto l'esperienza traumatica di una nascita prematura tendono a mantenere per lungo tempo lo stereotipo del figlio "malato", adottando un atteggiamento iperprotettivo che lascia pochi spazi all'autonomia. L'introiezione, da parte del ragazzo, di tale rapporto può esprimersi nel timore di esplorare il mondo esterno, in cui l'ansia di separazione gioca un ruolo non trascurabile. Diversi studi effettuati su adolescenti nati pretermine, evidenziano una maggiore presenza di manifestazioni depressive, ansia, aggressività e bassa stima di sé <sup>1 18</sup>.

### **Le diagnosi a 12 anni**

Nella nostra casistica ben 6 dei 7 ragazzi con una diagnosi di "distimia" o di "depressione NAS" sull'asse I, presentano un "disturbo evitante di personalità". Un'ulteriore dato rilevante riguarda la presenza nel nostro campione di una buona percentuale di "disturbi dipendenti di personalità" (13,3%), caratterizzati dal profondo timore della separazione, dalla necessità di essere accuditi e di essere continuamente rassicurati da parte delle principali figure d'attaccamento. Questi ragazzi appaiono più solitari, con una minore capacità di instaurare amicizie, meno motivati alla socializzazione, come se fossero ancora troppo attaccati ad una famiglia, nella quale però non riescono ad appagare i propri desideri di autonomia. Appare rilevante la presenza di un'ampia gamma di problematiche concernenti la sfera comportamentale, affettiva e cognitiva. I disturbi del comportamento sono presenti nel nostro campione sotto forma di "disturbi oppositivi provocatori", codificati sull'asse I del DSM-IV e caratterizzati per il fatto che il ragazzo appare eccessivamente disobbediente ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità.

Sebbene durante il corso della preadolescenza i comportamenti oppositivi siano una caratteristica comune a molti ragazzi, la differenza nei due gruppi del

Tab. VI. Le diagnosi a 12 anni.

Diagnosi sull'asse I	Gruppo di controllo		Gruppo sperimentale	
	Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
Disturbo depressivo N.A.S. (F32.9)	0	0,0%	2	6,7%
Disturbo distimico (F34.1)	1	3,3%	5	16,7%
Disturbo d'ansia N.A.S. (F41.9)	2	6,7%	2	6,7%
Disturbo somatoforme (F45.1)	0	0,0%	2	6,7%
Disturbo dell'alimentazione N.A.S. (F50.9)	0	0,0%	1	3,3%
Problemi di identità (F93.8)	2	6,7%	2	6,7%
Disturbo dell'apprendimento N.A.S. (F81.9)	0	0,0%	1	3,3%
Disturbo oppositivo provocatorio (F91.3)	1	3,3%	3	10,0%
Disturbo d'ansia di separazione (F93.0)	0	0,0%	2	6,7%
Abuso sessuale del bambino (T 74.2)	0	0,0%	1	3,3%
Nessun disturbo (Z 03.2)	24	80,0%	10	33,3%
<b>Disturbo sull'asse II</b>	<b>Frequenze</b>	<b>Percentuali</b>	<b>Frequenze</b>	<b>Percentuali</b>
Dist. Bordeline di person.(F60.31)	1	3,3%	2	6,7%
Dist. Istrionico di person. (F60.4)	0	0,0%	1	3,3%
Dist. Ossessivo di person. (F60.5)	1	3,3%	2	6,7%
Dist. Evitante di person. (F60.6)	0	0,0%	6	20,0%
Dist. Dipendente di person. (F60.7)	1	3,3%	4	13,3%
Dist. Narcisistico di person. (F60.8)	0	0,0%	1	3,3%
Dist. Di personalità N.A.S. (F60.9)	4	13,3%	4	13,3%
Nessun disturbo (Z03.2)	23	76,7%	10	33,3%

campione risulta statisticamente significativa. Si è voluto, inoltre studiare anche l'associazione fra il grado di armonia delle funzioni stabilito dal Quoziente di Sviluppo <sup>4</sup> e la presenza di disturbi di personalità per verificare se quadri disarmonici nell'infanzia potessero in qualche modo strutturarsi nell'adolescenza in una direzione patologica. I risultati ottenuti sono stati negativi: questo può comprovare la grande eterogeneità degli sviluppi e il peso delle variabili ambientali e relazionali. Abbiamo infatti riscontrato un'associazione significativa tra l'Immagine di Sé e le Identificazioni e la relazione madre-bambino nel passato. Una relazione soddisfacente nel passato, vediamo come sia positivamente associata ad una Immagine di Sé e Identificazioni adeguata, mentre il 63,3% dei soggetti la cui relazione passata con la madre è stata incoerente, insufficiente o sovraccarica presenta un'inadeguatezza a livello di Immagine di Sé e Identificazioni. Abbiamo già potuto vedere come la diagnosi patologica della madre fosse associata ad un'espressione inadeguata degli affetti nel figlio; approfondendo ulteriormente l'analisi ci siamo resi conto che i disturbi di personalità della madre tendono ad associarsi positivamente con i disturbi di personalità del figlio e ad una Immagine di Sé e Identificazione inadeguata (Tab. VII).

