

Disturbi alimentari e prematurità: prevenzione e trattamento

ELENA TROMBINI¹

Introduzione

Nella popolazione di nati prematuri l'alimentazione costituisce da sempre un'area problematica. La letteratura sull'argomento, fino ai contributi più recenti (Cnattingius et al., 1999; Hawdon et al., 2000; Cerro et al., 2002; Pierrehumbert et al., 2003; Forgada-Guex et al., 2006) sottolinea come le difficoltà alimentari, già presenti nei primi mesi di vita e poi durante l'iter evolutivo del bambino prematuro, sono da considerarsi non come un problema puramente fisico di crescita e di appagamento della fame fisiologica, ma assumono un significato più ampio inquadrabile nel contesto relazionale bambino-adulto.

Nella prima infanzia le problematiche inerenti l'alimentazione sono assai comuni: circa il 25% dei bambini con un normale sviluppo psicofisico (indipendentemente dal sesso) può presentare un problema alimentare, mentre tale percentuale sale al 35% in bambini con una difficoltà di sviluppo, quale appunto prematurità, immaturità o handicap specifici (Lindberg et al., 1991; Benoit, 1996). Quando i disturbi alimentari sono riferiti dai genitori si va da un 6% (nei bambini tra sei e quindici mesi) ad un 25-40% in bambini più grandi, includendo sia bambini che mangiano troppo o troppo poco, sia bambini con particolari pattern alimentari (pica e ruminazione) (Chatoor, 1996; Marchi, Cohen, 1990). In particolare i dati epidemiologici che riguardano disturbi gravi, quali il rifiuto persistente del cibo o il vomito ricorrente, che costituiscono causa di ricovero e si associano a difficoltà di accrescimento, indicano una prevalenza al 5-10% nei primi quindici mesi di età (American Psychiatric Association, 1994), mentre il difetto di crescita non organico (non organic failure to thrive) ha un'incidenza

¹ Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna.

del 50-58% sul totale dei casi di difficoltà di accrescimento (failure to thrive).

In generale i disturbi alimentari infantili comprendono una varietà di problemi specifici con eziologie ed esiti diversi (Lucarelli, 2001). Alcuni sintomi fanno riferimento alle abilità e ai comportamenti alimentari (come disabilità di sviluppo oromotorie o rifiuto selettivo o totale del cibo), altri invece rimangono non specifici (come le coliche del primo trimestre di vita). Inoltre vengono riferite allo specialista difficoltà alimentari transitorie, comuni durante l'infanzia specialmente in momenti critici dello sviluppo, che non costituiscono necessariamente un disturbo. Per esempio tra i sette e i nove mesi (epoca dello svezzamento e della comparsa dell'angoscia dell'estraneo) o tra il secondo e terzo anno di vita (nel passaggio verso l'alimentazione autonoma), possono presentarsi comportamenti di rifiuto del cibo inquadrabili dentro un processo maturativo durante il quale le capacità biologiche, cognitive e affettive del bambino si riorganizzano a un livello di sviluppo più complesso. Tale sviluppo richiede una regolazione interattiva tra adulto e bambino che consenta di giungere ad un nuovo reciproco adattamento, rispettoso del maggiore senso di autonomia del piccolo (Trombini E., 2005). A tale proposito sarà specificato più avanti come l'atteggiamento del genitore (più o meno capace di gestire le ansie legate al processo di separazione e di incoraggiare le esperienze di autonomia del bambino) diventi fondamentale nella formazione, spesso reattiva, di un disagio espresso dal bambino tramite una "protesta psicosomatica" in campo alimentare (Trombini G., 1994, Trombini E., 2002a).

Da questo quadro emerge pertanto quanto siano importanti gli studi condotti sul destino dei disturbi alimentari della prima infanzia, soprattutto su popolazioni cliniche quali i nati prematuri.

Le indagini hanno evidenziato, infatti, come i disturbi alimentari presentino una continuità temporale ed una tendenza a persistere, rappresentando fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi evolutivi della crescita, di problemi comportamentali e disturbi della personalità (Freud A., 1965; Bruch, 1973; Chatoor, 1996; Keller, Stevens, 1996).

La prevenzione e la diagnosi precoce di tali disturbi si rende perciò necessaria e viene sostenuta anche dai più recenti studi longitudinali che

evidenziano una stabilità del disturbo nel tempo, soprattutto quando il problema alimentare riguarda il rifiuto del cibo da parte del bambino (Lindberg et al., 1991; Dahl, Sundelin, 1992; Hagekull et al., 1997). In specifico lo studio di Marchi e Cohen (1990) su 800 soggetti, seguiti longitudinalmente per dieci anni, conferma la continuità clinica dei disturbi alimentari dalla prima infanzia, alla fanciullezza fino all'adolescenza: lo scarso appetito e il rifiuto selettivo del cibo (espresso tuttavia mai in maniera vistosamente protestatoria) sono predittivi di un disturbo anoressico adolescenziale, mentre le irregolarità del comportamento alimentare e anche la pica rappresentano fattori di rischio per la bulimia nervosa in adolescenza.

In generale la recente letteratura sui disturbi alimentari nell'adolescenza (per una rassegna approfondita si veda: Lombardo, Caiani, Vannucci, 1999) sottolinea l'esistenza di un *continuum* che va dal comportamento alimentare sano fino ai disturbi del comportamento alimentare attraverso una vasta gamma di "comportamenti alimentari disturbati" (cioè l'adozione di abitudini e stili di vita variamente disfunzionali). La necessità di ipotizzare tale continuum si basa da un lato sui risultati degli studi epidemiologici e dall'altro sulle indagini circa l'influenza di fattori come per esempio "l'impulso alla magrezza" (ovvero la combinazione di fattori psicologici, come l'insoddisfazione per il corpo, e comportamentali, come la tendenza a sottoporsi frequentemente a regimi alimentari restrittivi) o le abitudini e gli stili di vita. In specifico i fattori di rischio vengono classificati in due grandi categorie: 1) fattori personali (che includono fattori biologici, psicologici e comportamentali) e 2) fattori ambientali (influenze socioculturali e relazionali).

Per concludere, è bene ricordare che gli studi epidemiologici indicano come le sindromi parziali o subcliniche siano molto diffuse (riguardano circa il 50% della popolazione di adolescenti) e in massima parte rimangono tali anche a distanza di anni. In un'elevata percentuale di casi le sindromi parziali evolvono verso forme cliniche e solo in minima parte ritornano ad essere classificabili come "comportamenti alimentari normali".

Inquadramento clinico-diagnostico dei disturbi alimentari precoci

Data l'incidenza e la varietà sintomatologica dei disturbi alimentari in età evolutiva, gli effetti nocivi sulla vita familiare e l'associazione con successivi disturbi comportamentali e di personalità, diviene sempre più importante possedere classificazioni diagnostiche che fungano da punti di riferimento e che consentano di osservare e riconoscere sia i disagi transitori che le forme subcliniche, prima che si concludano in veri e propri quadri psicopatologici.

Attualmente, sebbene nelle varie categorie e nei criteri diagnostici (DSM-IV, ICD-10, Classificazione diagnostica: 0-3) esistano ancora delle incoerenze, emerge chiaramente come la valutazione clinico-diagnostica dei disturbi alimentari nell'infanzia debba prendere in considerazione sia le caratteristiche del bambino, che quelle delle figure di attaccamento, unitamente alle loro dinamiche relazionali all'interno dello specifico contesto di vita e lungo il continuum dello sviluppo (Benoit, 1996; Lucarelli, 2001).

Anna Freud (1946) fu la prima a proporre una classificazione teorica sulla psicopatologia dei disturbi alimentari nell'infanzia suddividendoli in: 1) disturbi organici dell'alimentazione che possono diventare la base per disturbi non organici; 2) disturbi del processo pulsionale (intendendo come pulsione orale una spinta tra la sfera biologica e quella psicologica), legati a una discrepanza tra il programma alimentare imposto dal genitore e il desiderio del bambino; 3) disturbi dell'alimentazione legati a emozioni conflittuali nei confronti della madre, trasferite sul cibo che la simboleggia. L'autrice rimarcava l'intima connessione tra piacere della nutrizione, piacere orale e radici della relazione con la madre ed evidenziava come l'atto dell'alimentazione elicitasse la competenza comunicativa sia della madre che del bambino con il coinvolgimento di intense emozioni di amore, ma anche di aggressività.

In seguito la Bruch (1973) evidenzierà, dall'analisi delle sue pazienti anoressiche, che una relazione disfunzionale precoce con la madre si presentava, successivamente in epoca adolescenziale, nella sfera alimentare. In specifico nella coppia madre/bambina la mancanza di un'appropriata condivisione degli affetti, su cui i bambini costruiscono le proprie esperienze di efficacia ed auto-consapevolezza, determina che la piccola cre-

sca piena di confusione ogni qualvolta tenti di distinguere i suoi bisogni fisiologici (aver fame o essere sazia) dalle esperienze emotive e interpersonali. Così in epoca adolescenziale, momento evolutivo di profondi cambiamenti sia fisici che psichici, che chiama in causa il senso di autonomia e di padronanza di sé per raggiungere una adeguata indipendenza emotiva dalle figure genitoriali, si riattivano i conflitti psichici dell'infanzia che la bambina allora non è riuscita ad esprimere e affrontare, pena l'angoscia della perdita d'amore dei genitori. La ragazza anoressica (che è stata una "brava" bambina, corrispondente agli ideali genitoriali) esprime ora, attraverso un corpo in trasformazione che "viene affamato" (e quindi negato) un disagio psichico-relazionale formatosi molto tempo prima e che rimanda a un senso di vuoto interiore, a un'immagine distorta di sé, a un senso paralizzante di inefficacia (Bruno, Trombini, 1994).

Con la Teoria dell'attaccamento, proposta da Bowlby (1969, 1973, 1980), verrà ridimensionato il ruolo delle pulsioni orali e l'attenzione verrà sempre più spostata sulla relazione primaria bambino/caregiver come risposta psicobiologica alla ricerca di protezione e sicurezza. Il comportamento alimentare è quindi considerato parte integrante del comportamento di attaccamento per cui quando il bambino ha fame, al pari di altre situazione (sonno, freddo), attiva il comportamento di attaccamento che ha lo scopo primario di ottenere la vicinanza della madre per poter ristabilire con lei un equilibrio affettivo.

Negli ultimi decenni si afferma perciò un modello psicodinamico ed evolutivo in cui vengono valorizzate le interazioni precoci bambino/caregiver. Lo studio di tali interazioni si arricchisce sempre più in quanto vengono messi a punto da molti autori dell'Infant Research (Stern, 1987, 1998; Lichtenberg, 1988; Trevarthen, 1990; Sameroff, Emde, 1991) metodi osservativi che consentono di studiare il comportamento del bambino piccolo in modo dettagliato e microanalitico. Stern (1987) pone al centro dello sviluppo psichico durante l'infanzia la costruzione dei sensi del Sé e dell'Altro, resi possibili grazie alla capacità del caregiver di "sintonizzazione affettiva" con gli stati d'animo del bambino, riconoscendogli cioè precocemente una mente e una individualità. In tale ottica la nutrizione costituisce un'attività vitale per lo sviluppo di questo processo, luogo di incontro privilegiato per l'emergere e il progredire di una adeguata relazione adulto/bambino.

In questa cornice di riferimento i recenti modelli teorico-clinici dello sviluppo, che presuppongono una comprensione multifattoriale e multidisciplinare delle cause all'origine delle difficoltà alimentari precoci, includono gli aspetti maturativi bio-psico-sociali del bambino e i pattern di sviluppo della relazione bambino-caregiver (Lucarelli, 2001).