**Tab. VII** Analisi Log-Lineare. Valori standard relativi alla stima dei parametri lambda delle variabili: diagnosi materna x Immagine di Sé e Identificazioni nel figlio; \*Significatività per  $p < 0.003$ .

Diagnosi materna	Immagine di Sé e Identificazione	
	Adeguata	Non adeguata
Nella norma	2.725*	-2.725*
Patologica	-2.735	2.725

Sono soprattutto i disturbi affettivi della madre ad avere una maggiore influenza sullo psichismo del figlio, dimostrando in tal modo l'importanza della sfera relazionale e di come l'organizzazione materna possa influenzare il processo di integrazione dell'identità in cui il figlio preadolescente è impegnato <sup>13</sup>. Si è poi verificato in che modo le problematiche attuali rispetto all'Immagine di Sé e alla Identificazioni fossero associate al disagio psichico emerso attraverso il DSM-IV e la Diagnosi Strutturale di Palacio-Espasa <sup>21</sup>, evidenziando come l'inadeguatezza dell'Immagine di Sé e delle Identificazioni sia in relazione positiva sia con i disturbi di Personalità diagnosticati sull'Asse II del DSM IV, che con la presenza di una struttura patologica di personalità. Rispetto ai fattori evolutivi rivelatisi importanti nel quadro attuale, oltre alla relazione madre-bambino, risultano positivamente associati alla difficoltà nell'acquisizione dell'identità i disturbi della socializzazione e dell'attenzione con manifestazione di iperattività presentatisi nel passato.

## Conclusioni

I risultati a distanza di questo follow up non possono costituire, dati i drop-out, un preciso risultato nell'evoluzione di bambini ad alto rischio ospedalizzati alla nascita per periodi più o meno lunghi; ma molti risultati ottenuti sono comunque validi:

1. né la lunghezza di ospedalizzazione alla nascita né la gravità dell'organizzazione organica costituiscono fattore determinante di patologia psichica;
2. la patologia materna e del contesto giocano un impatto molto alto per l'evoluzione del bambino, di per sé iniziata in condizioni di particolare vulnerabilità;
3. le difficoltà di organizzazione neurologica dei primi anni influiscono sulle difficoltà di organizzazione psichica;
4. la fissità delle rappresentazioni genitoriali rispetto al bambino e a se stesso come genitori rappresenta uno dei fattori di rischio più grave;
5. le patologie psichiche organizzate a 12 anni ritrovano tutte nella storia delle diadi, delle interazioni non soddisfacenti ad 1 anno, 2 anni a 5 anni;
5. il falso sé e gli aspetti borderline di questi bambini sono pesantemente aumentati per l'eccesso di stimolazione che viene consigliato dal personale sanitario oppure offerto dai genitori troppo ansiosi di far raggiungere al figlio "lo sviluppo normale" e che induce nei bambini come spazio prevalente di piacere quello di soddisfare i genitori;
6. praticamente in tutte le situazioni c'è un ritardo nella risoluzione della fase simbiotica che ha necessità di essere rispettato anche rinviando l'inizio scolastico qualora i genitori non si sentano ancora pronti per il distacco;
7. la psicopatologia è più elevata in questi bambini, ma bisogna tenere conto che molte di queste famiglie hanno difficoltà precedenti alla nascita ed arrivano quindi meno preparate al difficile compito di gestire un bambino che lancia poverissimi segnali;
8. l'aiuto all'interazione di tutta la famiglia o per lo meno della diade in maniera puntuale può rendere meno difficile il percorso;
9. queste famiglie hanno bisogno di un punto fisso di riferimento per moltissimi anni sul versante psichico anche se utilizzato solo sporadicamente.

## Riassunto

174 bambini ad alto rischio neuropsichico, valutato secondo i criteri di Fitzhardinge, sono stati sottoposti ad un follow up fino all'età di 16 anni.

Metodologia: sono stati utilizzati colloqui con i genitori; videoregistrazione delle sequenze interattive genitori-bambino; scale di sviluppo Brunet-Lézine durante i primi due anni di vita e Terman-Merril e Wisc R più tardi, a partire dal-

la prima settimana in TIN, a intervalli regolari di due mesi inizialmente, poi ogni sei mesi ed infine ogni due anni.

All'età di 16 anni è stata utilizzata l'AAI su 16 di loro.