Tale prospettiva mette in luce come nelle sequenze di sviluppo dei pattern alimentari della prima infanzia, le caratteristiche individuali (sia del bambino che dell'adulto) e gli scambi interattivi regolari, coerenti e prevedibili tra i due membri della coppia costituiscono un sistema diadico di regolazione dei ritmi biologici del bambino, alla base del quale la comprensione dei segnali emotivi (rispetto alla natura degli eventi e al loro contesto) e la condivisione degli affetti sono il presupposto per comunicare bisogni, intenzioni e soddisfazioni (Beebe, Stern, 1998).

Sulla base di questi nuovi paradigmi sono state proposte alcune classificazioni clinico-evolutive che possono integrare i sistemi diagnostici del DSM-IV, dell'ICD-10 e della classificazione diagnostica 0-3, in quanto specificano con maggiore accuratezza alcuni sottogruppi diagnostici, emergenti dall'osservazione clinica delle dinamiche relazionali nei disturbi precoci dell'alimentazione (Kreisler, 1985; Woolston, 1991; Chatoor, 1996).

Da questi modelli emerge l'interdipendenza tra temperamento del bambino e personalità dell'adulto all'origine di pattern interattivi disfunzionali (Trombini E., 2005). In particolare il periodo del passaggio all'alimentazione autonoma (dai nove ai diciotto mesi) richiede alla coppia adulto/bambino un nuovo reciproco adattamento per affrontare i compiti evolutivi legati al processo di separazione/individuazione. Le indagini cliniche rilevano che le madri dei bambini che presentano un persistente rifiuto alimentare hanno elevate aspettative rispetto al loro ruolo materno, si sentono insicure e tendono a imporre una educazione rigida e ipercontrollante, misurando la loro competenza sulla base di come e quanto mangia il loro bambino. Il bambino avrà l'esperienza di associare il momento alimentare e l'interazione con la madre a stati emozionali negativi e diventerà per lui difficile regolare il bisogno di cibo a partire dalle sensazioni fisiologiche di fame/sazietà e distinguere queste ultime dalle esperienze emotive di frustrazione, rabbia o desiderio di richiamare l'attenzione dell'adulto.

Riassumendo, gli studi sui disturbi alimentari in età evolutiva sottolineano l'importanza di valutare le caratteristiche individuali del bambino e le sue relazioni all'interno della famiglia, che possono essere all'origine di una difficile corrispondenza tra gli stili autoregolativi e di comportamento del bambino e le aspettative degli adulti, che risentono a loro volta delle esperienze passate con le proprie figure di accudimento.

Gli approcci clinici si focalizzano quindi con attenzione sulla qualità della relazione bambino/adulto e sono orientati all'identificazione precoce e all'intervento sulle relazioni disfunzionali con le figure primarie di accudimento per prevenire l'insorgenza di disturbi individuali successivi (che possono avere esordio anche solo in età adolescenziale o prima età adulta), causati dalle difficoltà di regolazione affettiva e dai fallimenti interattivi durante l'infanzia.

Questo inquadramento sottolinea la necessità che il clinico si soffermi non solamente sulla fenomenologia descrittiva dei vari disturbi alimentari in età evolutiva, ma soprattutto sul significato di disagio relazionale sottostante il sintomo, per comprendere cosa significhi, per esempio, rifiutare il cibo per "quel" bambino e "quella" madre in uno specifico momento evolutivo.

Interazioni precoci, alimentazione e prematurità

Dagli studi sopra citati di Infant Research si evidenzia come il bambino è capace, già da appena nato, di richiamare con tutto il suo corpo e la sua gestualità (intensità del pianto, della suzione, dello sguardo) l'attenzione della madre, sollecitando in lei le reazioni più adeguate. La madre risponde alternando attività in grado di stimolarlo o tranquillizzarlo (per esempio sorridendogli, chiamandolo, facendolo giocare oppure allattandolo e cullandolo dolcemente). La madre, così facendo, favorisce le graduali esperienze necessarie allo sviluppo del suo piccolo. Tra madre e bambino si instaura pertanto una comunicazione emotiva simile a una "danza" in cui, a turno, i due partecipanti ritmano la sincronia e l'affiatamento. Il bambino si offre con il suo corredo biologico/temperamentale (per esempio il suo essere più o meno reattivo, tranquillizzabile, tollerante agli stimoli ambientali); la madre partecipa con le proprie

capacità modulate sia su aspetti consapevoli (che per esempio intervengono prevalentemente nei momenti delle cure materiali), sia su quelli inconsapevoli (che derivano da fantasie provenienti dal suo mondo interno relative al proprio bambino e al suo “essere insieme” a lui). È attraverso la comunicazione dei loro corpi, che si cercano, si toccano, si muovono, che madre e figlio si scambiano intense emozioni: la danza è cioè sorretta da una particolare “risonanza affettiva” con cui la madre “dice” quanto il suo bambino è amato, desiderato, accolto e su cui si modelleranno le capacità di pensiero del bambino.

Nel corso delle esperienze interattive quotidiane il ritmo condiviso tra adulto e bambino può tuttavia essere perso da entrambi, determinando un fallimento dell’interazione a cui fanno seguito tentativi (da parte di entrambi i membri della coppia) di riparare e recuperare il ritmo interattivo perduto. In tal modo le esperienze ripetute di interazioni riuscite e di riparazioni efficaci creano nella coppia un sistema feed-back di aspettative e la fiducia di poter riuscire a fronteggiare i momenti di crisi, ritrovando la condivisione affettiva (Stern, 1987, 1998).

La capacità di sintonizzazione affettiva, all’interno di una relazione diadica “sufficientemente buona”, permette così al bambino di organizzare le esperienze corporee integrandole con quelle affettive, fino all’acquisizione di un adeguato equilibrio psicosomatico. In tal senso la sintonizzazione affettiva, intesa come “capacità di sentirsi compreso e aiutato”, costituisce la base per l’instaurarsi del legame mentale tra bambino e genitori e per un andamento sano dello sviluppo psichico (Trombini E., 2002b).

Sia la madre che il figlio sono, perciò, predisposti a svolgere un ruolo attivo all’interno di una relazione complessa che regola e organizza, sin dalla nascita, il processo di crescita. Questo sistema di regolazione, che ha un’origine biologica ereditaria, con lo sviluppo delle capacità simboliche e linguistiche del bambino si sposterà gradualmente da un piano fisiologico e comportamentale a un piano psicologico.

Ad esempio, gli studi condotti sulle sequenze di allattamento (Schaffer, 1998) mettono in luce come le pause di suzione del bambino non hanno solo la funzione di regolare i ritmi biologici della nutrizione, ma sono al servizio dello scambio sociale. L’alternanza dei turni (turn taking) che caratterizza le interazioni precoci e che si manifesta nel corso

dell'alimentazione, assume pertanto un'importanza particolare. Infatti, durante l'allattamento, attività complessa organizzata secondo un andamento temporale attività-pausa, le madri tendono a interagire con i loro bambini in precisa sincronia con tale pattern: durante la poppata sono generalmente tranquille e inattive, mentre durante le pause del bambino gli parlano e lo accarezzano. La stimolazione prolungata da parte della madre riduce la probabilità di ripresa della suzione, mentre una stimolazione più breve tende a fare riprendere l'attività al bambino. Questi turni di attività-pausa suggeriscono l'esistenza di un certo grado di simmetria tra il comportamento dei due membri della diade e rappresentano la prima forma di "dialogo" tra adulto e bambino.

Bisogna, inoltre, ricordare che i comportamenti alimentari si allineano con lo sviluppo delle capacità sensomotorie del bambino, sviluppo basato sulla maturazione neurologica e sulle esperienze di apprendimento, sociali e affettive (Sheppard, Mysak, 1984; Stevenson, Allaire 1991; Ramsay, Gisell, 1996). Inoltre l'alimentazione è un processo fisiologico che dipende dallo stimolo dell'appetito, per dare inizio all'ingestione del cibo, e dall'integrità dei sistemi cardiorespiratorio e gastrointestinale. I bambini, pertanto, mostrano evidenti differenze individuali sin dalla nascita nei cicli di fame-sazietà (Lindberg, Bohlin, Hagekull, 1991; Tolia, 1995) e la durata del pasto può essere prolungata in neonati che presentano una difettosa coordinazione dei pattern di sviluppo funzionali della suzione, deglutizione e respirazione. A tale proposito un'accurata osservazione dei pattern alimentari del bambino assume particolare importanza nella valutazione clinica di ogni singola situazione (Ramsay, Gisel, Boutry, 1993; Ramsay, 1999) che deve comunque contestualizzare l'alimentazione come aspetto fondamentale del processo di cura ed accudimento del bambino. In questo contesto l'alimentazione riveste una particolare importanza per i genitori sia come fonte di gratificazione e rassicurazione sia di intensa preoccupazione qualora emergano disturbi in tale ambito, facilitando in essi comportamenti inadeguati che complicano le difficoltà alimentari del bambino.

È stato sottolineato come nei primi anni di vita l'alimentazione assume un ruolo centrale nella relazione madre-bambino. Ciò è ancora più vero quando un bambino nasce pre-termine ed il suo peso e la sua crescita sono strettamente connessi alla sua sopravvivenza. Per i genitori

l'aumento di peso e il mangiare bene del figlio prematuro restano, anche dopo le dimissioni dal reparto di terapia intensiva, l'indice della sua salute e il modo privilegiato per fugare le persistenti angosce di morte correlate al trauma della nascita prematura (Negri, 1994; Latmiral, Lombardo, 2000; Magrini, 2002; Trombini E., 2002c).

Le indagini cliniche evidenziano come l'alimentazione risulta problematica per la maggioranza dei bambini nati prematuri (Fava Vizzello, Zorzi, Bottos, 1992), costituendo un'area conflittuale nel rapporto bambino-genitori. Rigurgiti, vomito, inappetenza sono presenti fin dalla nascita determinando spesso sindromi da scarso accrescimento.

Già dai primi mesi di vita di vita l'alimentazione del neonato pretermine è completamente diversa da quella del neonato a termine, in cui l'allattamento avviene a diretto contatto con la madre. In tal modo il neonato a termine, oltre a soddisfare la fame, può fare una complessa serie di esperienze sensoriali, toccando, osservando e odorando il corpo materno. Il neonato impara che può succhiare il capezzolo, può tenerlo in bocca per giocare, può sputarlo e cercarlo di nuovo in modo attivo. Nel momento in cui è preso in braccio e viene amorevolmente allattato, mette dentro al suo corpo non solo il nutrimento fisico ma anche le sensazioni di benessere legate al sentimento di amore che la madre ha per lui (Trombini E., 2000). Ciò favorisce lo sviluppo di un Sé allo stesso tempo psichico e somatico, cioè di un "senso di esistenza nel proprio corpo", che diviene la base per processi psicologici quali il pensiero, i sogni, i simboli. È ciò che Winnicott (1975) chiama il processo di "integrazione psicosomatica". Tale processo necessita di un ambiente adeguato e di una madre capace di adattarsi ai bisogni del figlio mentre, se ciò non accade, l'esperienza corporea non risulterà sufficientemente integrata nel Sé favorendo l'instaurarsi di disturbi psicosomatici in cui la sofferenza è l'espressione di una particolare "scissione mente-corpo" (Trombini, Baldoni, 1999). È in questo aspetto che si può rintracciare l'elemento comune dei vari disturbi alimentari in età evolutiva.

Nel neonato prematuro, a differenza del neonato a termine, l'alimentazione inizialmente si caratterizza come evento passivo. La nutrizione avviene per via parenterale e tramite *gavage*; la fame svanisce ancora prima che il neonato l'abbia provata e senza che egli abbia messo in atto il comportamento attivo della ricerca del seno e della suzione. La nu-

trizione è scandita dalla routine medica e scollegata da una dinamica relazionale con l'adulto. Il pretermine non fa esperienza di un seno morbido ma di oggetti rigidi (tubi nel naso o nella bocca) che non possono essere allontanati e non si modificano in relazione al suo comportamento (Latmiral, Lombardo, 2000). Solo successivamente, uscito dalla fase critica della Terapia Intensiva, potrà essere allattato tramite biberon dalla madre che, a sua volta, ha trascorso i momenti iniziali in uno stato di dolore mentale legato alla nascita pretermine. È bene a questo punto riprendere le problematiche salienti inerenti il trauma della nascita prematura.

Accanto alla reale preoccupazione per l'oggettiva incolumità fisica del neonato sta la sofferenza per un processo maturativo che si è interrotto troppo bruscamente e troppo precocemente. Il parto prematuro colloca il bambino, nella mente della madre, come qualcosa che è stato "espulso" o "strappato" (soprattutto nei parti prematuri con taglio cesareo), bloccando l'instaurarsi del lavoro mentale materno volto a recuperare lo spazio lasciato dal parto per ricostruire una unità non più di tipo biologico ma psicologico (il cordone ombelicale psichico, Mahler et al, 1978). A tale proposito la letteratura sulla nascita prematura è particolarmente ricca ed esauriente e bene sottolinea la complessità delle problematiche legate a questo evento (Fava Vizziello et al, 1992; Negri, 1994; Giovanelli, 1997; Latmiral, Lombardo, 2000).

I profondi sentimenti di perdita di una parte di sé (tale è il bambino nella mente materna, il "bambino della notte", come sottolinea Vegetti Finzi, 1990) e perciò anche della propria integrità corporea (Argese, Lombardi, 1982), investono la madre, elicitando intensi vissuti di "confusione" che sfociano in sentimenti di inadeguatezza e colpa, conseguenti alla fantasia di avere "provocato" la nascita prematura. Frustrazione, sgomento, impotenza coesistono con il timore della morte del bambino. I genitori si "difendono" con sentimenti compensatori di eccessiva preoccupazione e iperprotettività, oppure all'opposto, con modalità di distacco emotivo dal figlio, concentrando tutte le attenzioni sulle cure materiali.

Inoltre le caratteristiche del piccolo prematuro non lo fanno assomigliare per nulla al bambino immaginato e desiderato durante la gravidanza: le sue caratteristiche "estetiche" (Meltzer, Harris Williams, 1988) provocano un senso di estraneità nei genitori che spesso percepiscono

quel “brutto neonato” come un “figlio delle macchine” e dello staff del Reparto che lo sta mantenendo in vita (Fava Vizziello et al, 1992)

La scarsa attività visiva del nato prematuro, schema fondamentale nella comunicazione con l’adulto, l’assenza di una mimica riconosciuta come “umana” (il piccolo viene spesso paragonato a una quaglia, un coniglio senza peli ...), la povertà del pianto spontaneo, la comparsa di contrazioni muscolari, la presenza di cateteri ed elettrodi sul suo corpo non solo non favoriscono il rapporto fisico ed emozionale con l’adulto, ma addirittura determinano reazioni complesse e rifiuto di contatto. Le emozioni ambivalenti dell’adulto e la responsività scarsa e contraddittoria del neonato ostacolano l’avvio di una adeguata relazione madre/bambino, indipendentemente dalla struttura psicopatologica della madre e della coppia genitoriale. Gli autori sottolineano infatti la presenza di un “asincronismo” in cui i ritmi e i turni del bambino non vengono rispettati (Lezine, 1981). Spesso la madre tende a iperstimolare, nel tentativo che il figlio recuperi lo “svantaggio” psicomotorio dovuto alla nascita, ma anche per neutralizzare ansia e sensi di colpa, proponendosi “attivamente”, dopo avere subito “passivamente” il parto prematuro. S’instaurano dei circoli viziosi che rendono la relazione spesso frustrante, in cui si incistano fantasmi ed emozioni scarsamente elaborati e che connotano il bambino come “diverso” dagli altri (ma soprattutto da ciò che avrebbe dovuto essere!, vedi “sindrome dell’ex prematuro”, Berges et al., 1969).

È in questo contesto relazionale ricco di esperienze dolorose che madre e neonato prematuri si trovano ad affrontare il delicato compito di riscoprirsi per avviare un percorso evolutivo.

Ma nelle madri, che percepiscono il figlio espulso dal ventre come una perdita di una parte fondamentale di sé, diventa fortissimo il bisogno, prevalentemente inconsapevole, di “re-infettare” il figlio, per ridare a lui (ed a loro stesse) gli ultimi mesi (mancati) di gravidanza (Trombini E., 2002c). A tale riguardo le madri, se non sono adeguatamente aiutate ad elaborare i sentimenti di perdita e di senso di colpa, spesso intraprendono un laborioso viaggio relazionale volto non a una graduale separazione e crescita emotiva del bambino, ma impostato sul tentativo inconscio di mantenere il figlio piccolo, non autonomo, vicino a sé, per negare la sofferenza legata al trauma della perdita prematura, di cui i sintomi del bambino danno testimonianza (Trombini E., 1998).

Quindi, nell'ambito delle tappe di sviluppo verso una alimentazione sempre più autonoma, le problematiche che si rintracciano nella diade madre-bambino prematuro rimandano a una non facile sintonizzazione affettiva sostenuta dalle angosce dipendenti dal trauma. Così le frequenti difficoltà di svezzamento, spesso delegato dalla madre ad altre figure o posticipato (come nel caso clinico che sarà presentato) riattivano delle angosce collegate alla prima separazione traumatica della nascita pretermine, mentre la mancanza di piacere, la sospettosità verso cibi nuovi, talora il disgusto presenti in molti prematuri rievocano le esperienze passate in cui l'assunzione del cibo era vissuta come qualcosa di meccanico, imprevedibile ed al di fuori della relazione con l'adulto accudente.

L'alimentazione si trasforma perciò in un campo di battaglia in cui vengono attivate manovre il cui scopo è quello di "fare mangiare" il bambino, distraendolo, forzandolo, rincorrendolo con il cibo sulla forchetta mentre è impegnato in altre attività. Queste modalità intrusive e controllanti possono celare le paure relative alle proprie competenze genitoriali e tendono a sostenere i comportamenti disfunzionali in campo alimentare, veri e propri "bracci di ferro" tra bambino e adulto che, come si vedrà più avanti, coinvolgono la motivazione a fare da solo del piccolo in campo alimentare e riguardano il senso di Sé (Trombini E., 2002a).

La prevenzione

È stato sottolineato come la costruzione continua dello sviluppo preveda una progressione di compiti evolutivi che la coppia madre-bambino deve risolvere in modo congiunto e reciproco, per raggiungere l'adattamento. Il momento del pasto costituisce, quindi, un'occasione privilegiata per osservare le modalità relazionali e la capacità di sintonizzazione affettiva dei due partner (Trombini E., 2005).

Pertanto nell'ambito della complessità delle problematiche inerenti gli scambi relazionali durante le fasi dell'alimentazione, e delle conseguenti implicazioni per lo sviluppo del bambino, è bene riprendere alcuni passaggi fondamentali del processo alimentare, per il raggiungimento o no, da parte del piccolo, di un comportamento autonomo e adeguato in campo alimentare.

Già Anna Freud (1946, 1965) rimarcava che il bambino, assieme alla madre, deve percorrere un lungo cammino: prima di riuscire a regolare la propria alimentazione, dalla fase dell'allattamento a quella dello svezzamento, egli deve passare dal "nutrirsi succhiando" al "nutrirsi masticando", per poi giungere al "nutrirsi da sé", fino al partecipare alla mensa dei familiari.

Questa cornice di riferimento consente perciò di meglio comprendere le varie sfaccettature sintomatologiche che connotano i disturbi alimentari dei bambini nati prematuri durante le tappe di sviluppo e di attivare adeguate modalità preventive.

È il pediatra il fondamentale punto di riferimento per la coppia madre/bambino, in grado di assumere il ruolo di contenitore primario delle ansie materne circa lo sviluppo globale del piccolo. Egli perciò si colloca in una condizione privilegiata per osservare, accogliere e sostenere gli eventuali momenti di difficoltà che la coppia madre/bambino prematuro si trova ad affrontare durante il percorso di sviluppo. Sarà proprio l'attenta e partecipe osservazione delle interazioni madre/bambino, oltre alla conoscenza teorica e alla pratica clinica, che consentiranno al pediatra di porsi in un atteggiamento di ascolto per meglio relazionarsi al bambino e al genitore e poter promuovere interventi di effettivo sostegno.

Così per i disturbi alimentari in età evolutiva (ma più in generale per tutti i disagi concernenti i soggetti in fase di sviluppo), l'osservazione diretta di sequenze interattive bambino/adulto possono aiutare il pediatra a comprendere lo stile relazionale dei membri della diade e il significato sotteso ai comportamenti disturbati, intervenendo con suggerimenti mirati non solo a modificare il comportamento genitoriale, ma soprattutto a riattivare una sintonizzazione affettiva tra adulto e bambino. Tale atteggiamento gli consentirà inoltre di comprendere quando un comportamento alimentare disfunzionale può rientrare in un disturbo di tipo reattivo alle modalità interattive dell'adulto; disturbo reattivo che spesso può essere sbloccato dal pediatra stesso attraverso il contenimento delle ansie genitoriali, sottostanti al comportamento dell'adulto, e tramite consigli educativi orientati a modalità di alimentazione più adeguate alle esigenze del bambino.

Il pediatra inoltre, attraverso l'osservazione, potrà valutare le manifestazioni patologiche che implicano una ben più severa patologia rela-

zionale e che necessitano di un intervento specifico dello psicologo clinico o del neuropsichiatra infantile.

È stato evidenziato che durante l'allattamento il bambino mette dentro di sé non solo il nutrimento fisico ma anche le sensazioni di benessere legate al sentimento di amore che la madre ha per lui. Tali sensazioni provengano non solo dall'incontro dei corpi (per esempio dall'essere tenuto amorevolmente in braccio), ma anche dall'intreccio di sguardi. Infatti il potersi guardare negli occhi consente sia alla madre che al bambino di mantenere viva l'interazione con l'altro, monitorando meglio i suoi bisogni e i suoi desideri.

Per questi motivi è importante che il pediatra aiuti la madre ad assumere, durante l'allattamento, una postura comoda che permetta a lei e al bambino di mantenere un incrocio di sguardi. Infatti tale postura è assunta naturalmente nell'allattamento al seno, mentre non è automatica nell'allattamento al biberon. Il pediatra potrà perciò aiutare la madre, non solo suggerendole la postura adeguata, ma anche comunicandole come sia importante per il suo bambino guardare in viso la sua mamma, facendo in tal modo esperienza di del buon nutrimento unitamente alla persona amorevole che glielo fornisce. Questo passaggio diviene, infatti, fondamentale dopo il periodo trascorso dalla diade in terapia intensiva, in cui le condizioni cliniche del neonato poco hanno consentito l'attuarsi ripetuto di tale modalità di stare insieme.

Successivamente, verso il quarto/quinto mese, l'allattamento materno o artificiale viene integrato da cibi di consistenza più solida, somministrati con il cucchiaino. Le poppate sono gradualmente sostituite e questo processo si completa normalmente verso la metà del secondo semestre. Il cambiamento nel genere di cibo comporta una trasformazione radicale nel modo di ottenerlo. Infatti, mentre la poppata è caratterizzata dalla disponibilità continua del latte, il cui flusso viene regolato dal lattante, la nutrizione con il cucchiaino si compie invece in modo discontinuo attraverso piccole e ripetute quantità somministrate dall'adulto. Il raggiungimento del cibo è fuori dal controllo diretto del bambino e la discontinuità del suo arrivo alla bocca implica una attività reciproca con la madre che fornisce compiti nuovi. Il piccolo deve così abituarsi alla discontinuità attendendo l'alimento che ora vede avvicinarsi sul cucchiaino, il cui contenuto deve imparare a vuotare tenendo le labbra unite per

scolmarlo e non più succhiando come prima. Il cibo deve pertanto essere somministrato secondo un ritmo adatto alle nuove esigenze del piccolo. In caso contrario è possibile osservare vivaci reazioni del bambino che si oppone al cambiamento vissuto come privazione e minaccia. La pratica clinica evidenzia che si possono presentare rigurgiti e difficoltà nell'introduzione di cibi di consistenza e sapori differenti da quello abituale, al quale il bambino dimostra di rimanere tenacemente attaccato.