Importanti fattori di rischio per lo sviluppo affettivo-relazionale sono: le difficoltà che i genitori hanno nel modificare la rappresentazione del bambino e l'iperstimolazione a cui questi bambini sono spesso soggetti.

La maggior parte dei bambini trova difficoltà o presenta un ritardo nell'organizzazione del narrativo.

Spesso presentano buone *performance* rispetto a specifiche funzioni, ma incontrano difficoltà nel fare una sintesi tra queste.

A 16 anni una parte di loro presentava un ritardo nello sviluppo affettivo e sessuale e alcuni aspetti di falso sé.

## Bibliografia

- 1 Astbury J, Orgill A, Bajuk B. *Relationship between two-year behaviour and neurodevelopmental outcome at five years of very low-birthweight survivors*. Dev Med Child Neurol 1987;29:370-9.
- 2 Brimblecombe F, Richards M, Robertson N. *Separation and special care baby Units*. London: Symp 1978.
- 3 Bottos M, Marucco A. *Problemi neuroevolutivi*. In: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M. *Figli delle macchine*. Milano: Masson 1992.
- 4 Brunet O, Lezine I. *Le développement psychologique de la première enfance*. PUF; Paris; 1956. Trad. it. *Scala di sviluppo psicomotorio della prima infanzia*. Firenze: Ed. OS 1973.
- 5 National Center for Clinical Infant Programs. *Classificazione diagnostica: 0-3*. Milano: Masson 1997.
- 6 Crittenden P. *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adulto*. Attachment Interview. Milano: Raffaello Cortina 1999
- 7 Disnan G, Fava Vizziello G, Martina P. *La ricerca sul territorio*. In: Fava Vizziello G. *Per una clinica di neuropsichiatria infantile*. Milano: Masson 1981.
- 8 Fava Vizziello G. *L'eccezione e la regola. Percorsi attraverso la ricerca-azione e la formazione con insegnanti di scuola materna*. Torino: Bollati Boringhieri 1994.
- 9 Fava Vizziello G, Bottos A, Zorzi C. *Figli delle macchine*. Milano: Masson 1992.
- 10 Fava Vizziello G, Calvo V. *Gli interventi psicologici con i bambini premature la loro valutazione: il follow up affettivo relazionale in ambito clinico. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1999, Vol. 17, n.2.
- 11 Fava Vizziello G, Cervellati A. *Sviluppo linguistico e comunicativo in bambini nati a rischio. Un'esperienza clinica con bambini in età di latenza*. Psicologia Clinica dello Sviluppo 1997;3:387-404.
- 12 Fava Vizziello G, Giangrandi G. *Lo sviluppo della capacità narrativa in bambini nati pretermine*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza clinica e dello sviluppo 1996.
- 13 Fava Vizziello G, Stern D. *Dalle cure materne all'interpretazione: modelli e tecniche di intervento nei primi anni di vita*. Milano: Raffaello Cortina 1992.
- 14 Fitzhardinge PM, Pape KE. *Follow-up Studies of de high-risk new born in neonatology*. Philadelphia: Lippicott 1980.
- 15 ICD-9-CM ("International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification") 1979. (trad. italiana: Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, 1997).
- 16 Kreisler L. *Semiologie et classification en psychiatrie du très jeune enfant*. In: Lebovici S, Weil-Halpern F. 1990.

- 
- <sup>17</sup> Kohut H. *La guarigione del sè*. Torino: Bollati Boringhieri 1977.
- <sup>18</sup> Levy-Shiff R, Einat G, Moghilner MB, Lerman M, Kricler R. *Biological and environmental outcome of prematurely born infant in Early Adolescence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994.
- <sup>19</sup> Manzano J. *Jeunes mères psychotiques et leurs enfants – interventions preventives*. IV World Congress of Infant Psychiatry. Lugano, 20-24 settembre 1989.
- <sup>20</sup> Palacio Espasa F. *Problema diagnostico degli stati di depressione nel bambino piccolo*. Ciclo di lezioni tenuto presso l'Università di Padova, Corso di Laurea in Psicologia. Depositato presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione di Padova, 1989.
- <sup>21</sup> Palacio-Espasa F. *Psicopatologie infantile gravi. Scelte terapeutiche, indici prognostici. L'esperienza dell'ospedale di giorno*. Conferenza presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Camposanpiro Padova, 23 febbraio 1996.
- <sup>22</sup> Sameroff AJ. *Environmental context of child development*. J Pediatr 1986;109:192-200.
- <sup>23</sup> Stern DN, Robert-Tissot C, Besson G. et. al. *L'entretien R*. In: Lebovici S, Mazet P, Visier J. *L'évaluation des interactions precoces entre le bebè et ses partenaires*. Paris: Ed. Eschel 1989.