Il pediatra può agevolare questo passaggio facendo notare alla madre la fatica, ma soprattutto l'impegno del piccolo per la conquista di questo nuovo modo di alimentarsi, sostenendo la madre a rispettare i ritmi e i tempi del bambino. Aiutandola a tollerare la frustrazione per uno svezzamento, che non necessariamente deve riuscire "in un giorno solo" e limitando i tentativi della madre di "aggirare l'ostacolo", cercando di distrarre il bambino con giochi vari, mentre lei tenta di imboccarlo "quando lui si distrae". È bene che il pediatra sottolinei che tale attività richiede un impegno congiunto e costante di madre e bambino verso una meta comune, che è il piacere di un'alimentazione maggiormente adeguata alle nuove tappe di sviluppo.

Solitamente all'inizio del nono mese il bambino scopre e accetta cibi nuovi. Egli si è già abituato agli alimenti solidi ed è in grado di mangiarne di gusto diverso, purché somministrati con accortezza. Comunque sia, al principio di questa fase il cibo è ancora strettamente articolato con la figura materna: "la madre non offre più il suo seno ma mantiene una effettiva presenza imboccando il bambino" (A. Freud, 1946).

Nei mesi seguenti si possono osservare i tentativi di afferrare il cibo con le mani; il bambino è interessato al pasto e vuole parteciparvi. È facile notare infatti un bimbo di un anno che rimesta maldestramente nel piatto con il suo cucchiaino cercando di portare qualcosa alla bocca mentre l'adulto gli dà da mangiare. Solitamente egli acquisisce la capacità di mangiare con il cucchiaino attorno l'anno e mezzo e, verso i due anni, rifiuta di frequente l'aiuto specialmente per i cibi preferiti, mentre per i piatti poco amati di solito mangia soltanto se viene imboccato. Il bambino si sente pertanto stimolato a stabilire un contatto attivo e personale con il cibo, che si traduce nei tentativi di afferrarlo durante i pasti.

In questa fase egli vuole nutrirsi da solo: fra lui e il cibo si estende una relazione dinamica. La madre deve favorire questi tentativi di auto-

nomia lasciando che nella atmosfera da lei creata si sviluppi un rapporto diretto con l'alimento.

Nel bambino il voler far da solo, il piacere di essere causa, si accompagna ad evidenti manifestazioni di una intensa coscienza di Sé, in riferimento al successo di queste nuove prestazioni. Il sentimento di sicurezza, costruitosi inizialmente sulla pienezza delle prove di tenerezza della madre, può attraversare una crisi se il comportamento materno ostacola l'attività spontanea durante il pasto, tentando di imporre un suo preciso punto di vista sulle modalità di introduzione e sulla qualità e quantità dell'alimento. Il bambino allora può reagire rifiutando il cibo come protesta alla violazione del proprio spazio di autonomia (Trombini G., 1994; Trombini E., 2002a).

Una condotta materna nel campo alimentare che non tenga conto in questo periodo della reale necessità del bambino di stabilire un contatto diretto con il cibo o che non tolleri le sue manifestazioni maldestre e che imponga una alimentazione fissata secondo rigidi moduli personali, determina un'innaturale focalizzazione sulla madre, le cui qualità espressive si colorano d'una tinta autoritaria. Il sentimento di libertà disturbata nel bambino induce, per reazione, uno stato affettivo che lo spinge a sottrarsi a queste costrizioni. Il cibo non è più visto come l'entità con cui realizzare spontaneamente una relazione dinamica e la sua assunzione, anziché essere desiderata, è vissuta come la meta finale dei propositi materni ai quali bisogna sfuggire per salvaguardare la propria libertà. Queste dinamiche trovano espressione in comportamenti di protesta, quali chiudere la bocca, sputare, farsi inseguire per tutta la casa dall'adulto con il cucchiaino, e costituiscono un vero e proprio "braccio di ferro" per la riconquista della propria autonomia.

Il pediatra, spiegando alla madre le nuove esigenze del bambino di volere fare da solo, può aiutarla suggerendole di porre sempre davanti a lui un piatto con piccole quantità di cibo, con cui il piccolo può prendere contatto diretto, anche se la madre lo aiuta imboccandolo da un altro piatto. Può, inoltre, sostenerla nelle sue esigenze di "non avere la cucina invasa da pezzi di cibo", proponendole di porre della carta di giornale sotto il seggiolone, che potrà comodamente buttare via a pasto terminato. Infine consigliandole di mantenere un atteggiamento congruente durante tutti i pasti del bambino fino ad acquisizioni raggiunte, non privan-

dolo cioè della possibilità di prendere contatto diretto con il cibo, in riferimento ai gradi di stanchezza o di stress della madre. Meglio piuttosto che in quei momenti particolari sia un'altro adulto (padre, nonni) ad alimentare il bambino.

Nel secondo anno di vita il bambino comincia ad avere il senso dell'ordine per gli oggetti e gli eventi familiari, cui partecipa attivamente: egli sa dove stanno le cose ed è in grado di rimetterle al loro posto. Si aspetta anche che gli altri membri della famiglia adempiano regolarmente e coscienziosamente i loro doveri, quali egli li conosce, ed in particolare anche verso di lui (Trombini G., 1969). Verso i due anni e mezzo questa partecipazione agli eventi familiari cresce: il piccolo pretende che tutte le regole siano rispettate e che quanto viene fatto sia svolto secondo le consuetudini e dalle persone abituali. Quando egli siede a tavola con i familiari, il cibo si presenta accanto a quello degli altri, ha un posto preciso nell'insieme ordinato e deve mantenerlo al fine di non modificare la propria fisionomia. Il bambino ora non è più il protagonista in quanto fa parte dei commensali; il suo ruolo si è modificato: insieme agli altri deve attendere la sua porzione e con loro deve spartire il cibo. Compaiono in questo periodo alcuni rituali, che solitamente cessano verso la fine del terzo anno: tutti devono essere seduti al loro posto, cucchiaino e tovagliolo non devono essere scambiati. Se la madre prepara i pasti secondo i propri gusti e non considerando quelli del figlio oppure se compaiono irregolarità nello svolgimento, alterazione nella disposizione abituale o squilibrio delle porzioni (troppo grandi o troppo piccole) possono insorgere delle contrarietà. In tali condizioni il bambino può rifiutarsi di stare a tavola e di mangiare. L'adulto che insiste invece perché il piccolo si adatti, si configura come una figura che si inserisce arbitrariamente nel rapporto diretto tra il bambino e il cibo, mettendo in crisi il suo sentimento di libertà. Per ricostruire tale sentimento il piccolo può mantenere il rifiuto di alimentarsi quale mezzo di lotta contro l'adulto. Emerge così che, l'abnorme centramento sull'adulto (Trombini G., 1969) che si verifica in tali condizioni di invadenza, viene dal bambino stesso secondariamente mantenuto, attraverso il comportamento di protesta che esprime il tentativo di liberarsi dalle coercizioni per riportarsi all'autonomia iniziale.

Il pediatra è bene che chiarisca ai genitori il significato delle acquisi-

zioni di questo periodo evolutivo, incentivando il porre a tavola con loro il proprio bambino e rispettandone le nuove esigenze (quanti piccoli vengono lasciati per comodità sul seggiolone in disparte rispetto alla mensa dei familiari, anche ben oltre il fisiologico momento evolutivo!). Aiuti inoltre i familiari a comprendere che certe richieste del piccolo (tutti seduti al loro posto, con porzioni uguali) non sono “capricci” che vanno repressi, ma costituiscono tappe fondamentali per il raggiungimento di un comportamento autonomo e adeguato in campo alimentare che procede parallelamente allo sviluppo del Senso del Sé e degli Altri.

Il trattamento

Nell'ambito dell'intervento ad orientamento psicoanalitico, che fonda la mia attività clinica presso il Servizio di Psicologia Clinica Infantile del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna, presenterò l'utilizzo della Giocoterapia Focale (GF) nel contesto allargato bambino-genitori, per il trattamento dei disturbi alimentari in età prescolare.

La pratica clinica e le ricerche con bambini in età prescolare con disturbi del comportamento alimentare ed evacuatorio hanno evidenziato che, quando l'ambiente familiare impone coercitivamente il proprio sistema di riferimento in rapporto all'alimentazione ed all'evacuazione, ne consegue la comparsa e il mantenimento di comportamenti di protesta psicosomatica (Baldaro, Trombini, 1989; Baldaro, Trombini G., Trombini E., 1994; Baldaro, 2002; Trombini E, 2002a). Il bambino viene frustrato in quella che è un'esigenza fondamentale: la motivazione a fare da solo, che compare già nel secondo anno di vita (Kemmler, 1957; Trombini, 1970; Arfelli Galli, 1995). Egli vuole essere indipendente, specialmente per quelle attività che sono al confine della sua capacità di prestazione, per cui la coscienza di libertà si colloca al centro della coscienza di sé (Metzger, 1959).

L'estrinsecarsi della motivazione a fare da solo appare collegata alle dinamiche relazionali all'interno del contesto familiare. In riferimento alla teoria dei sistemi motivazionali di Lichtenberg (1995), essa fa parte del sistema motivazionale esplorativo-assertivo, mentre si collega al sistema aversivo allorché il bambino è costretto a segnalare che non vi è

corrispondenza tra il suo bisogno e la condotta di chi lo accudisce. Quando il bambino può considerarsi effettivamente un membro del nucleo familiare, godendo della stessa stima degli altri e mantenendo una continua reciproca comunicazione, sarà facilitata una armonica vita in comune nella quale lo svolgimento di una condotta sostenuta dalla motivazione a fare da solo può essere in accordo sia con il sentimento di “essere un Io”, ma anche con quello di far parte di un “Noi”. In questo caso la motivazione a fare da solo si coniuga al bisogno di far parte e di essere bene inserito nell’armonia della vita familiare. Viceversa, l’impossibilità di inserirsi senza attriti nella realtà dell’ordine della vita familiare, a causa di interventi coercitivi dell’adulto, può provocare nel bambino un senso di distacco doloroso dal suo ambiente. Si possono, perciò, scatenare comportamenti oppositori o di protesta psicosomatica, volti a segnalare l’inadeguatezza di chi lo accudisce e a riconquistare l’autonomia perduta. Tuttavia il comportamento di protesta, pur esprimendo l’esigenza di compiere un atto indipendente, testimonia la dipendenza dall’adulto che si impone con le sue regole. Si mantiene così un centramento abnorme dell’adulto e il bambino non riesce a raggiungere l’autonomia desiderata.

In questo contesto la Giocoterapia Focale, orientata dalla teoria della Gestalt, è stata ideata come tecnica psicoterapeutica per la cura dei comportamenti di protesta psicosomatica in campo alimentare ed evacuatorio in età prescolare (Trombini, 1969, 1970).

Nelle linee essenziali l’approccio terapeutico consiste nella proposta, da parte del terapeuta, di una sequenza temporale di cui è protagonista un pupazzo infantile di plastilina che, guidato dal terapeuta, svolge le funzioni fisiologiche fondamentali esplicate nell’infanzia (alimentazione, evacuazione, sonno). Sappiamo che queste funzioni rivestono grande interesse per i bambini in età prescolare. Lo psicoterapeuta presta la propria voce al pupazzo, facendolo parlare e agire nel senso della richiesta e della introduzione di alimenti che vengono preparati con la plastilina e di cui il pupazzo mostra di apprezzarne il sapore. Viene poi manifestato il desiderio di urinare e defecare nel vasino o nel water (anche questi costruiti al momento con la plastilina), seguito da esclamazioni di sollievo e di benessere. Il terapeuta si muove in un sistema di riferimento che mostra le naturali qualità fenomeniche degli alimenti e dei conte-

nutri corporali, rispettivamente come “qualcosa di piacevole da mettere dentro di sé” e come “qualcosa da eliminare”. Il terapeuta cerca di ripristinare la “valenza” degli alimenti e dei contenuti corporali, proponendo un contatto diretto con questi attraverso la scelta dei cibi, la loro preparazione, la decisione di mangiarli, la necessità di evacuare e il desiderio di farlo nel luogo adatto per la convivenza familiare. Ne precisa il significato integrando l'alimentazione e l'evacuazione come parti di un processo unitario. In tal modo i contenuti alimentari ed evacuativi si configurano chiaramente nel loro aspetto naturale. Il centramento avviene sulle qualità fenomeniche di tali stimoli, per cui il bambino, spinto dalla motivazione a fare da solo, si sente attratto a stabilire con loro un contatto diretto e indipendente. Può interiorizzare, pertanto, il rapporto con questi così come è stato rappresentato dal terapeuta. In tal modo viene offerto al bambino un sistema di riferimento diverso da quello vissuto in famiglia quando gli adulti si intromettono nei suoi processi di autoregolazione, quali quelli relativi al mangiare e al controllo degli sfinteri. L'adulto dovrebbe fare proposte lasciando al bambino la libertà di adesione. Altrimenti nel campo alimentare il cibo può essere vissuto come “qualcosa da rifiutare” e, se nel caso, vomitare, mentre nel campo evacuatorio i contenuti corporei potranno configurarsi come “qualcosa da regalare o da trattenere”, in risposta alle richieste impositive dell'adulto.

Successivamente il terapeuta si ritira gradualmente nello sfondo, consentendo al bambino di esteriorizzare e proiettare nel gioco i propri contenuti psichici, intervenendo, quando opportuno, con interpretazioni espresse in modo semplice e riferite soltanto a quanto si svolge negli eventi stessi del gioco, o con suggerimenti su possibili soluzioni alternative alle vicende messe in scena.

Punti focali di questa tecnica sono il mettere in risalto le caratteristiche dell'autonomia nel rapporto con il cibo e con le funzioni evacuative; permettere al bambino di affrontare, tramite la mediazione dell'identificazione con il pupazzo di plastilina, le ripetute ed incerte esperienze del prendere e del dare, superando l'ansia della perdita dei prodotti corporei; permettere l'espressione delle tendenze aggressive, senza che ciò provochi il timore di alterare la relazione con l'adulto. Vengono, perciò, favorite le condizioni di spontaneità, collaborazione e sostegno. La situazione terapeutica pertanto può divenire luogo di libertà creativa in cui

si auspica che possano scaturire soluzioni nuove e inaspettate.

L'ostacolo al fare da solo, ad esempio attraverso insistenze sul mangiare o con imposizioni sgradite da parte dell'adulto, determina purtroppo un abnorme centramento su di lui. Tuttavia il bambino attraverso il rifiuto di alimentarsi e di evacuare, pur esprimendo un tentativo di liberarsi della persona di riferimento, non riesce a ristabilire un normale rapporto con i contenuti alimentari e corporali e a raggiungere l'autonomia desiderata. La GF permette di ristabilire il centramento naturale su tali contenuti e consente alla motivazione a fare da solo di esprimersi direttamente. Essa, peraltro, offre al bambino anche la possibilità di esteriorizzare e sviluppare aspetti inerenti alla sua situazione personale e in particolare di tipo aggressivo: essi in tal modo diventano temi di gioco, trovando una graduale risoluzione non conflittuale.

Tale risoluzione si giova, naturalmente, di un adeguato assetto interiore del terapeuta conseguente all'acquisita competenza psicodinamica, in relazione sia alla comprensione della natura dei conflitti intrapsichici ed interpersonali, sia alla capacità di sviluppare storie insieme al bambino (Ferro, 1992; Vallino, 1998; Ferro, Borgogno, 2000).

Infine, quando si stabilizza nel bambino un'attiva partecipazione associata all'iniziativa spontanea di svolgere per intero la sequenza alimentazione-evacuazione, si osserva la scomparsa dei comportamenti di protesta psicosomatica. È un segnale del ridimensionamento del narcisismo infantile a favore dell'intensificarsi del sentimento del Noi e delle relazioni sociali pregnanti.

L'adozione di tale tecnica nella pratica clinica ha fatto emergere la possibilità per il bambino di rintracciare anche nel rapporto familiare quelle caratteristiche che ha già percepito nella relazione con il terapeuta. Ciò gli consente di sentirsi in contatto con i propri genitori (obiettivo fondamentale di ogni psicoterapia), riuscendo a percepire in loro atteggiamenti adeguati già preesistenti al trattamento, ma purtroppo passati inosservati, oppure comparsi in loro solo durante lo svolgimento della terapia.

In tal modo il bambino può sentirsi effettivamente inserito nel piccolo gruppo familiare. Un sano sviluppo psichico richiede appunto che il bambino possa considerarsi effettivamente un membro della propria famiglia. A tal fine è indispensabile che sia mantenuta una continua reci-

proca comunicazione, che il piccolo goda dalla stessa stima degli altri e che svolga determinate funzioni legate a un ruolo da tutti riconosciuto e accettato. Tutto questo consentirà una armonica vita in comune, criterio col quale deve essere definito dal punto di vista psicologico il concetto di socializzazione: se il bambino è bene inserito, allora sviluppa senza alcuna costrizione e senza sanzione alcuna l'impulso proprio più o meno forte ad inserirsi in questo ordine possibilmente senza attriti.

Già da alcuni anni ho personalmente inserito la GF nel contesto allargato bambino e genitori.

Infatti, la storia della psicoterapia infantile ci insegna che i genitori, per molto tempo, sono stati lasciati fuori dallo studio del terapeuta. È stata una strategia difensiva sia per realizzare presto un'intimità con il bambino sia per evitare un intenso coinvolgimento emotivo con i tormentati sentimenti dei familiari. La GF nacque in quel periodo. Ma quante volte si è dovuto constatare che diventava naturale ed a volte necessario accogliere, nelle sedute iniziali, l'adulto (in genere la madre), insieme al piccolo paziente.

La visione della psicoterapia infantile oggi è mutata. Giustamente si ritiene indispensabile vedere, seppure con diverse modalità, il piccolo insieme ai familiari.

Di conseguenza è nato il progetto di svolgere la GF in un campo allargato per avvalersi della competenza dei genitori, non più esclusi, ma anzi valorizzati, secondo la modalità proposta da Dina Vallino nella Consultazione Partecipata (2002a,b). È una integrazione potenzialmente favorevole al processo terapeutico in cui al bambino viene offerta l'occasione di avvicinarsi ai familiari, impegnati a risolvere i suoi problemi.

La struttura degli incontri è costituita dall'alternanza di sedute di gioco con bambino e genitori e incontri solo con la coppia genitoriale. Essenziale del setting è la richiesta ai genitori di concentrare l'attenzione sul comportamento ed il gioco del loro bambino, al fine di discuterne "successivamente" con il terapeuta in modo da non disturbare il piccolo.

Va, comunque, precisato che la GF, in tale contesto allargato, rimane una psicoterapia solamente del bambino e non è una terapia familiare od una terapia dei genitori. Diventa, piuttosto, un'occasione unica per il bambino di "parlare" di sé presenti i genitori e per i genitori di parlare con lui (Vallino, 2002a,b). Ne consegue che per i genitori, in maggior

contatto con il bambino, è un sollievo scoprire come aiutarlo, rivalutando in tal modo le proprie competenze genitoriali.

Ciò dà al bambino l'opportunità di affrontare i suoi problemi proprio con il gruppo familiare che è primariamente la fonte di benessere o di sofferenza. Si costituirà in tal modo un contesto in cui il bambino, mentre fa esperienza delle proprie competenze in quanto individuo autonomo capace di convivenza sociale, può scoprire la possibilità di farsi capire nei suoi problemi e può vedere aprirsi nuove modalità di intesa. Il contesto allargato consente inoltre ai genitori di comprendere, nel partecipare al gioco, gli aspetti psicologici sottesi alla condotta alimentare ed evacuativa, favorendo, con interventi adeguati, l'emergere dell'armonia familiare.

Nella mia pratica clinica con bambini e genitori prematuri questo tipo di intervento si è rivelato particolarmente proficuo nei casi di protesta psicosomatica in campo alimentare, poiché ha permesso di riattivare quelle competenze genitoriali bloccate dal trauma della nascita prematura favorendo la risintonizzazione affettiva tra adulto ed esigenze di autonomia del piccolo.

A tale proposito porterò un'esperienza clinica, sulla quale ho già riflettuto precedentemente (Trombini E., Trombini G. 2006), che mi consente ora di mostrare le relazioni tra dinamiche inerenti la prematurità ed i disturbi alimentari precoci.

Un caso clinico

Primo incontro: con i genitori²

I genitori di Marzia (Mz) si rivolgono alla terapeuta (T) per i problemi alimentari della figlia di due anni e tre mesi: Mz da sempre mangia poco, tendenzialmente le stesse cose, è diffidente verso sapori nuovi e ultimamente vomita durante il pasto.

I genitori sono giovani, entrambi impiegati, Mz è la loro unica figlia nata prematura a 35 settimane di gr. 1600.

² Nel resoconto delle varie sedute la terapeuta (T) parlerà in prima persona.

Durante la prima parte del colloquio i genitori forniscono spontaneamente, integrandosi a vicenda, diverse notizie anamnestiche concentrandosi comunque in modo particolarmente minuzioso sul momento e le modalità del pasto della loro bimba. Mz per i primi 6 giorni di vita è stata alimentata per via parenterale causa la prematurità e nei primi mesi l'allattamento al seno è stato molto difficoltoso. Lo svezzamento è riuscito solo a 10 mesi. Dall'età di 1 anno Mz frequenta il nido in cui sta fino a dopo pranzo. Al pomeriggio sta con i nonni fino al rientro dei genitori, intorno alle ore 18. I pasti al nido si svolgono in modo adeguato ed il vomito compare solo a casa. Il padre (P) dice: "è solo a casa con noi che non mangia, non è curiosa verso il cibo". La madre (M) aggiunge che a volte la strozzerebbe, perché Mz mangia e poi non ne vuole più: "Con un po' di insistenza mangia ancora, ma poi chiude la bocca, a volte sputa ma, spesso, finisce per vomitare".

Chiedo di descrivermi la bimba. Riferiscono che Mz ha un peso nella norma, è vitale, sta bene. Quando torna dall'asilo prende un biberon da ml 300, poi un altro per merenda e poi ancora prima di addormentarsi, perché spesso a cena non vuole mangiare.

P: "La pedagoga dell'asilo ci ha detto che Mz attraverso il cibo esprime dei problemi con noi, mentre la pediatra ha detto che il suo vomito dipende dal catarro che le si accumula nelle vie respiratorie per cui, andando a dormire con il biberon e poi tossendo, vomita".

M si dice molto allarmata da quando ha visto Mz giocare recentemente con un bambolotto che fa giocare e poi vomitare nel bidoncino della spazzatura. Ultimamente Mz chiede a M perché gli altri bimbi non vomitano dopo aver mangiato. Una recente visita pediatrica ha escluso delle cause organiche per il vomito e conseguenze per la crescita.

T chiede se si sono fatti un'idea delle possibili cause del vomito. M: "Ormai è un'abitudine, a volte addirittura si sforza per farselo venire". P: "Non sono d'accordo, a Mz non piace vomitare, non lo fa apposta, è per via del catarro".

I genitori mi chiedono consigli su come comportarsi: devono arrabbiarsi con Mz oppure tranquillizzarla? A volte, causa l'alimentazione, si trovano tra loro in disaccordo e finiscono per litigare "e poi la bambina di questo ne risente". Per ora non rispondo alle loro richieste e faccio notare che alimentarsi con grandi quantità di latte è come avere a che fare

con un bimbo molto piccolo. M conferma: “tutto è molto impegnativo. Anche uscire è un problema. Non posso andare al ristorante perché Mz vuole solo latte e pappine. Mangia solo per sopravvivere, lei vuole solo giocare, è diffidente, anche con le persone”.

Esploro rapidamente le altre aree dello sviluppo riservandomi di soffermarmi sull'area del gioco che i genitori hanno introdotto. Mz non ha problemi di sonno e dorme nel suo lettino, ha detto le prime parole verso l'anno e ora, dice P “ti racconta le cose”; “se ne ha voglia”, aggiunge M. Porta ancora il pannolone: i genitori hanno proposto il riduttore del WC, ma lei non è ancora interessata e loro non hanno insistito. L'inserimento al nido è andato bene anche se i primi tempi ha pianto un po'; “era la più piccola” e per i primi mesi non mangiava, ma ora va meglio, ci sta volentieri e gioca con i compagni.

Chiedo che giochi ama fare. M: “Tegamini, bambolotti, ama farsi leggere i libri. Quando noi rientriamo corre come una matta per casa, si deve scaricare, noi la lasciamo fare. Mz fa giochi molto ripetitivi, in cui coinvolge tutta la famiglia. Ha i suoi riti: il bambolotto va a fare la spesa, poi mangia, poi si va dal parrucchiere, non vuole che io faccia diversamente. Quando rientriamo alla sera siamo tutti per lei, anche se ho delle cose da fare non riesco a dirle di no, forse è un po' viziata, è l'unica nipote, ed anche noi siamo figli unici”.

M aggiunge: “non vorrei che diventasse anoressica per questo rapporto conflittuale con il cibo e per la nostra insistenza”. P: “Mz ha le idee chiare; a una sua zia che le aveva offerto la pizza ha risposto: tu mangia la tua che a me penso io. Quando dice no è no”.

Al termine della seduta, riprendendo gli elementi emersi, propongo che si può riflettere sull'adottare un atteggiamento tollerante, di proporre il cibo, senza insistere, di tenere Mz a tavola con loro, nella mensa familiare, in un momento di condivisione di un evento importante. Si può anche pensare che i vari biberon sazino talmente la bambina che le si impedisce di provare fame al momento della cena. Possono aiutarla ad avere un'alimentazione più adeguata alla sua età concordando con la bambina merende a lei altrettanto gradite e ridurre le quantità di latte nel biberon. M concorda, anche in vista dell'ingresso alla scuola materna il prossimo anno.

Riflettiamo anche sulle modalità e sui tipi di gioco che Mz fa con i

suoi genitori. M dice che Mz fa sempre le stesse cose, fa pezzi piccoli di plastilina e li attacca dappertutto. T: “A volte si fa fatica a capire il senso del gioco della bimba, ci si annoia e ci si sente poco coinvolti. Può essere d’aiuto avere dei momenti in cui non si gioca tutti assieme, ma in cui ciascun genitore fa un gioco con Mz, dall’inizio alla fine per divertirsi insieme e così comprendere meglio ciò che accade”. P: “Quindi dobbiamo farci guidare dalla bimba”. M: “non vuole proprio farsi guidare da noi!” Dico che in questo periodo possiamo tenere a mente quanto ci siamo detti, in particolare sulle modalità di alimentazione e i momenti di gioco e fissiamo un appuntamento anche con la bambina.

L’atmosfera emotiva di tutto l’incontro è abbastanza rilassata: i genitori mi paiono un poco dei bimbi che hanno bisogno di qualche consiglio pratico su come procedere, confermando l’idoneità ad essere genitori. Mi paiono, tutto sommato, adeguati: la M, seppure un poco più rigida, ma anche autocritica, è meno “superficiale” del marito.

Dalla narrazione spontanea dei genitori emergono alcune scene, in cui si possono cogliere sia le qualità globali dell’evento osservato sia i ruoli che i personaggi giocano nella sequenza d’azione.

La prima scena presenta Mz come una bambina attiva e scatenata (“corre come una matta...noi siamo tutti per lei”), piccola tiranna che asservisce i genitori ai suoi desideri, tentando di realizzare il proprio sentimento di libertà nell’area di gioco.

La seconda scena si svolge a tavola: Mz “Mangia un po’ poi non ne vuole più” e fa nascere disaccordo e litigi nei genitori sulle strategie da adottare e sul significato del vomito. Mz sembra incapace di assumere il ruolo di “commensale” (dice M che “Il suo è un mangiare per sopravvivere”, non un mangiare da commensale come lei desidererebbe anche per potere portare la figlia al ristorante). I genitori, in ansia per la salute della bambina, che già li aveva preoccupati per l’essere nata prematura, tentano di costringerla a mangiare. Mz viene frustrata nella conquista della propria autonomia in campo alimentare.

La terza scena è quella dell’assunzione del terzo biberon prima di andare a letto. È una condotta regressiva che viene proposta dai genitori per negare, verosimilmente, la propria sofferenza legata al trauma della perdita prematura. Contemporaneamente tale condotta può essere accettata da Mz perché influenzata dall’ansia di perdere l’affetto genitoriale.

La terapeuta fa notare che a livello alimentare Mz è trattata come “un lattante”. In questo modo fa risaltare il contrasto tra *lattante* e *commensale* e suggerisce una diversa forma d'alimentazione che i genitori nel “Ruolo di bambini desiderosi di consigli” sembrano accettare volentieri.

Secondo incontro: con Mz e i genitori

Incontro Mz seduta nell'atrio con M. È una bimba magrolina, con l'aria vispa, espressiva. Esclamo: “Ma qui c'è una bimba! Come ti chiami? (Mz dice il suo nome). Sai che abbiamo una stanza piena di giochi, vuoi venire a vederla con mamma e papà?”. Mz mi guarda attenta, si mantiene vicino a M che resta in silenzio sorridendo, poi senza esitazione si avvia con me su per le scale, seguita dai genitori. Salendo non vuole aiuto, anche se i genitori la assistono da dietro. Appena entrati, i genitori mi dicono che le cose vanno molto meglio. Mz prende i giochi disposti sul tavolo e li guarda interessata: non mi sembra diffidente. Mz prende la plastilina e nota è dura. T: “Se vuoi te la ammorbido per giocare. Mz accetta e modella un serpentello. M partecipa invitandola a fargli gli occhi. P: “A Mz piace fare la pizza, è vero? Che cosa ti piace fare?”, insistendo finché Mz risponde “La pizza”. Mentre Mz è interessata a manipolare la plastilina, le chiedo “Facciamo un pupazzo?” (pensando alla sequenza della GF). Mz accetta entusiasta e gli dà nome “Pippo”. P: “Pippo ha le piume, perché è il nome di un pupazzo che abbiamo a casa” e prosegue facendo un'analogia con un cigno dei giardini che non bisogna toccare perché becca. Mz allora si allontana verso la casina di legno, prende in mano i personaggi e dice: “Sono tutti bimbi”. Ne fa poi salire e scendere uno dalla scala, canticchiando. Penso che il desiderio d'essere autonoma nel fare le scale viene ora rappresentato nel gioco e commento “Com'è bravo a fare le scale!”.

Durante questa sequenza di gioco P interroga Mz su come si chiama, dove abita, cosa deve dire se si perde. La bimba risponde con un linguaggio accelerato, un poco stereotipato e vezzoso. I personaggi sono a letto e P propone di far loro un massaggio alla pancia. Mz “no, perché devono andare a letto presto”; P: “Però tu te li fai fare i massaggio!”. Mz si mette allora sotto il tavolo, sdraiata; M la esorta ad uscire, ma lei non si muove, dice che è a letto. T aspetta un po' e poi, prendendo il pupazzo di plastilina, chiede: “Posso venire a fare la nanna con te?” Mz si

apre in un sorriso: “Mamma vedi che il bimbo è venuto a fare la nanna con me!”. Mz esce da sotto il tavolo accompagnata dal pupazzo Pippo e torniamo a giocare sul tavolo. Propongo la sequenza della GF (alimentazione-evacuazione). Prepariamo le polpette da dare da mangiare a Pippo che, quando ha la pancia piena, va a fare la cacca. Mz partecipa attivamente, dapprima osservando poi collaborando e proponendo la sequenza di gioco. Mz propone che Pippo, dopo aver evacuato, vada a dormire. Chiede poi di costruire un amico per Pippo: Pippino. Continua la sequenza dell'alimentazione, M si offre di costruire piatti e forchette che Mz accetta molto volentieri. Il P si alza, va a vedere la casetta e poi torna a sedere, non riesce a partecipare, mentre M è coinvolta. Giocando, il piatto di Pippino cade a terra, Mz mi osserva, io lo raccolgo e lo porgo a Pippino, ma Mz dice che Pippino non vuole mangiare perché è arrabbiato. T: “Pippino non vuole le polpette perché sono diventate cattive essendo cadute; ha ragione ad essere arrabbiato”. Mz: “Vuole la sua papina, anzi vuole fare la cacca”. T: “Ma nella sua pancia non c'è nulla, come fa a fare la cacca?”. Mz: “Ma adesso non è più arrabbiato, vuole mangiare e poi fare la cacca”. M allora prepara un nuovo piatto per Pippino e si completa la sequenza alimentazione-evacuazione fino all'andare a letto. P intanto guarda attorno distratto. Mz si osserva le mani, verdi e sporche di plastilina. T: “Anche le mie sono verdi, perché abbiamo giocato”. M allora mostra anche le sue, verdi, sorridendo. Mz si rivolge allora a P, che ha le mani bianche, e con le proprie sporca quelle di P che sorride. Poi vuole che tutti assieme andiamo in bagno a lavarcele. Prima di congedarci P mi avverte che dopo il nostro primo incontro Mz non ha più vomitato: “Avrei voluto parlare di questo, non so quale miracolo è capitato”. Dico che la prossima volta ne potremo parlare con calma e che forse il nostro primo incontro li ha aiutati. P: “Ma Mz non sa che ci siamo incontrati!” Dico che i bimbi colgono quando il clima familiare è diverso, più disteso.

L'incontro è globalmente caratterizzato dal giocare assieme-divertirsi insieme.

La madre si coinvolge ed entra nello spirito del gioco, assecondando quanto succede di volta in volta.

Il padre fa una serie di interventi fuori tema, distraenti (fare la pizza, analogie con il cigno, come ti chiami, massaggi), finché si autoesclude.

È straordinaria la trovata finale di Mz di sporcare prima le mani del padre e poi di invitare tutti a lavarsi, come mezzo per fare gruppo.

Il ruolo della terapeuta è stato quello di stabilire da subito una buona alleanza con Mz (già facendo le scale), poi di presentare sequenze di gioco (GF) con “carattere invitante” che stanno in stretto rapporto con i desideri della bimba e ha inoltre favorito la partecipazione dei genitori.

Da notare che, nel contesto della seduta, Mz ha svolto per intero la sequenza alimentazione-evacuazione della GF, cogliendo e quindi accettando le regole che sono alla base dei processi fisiologici relativi all'alimentazione e all'evacuazione (non si può evacuare se prima non si ha mangiato).

Terzo incontro: con i genitori

Oggi P conferma che Mz ha smesso di vomitare, dando il merito al fatto che loro sono più tranquilli, hanno seguito i consigli di non proporre in continuazione biberon di latte, tollerando, penso, che la bimba non venga riempita completamente come una neonata prematura, ma le venga concesso di provare fame per i pasti principali. Mi pare che i genitori, seguendo i consigli pratici, si siano posti quali “bravi bambini” nei miei confronti. È invece opportuno aiutarli ad ampliare le loro buone capacità di osservazione di genitori, per esempio nell'area del gioco fatto insieme. Esprimo perciò contentezza nel sapere quanto le cose a casa vadano meglio circa il cibo e dico loro che ora può essere importante soffermarsi non solo su ciò che avviene a casa, ma anche su ciò che è avvenuto la seduta scorsa, giocando insieme. M nota una certa familiarità con giochi fatti a casa da Mz: i tegamini, la pappa, la plastilina che a lei piace particolarmente, dice (contenta) che Mz qui si è divertita molto e che l'ha vista particolarmente disinvolta: “Stranamente, perché di solito Mz la prima volta non fa così”. P: “Lei dottoressa ha fatto dei giochi particolari (si riferisce alla GF), che hanno coinvolto molto Mz; si capisce che lei è esperta e sa come giocare con i bambini (con tono ammirato). A mia moglie e a Mz piace molto giocare con la plastilina, io invece con Mz faccio i giochi sul lettone oppure la porto fuori”. T: “I giochi con la plastilina fatti con Mz riguardano il tema del cibo, perché questo è il problema che Mz presentava. Perciò sono giochi per lei graditi e importanti. Voi siete stati attenti nel seguirla e nel proporvi nel gioco, seppure con

modalità diverse”. Continuo dicendo che forse ciò che P sottolinea è quanto certe volte possa essere difficile giocare non comprendendo il gioco (plastilina, tegamini), oppure perché si gioca tutti insieme contemporaneamente e si fatica ad assumere un ruolo preciso all’interno del gruppo. Mi riferisco a quanto da loro già accennato nel primo incontro e ribadito oggi: quando i genitori tornano a casa alla sera giocano tutti assieme con Mz, spesso anche con i nonni, e la bimba propone giochi “svolazzando” da uno all’altra e dettando le regole e la sequenza del gioco (“ora fai così!”). Dico che in tali situazioni ci si sente un poco degli esecutori e si perde di vista la sequenza e il piacere del gioco, anche perché di fatto è come se nessuno venisse mai pienamente coinvolto nel proprio ruolo. I genitori mi seguono e concludiamo l’incontro parlando di quanto sia importante per Mz, ma anche per ciascuno di loro, avere alcuni momenti “esclusivi” di gioco, oltre a quelli di gruppo. Momenti in cui si possa osservare ciò che Mz propone e si possa intervenire personalmente con ciò che si pensa e ciò che si preferisce per portare avanti il gioco a due, sentendosi coinvolti come coppia, e predisponendo la possibilità di divertirsi assieme.

In questa seduta c’è un prologo all’insegna della soddisfazione e gratitudine dei genitori. Segue poi l’intervento della terapeuta per riportare l’attenzione sul tema del gioco svoltosi la volta precedente. Qui i ruoli dei due genitori si differenziano. Quello della madre è più centrato sulle caratteristiche del gioco; quello del padre sulla persona della terapeuta.

L’intervento della terapeuta, pur riconoscendo lo sforzo di entrambi, sottolinea la diversità dovuta alla differente capacità di “comprendere” il tipo di gioco ed anche alla difficoltà di trovare il proprio ruolo in un gioco di squadra. Di qui la proposta anche di giochi a due.

Quarto incontro: con Mz e i genitori

Appena Mz mi vede si nasconde dietro M e P la deve prendere in braccio per entrare: “Oggi fa la vergognosa: sa che Mz ha una cosa da dirle!” M fa la vezzosa ma non parla. P: “Lo dici che arriva un fratellino?”. Sorrido e mi complimento e dico che, se Mz non ne vuole parlare, va bene così. Mz allora si avvia subito a prendere i pupazzi di plastilina dentro la sua scatola. Li distribuiamo sul tavolo, Mz li osserva, io invito i genitori a prendere parte al gioco, ritirandomi sullo sfondo. P: “M è

brava, è creativa, io faccio il solito serpentello”. Mz inizia una sequenza alimentazione-evacuazione analoga alle volte precedenti con M che prepara le stoviglie e con P più partecipe. Lascio che siano i genitori a giocare con Mz, cosa che avviene senza intoppi.

Durante la sequenza dell'alimentazione data al pupazzo, Mz si mette in bocca della plastilina dicendo “Sempre in bocca!” E M: “Ed io cosa ti dico?”, con aria di leggero rimprovero, anche se sorridendo. T: “Per un bimbo la plastilina in effetti non è molto buona, ma per il pupazzo sì”. Mz mette a dormire i pupazzi perché devono andare all'asilo. M fa loro la copertina, e poi dice che il giorno dopo possono andare a mangiare la pizza. Mz precisa “No gli spaghetti”. Il gioco riesce a continuare. P propone di rimboccare le coperte, di fare loro il massaggio al pancino come fanno loro a Mz. Mz: “Ecco che si sono svegliati”, mangiano e poi fa fare cacca e pipì (chiedendo il mio aiuto) sul water. Poi li rimette a letto. Continua la sua sequenza dando il biberon e anche da mangiare e chiede a M di fare i cucchiari. Giocano assieme. Poi i pupazzi escono fuori di casa e P si offre di fare per loro scarpine e cappellini. Mentre loro tre giocano in armonia, ogni tanto P fa dei riferimenti a Mz (facciamo ai pupazzi, come a te?). Ma Mz non risponde. Poi prende un pinguino e lo butta rumorosamente a terra. M: “oggi sei un po' distruttiva!”. T “Mz vuole fare rumore!”. Mz butta il pinguino addosso alla m. T “ma fai così quando sei arrabbiata? Eh sì, si fa rumore, si urla, si pestano i piedi. Mz mi guarda molto divertita. P si alza e va verso la casetta, seguito da Mz, che prende i personaggi e da M. Insieme apparecchiano e fanno mangiare la famiglia, poi Mz vuole metterli tutti a letto.

T, che ha già comunicato a Mz che oggi sarebbe stato il nostro ultimo incontro, aggiunge: “Ora che hai sistemato tutto così bene, vuoi portare a casa Pippo e Pippino?” M accetta. Poniamo i pupazzi di plastilina in una scatola da portare a casa per potere continuare a giocare con M e P.

In questa seduta si osserva che la terapeuta inizialmente si ritrae sullo sfondo lasciando i tre al gioco. Il padre appare “più in sintonia” anche se continua a fare interventi distraenti dal gioco, quasi a stabilire legami diretti a due tra sé e Mz. La madre fa interpretazioni un po' drastiche (forse gioca un po' a fare la psicologa). La terapeuta modera le interpretazioni attenendosi maggiormente alla descrizione di quanto avviene (fare rumore vs distruttività). Mz. dà l'impressione di essere più autonoma,

talvolta assume un atteggiamento di sfida (il pongo in bocca) e non vuole interventi della madre sul proprio corpo.

L'impressione complessiva è che i genitori sono più capaci di allearsi alle iniziative della loro bambina. Inoltre si conferma la percezione che nel campo alimentare si è ristabilito un centramento naturale sui contenuti alimentari e un contatto piacevole con loro in un'atmosfera di ritrovata armonia familiare.

Quinto incontro: con i genitori

È l'incontro di restituzione, posticipato dalla terapeuta per problemi personali. Nel frattempo ci sono state delle conversazioni telefoniche.

M ha comunicato di aspettare due gemelli: "All'inizio è stato panico, pensando anche alla gravidanza di Mz, poi l'ho presa bene. Dopo i nostri incontri Mz va bene col cibo, non ha più vomitato".

M e P arrivano con un cabaret di paste. M è molto bella, è al sesto mese. Dice "Sto bene anche perché sono a casa (ha appena fatto un mese di ferie al mare con Mz e i nonni). Chiedo come è andato il mese al mare con Mz. Risponde "Bene, solo che lei è scatenata (annuisce anche il P), è sempre stata in giro in cortile, con i bimbi più grandi, che giocavano a nascondino, lei correva ma chissà cosa capiva..., ma correva con loro. L'ultima settimana ero sfinita, per fortuna con me c'erano le nonne. Chiedo come ha appreso Mz la notizia dei due gemelli. P "Bene, quando le abbiamo detto che erano due ci ha guardato con sguardo intenso, si vedeva che stava ragionando. Ora dà i bacini alla pancia e anche qualche pacchetta". Dico che ciò è normale ed è bene: Mz può esprimere i suoi sentimenti contrastanti a due genitori che sente li sanno tollerare.

P: "Mz va bene anche con il cibo". La bimba continua a prendere ancora qualche biberon di latte che tuttavia non sostituisce più i pasti. M: "Da tre mesi vuole la cotoletta e al mare ha chiesto anche il gelato".

P "Abbiamo anche iniziato a togliere il pannolone, qualche volta sta asciutta e lo dice, altre fa un gocchino di pipì, poi lo dice". A questo punto sento che è bene puntualizzare alcuni aspetti sull'argomento: 1) la loro buona capacità relazionale con Mz sta nel proporre e non nell'imporre; 2) è possibile che durante l'iter evolutivo verso l'acquisizione del controllo sfinteriale ci sia un momento di pausa con la nascita dei fratelli. P: "regredisce?" T: "non si può dire regressione, ma una pausa di ri-

flessione, perché l'acquisizione è un processo lungo che va dal secondo al terzo anno di vita, con aspetti legati alle vicende personali”.

Parliamo dei due mesi che attendono il parto. I genitori parlano di come si prefigurano le cose casomai dovessero passare qualche giorno in Neonatologia. M: “conosco già l'ambiente e i medici”. T: “È un modo per prepararsi all'evento, così come fa Mz che dice che laverà i fratellini, come fa con i suoi bambolotti (cosa che i genitori mi hanno appena raccontato). È importante per voi e per Mz prepararsi pensando a come sarà l'arrivo dei fratellini e coinvolgere poi Mz nell'accudimento dei bimbi assieme a M (facendo lavare per esempio i piedini a Mz) e anche di accudire Mz assieme ai bimbi (durante l'allattamento dei neonati, dare il biberon anche a Mz tenendola vicina). Si può pensare anche a un gioco-dono che i bimbi portano per lei”.

I genitori esprimono gratitudine per questi consigli e commentano di quanto si siano sentiti accolti e supportati.

In seguito M mi telefonerà per annunciarmi la nascita dei gemelli: “È andato tutto bene, senza ricovero. Anche a casa va bene. Mz è contenta, qualche volta manifesta un poco di gelosia”.

Riflessioni conclusive

La GF offre un setting con regole: prima si mangia e poi si evacua. Fornisce un senso dell'ordine sia per quello che riguarda il funzionamento del corpo, sia per l'inserimento, in un'armonica convivenza familiare, delle condotte infantili autogestite e autoregolate.

La GF in un contesto allargato tiene conto delle esigenze del bambino, ma anche di quelle dei genitori che comprendono il bisogno di sentirsi rivalutati nelle proprie competenze genitoriali. I genitori possono cogliere i reali interessi del bambino espressi nel gioco, il suo modo anche non verbale di esprimerli, i suoi desideri, paure e rabbie. Il bambino prematuro che si rifiuta di mangiare non è più, nella visione dei genitori, soltanto un corpo-organismo che ha bisogno di nutrirsi, che rischia la propria salute. Il comportamento alimentare non è più registrato soltanto a livello concreto. Ora è possibile interpretarlo nel suo significato psichico. Pertanto il contesto favorisce il rispetto per il modo di giocare del

piccolo e la possibilità di giocare con lui senza assumere atteggiamenti intrusivi e direttivi. I genitori, incentivati a diventare anch'essi giocatori, hanno la possibilità di sperimentare la loro capacità di giocare e provare una piacevole partecipazione. Stando al gioco possono centrarsi su quanto si va svolgendo, utilizzando anche la propria fantasia. Essi possono così recuperare il proprio sé infantile giocoso e creativo accanto agli aspetti osservativi del sé adulto. Ciò naturalmente può avvenire quando i genitori possiedono già tali competenze personali. In tal modo il gioco può diventare il gioco di tutti e questo piacere nella condivisione può aiutare a vedere gli aspetti psicologici connessi alla funzione fisiologica del mangiare e dell'evacuare, senza limitarsi al solo problema benessere-malessere corporeo.

Infatti, va notato che, nella GF inserita in un contesto allargato, il bambino vede in atto nel loro farsi gli atteggiamenti costruttivi dei genitori che emergono durante la terapia. Analogamente i genitori osservano le trasformazioni del bambino in divenire e possono quindi rendersi conto che la trasformazione avvenuta è anche frutto della loro fattiva collaborazione, in cui ha svolto un ruolo fondamentale la comprensione delle esigenze del proprio figlio.

Il contesto allargato consente anche di osservare quando i genitori bloccano od ostacolano lo svolgimento del gioco con condotte e/o commenti intrusivi, alieni dalla narrazione in atto, espressione di problematiche personali.

La mia personale esperienza con altri casi clinici evidenzia che il breve ciclo di sedute (rivelatesi sufficienti nel caso esposto), oltre che svolgere una funzione terapeutica, assume una funzione valutativa circa una necessaria prosecuzione della psicoterapia. Infatti, può presentarsi l'eventualità che le condotte di protesta psicosomatica richiedano un maggior tempo di trattamento. In tal modo l'osservazione dell'interazione bambino-genitori e l'analisi delle modalità di condotta dei genitori possono dare indicazioni sull'opportunità di proseguire con la GF in contesto allargato o sulla necessità di impiegare modelli diversi di psicoterapia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano (1996).
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), *Practice and parameters for the psychiatric assessment of infant and toddlers (0-36 months)*, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 36, 215-365.
- Arfelli Galli A. (1995), *L'evoluzione del Sé. Problemi e metodi*, in AA. VV., "L'evoluzione del Sé. Teoria psicologica e prassi educativa", Cittadella Editrice, Assisi.
- Argese G., Lombardi F. (1982), *Problematiche psicologiche delle madri di bambini in incubatrice*, "Neuropsichiatria Infantile", 246, pp.51-56.
- Baldaro B. (2002), *Enuresi ed encopresi: segnali di crisi sulla strada dell'autonomia*, in E. Trombini (a cura di), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, QuattroVenti, Urbino.
- Baldaro B., Trombini G. (1989), *Disturbo del controllo degli sfinteri*, in M.W. Battacchi (a cura di), *Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva*, vol. 2, tomo 2, Piccin, Padova.
- Baldaro B., Trombini E., Trombini G. (1994), *I sintomi psicosomatici dell'evacuazione come segnali di crisi psicologica nell'infanzia*, in G. Trombini (a cura di), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.
- Baldaro B., Tassoni P., Camerini G., Fabbrici C., Cacciari E. (1986), *Atteggiamenti materni e obesità infantile: uno studio controllato*, "Età Evolutiva", 25, 28-32.
- Battacchi M.W., Giovanelli G. (1988), *Psicologia dello sviluppo*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Beebe B., Stern D.N. (1998), *Comportamenti di impegno-disimpegno e prime relazioni oggettuali*, in D.N. Stern, *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano.
- Benoit D. (1996), *Difficoltà di accrescimento e disturbi alimentari*, in C.H. Zeana, *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, Milano.
- Berges J., Lezine I., Harrison A., Boisselier F. (1969), *Le syndrome de l'ancien prématuré, recherche sur sa signification*, "Revue de Neuropsychiatrie Infantile", 17, 11, pp.719-777.
- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita*, Vol. 1, *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J. (1973), *Attaccamento e perdita*, Vol. 2, *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975.

- Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita*, Vol. 3, *La perdita della madre*. Boringhieri, Torino 1985.
- Bruch H. (1973), *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano 1993.
- Bruno W., Trombini G. (1994), *Anoressia e bulimia sintomi di crisi psicologica in adolescenza*, in G. Trombini (a cura di), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.
- Cerro N., Zeunert S., Simmer K.N., Daniels L.A. (2002), *Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions*, *J. Paediatr, Child Health*, 38, 1, 72-78.
- Chatoor I. (1996), *Feeding and other disorders of infancy or early childhood*, in A. Tasman, J Kay, L. Lieberman (a cura di), *Psychiatry*, Saunders, Philadelphia.
- Cnattingius S., Hultman C.M., Dahl M., Sparen P. (1999), *Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls*, "Arch. Gen. Psychiatry", 56, 7, 634-638.
- Dahl M., Sundelin C. (1992), *Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early food refusal*, "Acta Paediatrica", 81, 575-579.
- Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. (1992), *Figli delle macchine*, Masson, Milano.
- Ferro A. (1992). *La tecnica nella psicoanalisi infantile*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ferro A., Borgogno F. (a cura di) (2000), *La "storia" e il "luogo immaginario"*, Borla, Roma.
- Forcada-Guex M., Pierrehumbert B., Borghini A., Moessinger A., Muller-Nix C. (2006), *Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months*, "Pediatrics", 118, 1, 107-114.
- Freud A. (1946), *Lo studio psicoanalitico dei disturbi infantili dell'alimentazione*, in "Opere", vol. 2, Boringhieri, Torino (1979).
- Freud A. (1965), *Normalità e patologia in età infantile*, in "Opere", vol. 3, Boringhieri, Torino (1979).
- Giovanelli G. (1997), *Prenascere, nascere e rinascere*, Carocci, Roma.
- Hagekull B., Bohlin G., Rydell A. (1997), *Maternal sensitivity, infant temperament and the development of early feeding problems*, "Infant Mental Health Journal", 18, 92-106.
- Hawdon J.M., Beauregard N., Slattery J., Kennedy G. (2000), *Identification of neonates at risk of developing problems in infancy*, "Dev. Med. Child Neurol", 42, 4, 235-239.

- Keller C., Stevens K.R. (1996), *Childhood obesity: Measurement and risk assessment*, "Pediatric Nursing", 22, 494-499.
- Kemmler L. (1957), *Untersuchung uber den Fruhkindlichen Trotz*, "Psychologische Forschung", 25, pp. 279-338.
- Kreisler L. (1985), *Conduites alimentaires déviantes du bébé*, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (a cura di), "Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", PYF, Quadrige.
- Latmiral S., Lombardo C. (2000), *Pensieri prematuri*. Borla, Roma.
- Lezine I. (1981), *La futura sorte dell'ex prematuro*, in E. Kestenberg (a cura di), *Il bambino prematuro. I rischi dello sviluppo*, La Nuova Italia, Firenze.
- Lichtenberg J.D. (1988), *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*, Astrolabio, Roma
- Lichtenberg J.D. (1995), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B. (1991), *Early feeding problem in a normal population*, "International Journal of Eating Disorders", 10, 395-405.
- Lombardo C., Caiani S., Vannucci M. (1999), *Fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari*, "Psicologia della Salute", 3-4, 81-111.
- Lucarelli L. (2001), *Disturbi dell'alimentazione*, in M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*, Cortina, Milano.
- Magrini M. (2002), *La questione del trauma nella relazione genitoriale e professionale con il neonato prematuro*, in E. Trombini (a cura di), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, Quattroventi, Urbino.
- Mahler M., Pine F., Bergmann A. (1978), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino.
- Marchi M., Cohen P. (1990), *Early Childhood eating behaviors and adolescent eating disorders*, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 29, 112-117.
- Meltzer D., Harris Williams M. (1988), *Amore e timore della bellezza*. "Quaderni di Psicoterapia infantile", 20, Borla, Roma.
- Metzger W. (1959), *Die Entwicklung der Erkenntnisprozesse*, in "Handbuch der Psychologie", 3, Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Gottingen.
- Negri R. (1994), *Il neonato in terapia intensiva*, Raffaello Cortina, Milano
- Pierrehumbert B., Nicole A., Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Ansermet F. (2003), *Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant*, "Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed." 88, 5, 400-404.

- Ramsay M., Gisell E.G. (1996), *Neonatal sucking and maternal feeding practices*, "Dev. Med. Child Neurol.", 85, 34-47.
- Ramsay M., Gisell E.G., Boutry M. (1993), *Nonorganic Failure to Thrive: A growth failure secondary to feeding-skills disorder*, "Dev. Med. Child Neurol.", 35, 285-297.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di) (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino.
- Schaffer H.R. (1998), *Lo sviluppo sociale*, Cortina, Milano.
- Sheppard J.J., Mysak E.D. (1984), *Ontogeny of infantile oral reflexes and emergent chewing*, "Child Development", 55, 831-843.
- Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Stevenson R.D., Allaire J.H. (1991), *The development of normal feeding and swallowing. Development and behaviour: The very young child*, "Pediatr. Clin. North Am.", 38, 1439-1453.
- Tolia V. (1995), *Very early onset nonorganic failure to thrive in infants*, "J. of Ped. Gastro. Nutr", 20, 73-80
- Trevarthen C. (1990), *Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino*, in M. Ammaniti, N. Dazzi (a cura di), *Affetti*, Laterza, Bari.
- Trombini E. (1998), *Fiducia e nascita psicologica nel corso di una psicoterapia infantile*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e fiducia*, Istituti editoriali e poligrafici internazionali, Pisa-Roma.
- Trombini E. (2000), *L'allattamento al seno: quando vuole la madre o quando vuole il bambino?*, "Bambini e nutrizione", 7, 147-149.
- Trombini E. (2002a), *L'opposizione infantile. Ostinazione e protesta psicosomatica*, "Quaderni di Scienze dell'Interazione", 2, Domeneghini Ed., Padova.
- Trombini E. (2002b) (a cura di), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, Quattroventi, Urbino.
- Trombini E. (2002c), *Nascita pretermine e desiderio di reinfezione*, in E. Trombini (a cura di), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, Quattroventi, Urbino.
- Trombini E. (2005). *I disturbi alimentari in età evolutiva*, "Bambini e Nutrizione", 12, 2, 64-75.
- Trombini E., Baldaro B., Bertaccini R., Mattei. C., Montebrocchi O., Rossi N. (2003), *Maternal Attitudes and attachment styles in mother of obese children*, "Perceptual and Motor Skills", 97, 613-620.

- Trombini E., Trombini G. (2006), *Focal Play-Therapy in the Extended Child-Parents Context. A clinical case*, "Gestalt Theory", 28,4, 375-388.
- Trombini G. (1969), *Sull'esistenza e comparsa della motivazione a fare-da-solo nel campo alimentare ed evacuatorio*, "Rivista di Psicologia", 2, pp. 111-131.
- Trombini G. (1970), *Das Selbermachenwollen des Kindes im Bereich der Ernährung und Entleerung*, "Prax. Kinderpsychol.", 19, pp. 1-10.
- Trombini G. (a cura di) (1994), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.
- Trombini G., Baldoni F. (1999), *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*, Il Mulino, Bologna.
- Vallino D. (1998), *Raccontami una storia: dalla consultazione all'analisi dei bambini*, Borla, Roma.
- Vallino D. (2002a), *La consultazione con il bambino e i suoi genitori*, "Riv. di Psicoanalisi", XLVIII, 2, 325-343.
- Vallino D. (2002b), *Per una cultura del legame mentale tra genitori e figli*, in Vallino D. (1998), *Raccontami una storia: dalla consultazione all'analisi dei bambini*, Borla, Roma.
- Vegetti Finzi S. (1990), *Il bambino della notte. Divenire donna. Divenire madre*, Mondadori, Milano.
- Winnicott D.W. (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.
- Woolston J.L. (1991), *Eating and growth disorders in infant and children*, "Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series", 24, 1-95.
- World Health Organization (1997), *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*, Masson, Milano.