Maria Teresa Gaetti
Neonatologa, Pediatra e Neuropsichiatra Infantile

Francesca Rosati
Psicologa Clinica e di Comunità

Il vissuto della donna di fronte ad una nascita pretermine

"Nasce l'uomo a fatica ed è rischio di morte il nascimento"

(dal "Canto notturno di un pastore errante dell'Asia" di G.Leopardi)

La nascita in generale, e a maggior ragione una nascita pretermine, avviene in un tempo non previsto, spesso come se si stesse infrangendo un sogno portato avanti ed espone la donna ad esperienze che difficilmente può narrare, andando a costellare vissuti propri ed esperienze emotive difficili da condividere ed elaborare.

L'incidenza dei parti prematuri non si è modificata significativamente negli ultimi 30 anni ed è stimata fra il 6 ed il 15 % di tutti i parti. La frequenza aumenta con l'aumentare dell'età gestazionale.

Grazie al miglioramento delle cure ostetriche e neonatologiche, alle tecnologie sempre più raffinate, alla maggior conoscenza delle infinite capacità funzionali dell'organismo umano e alle maggior attenzione verso le intime percezioni del feto e del neonato, la possibilità di sopravvivenza dei bambini che nascono pretermine è notevolmente aumentata. Perfino per bimbi di 22 settimane sono riportati casi di sopravvivenza (fino al 10%), anche se per bambini così piccoli vi è un'elevata probabilità di gravi danni permanenti. Con l'aumentare delle settimane di gestazione le percentuali di sopravvivenza aumentano nettamente, andando dal 10-40% per i nati a 23 settimane fino al 95-98% per i nati a 34 settimane (ovviamente si tratta di dati del tutto indicativi che non possono applicarsi incondizionatamente alla storia unica ed irripetibile di ogni singolo bambino).

Ciò nonostante, *l'esperienza della nascita prematura è qualcosa che, sotto un profilo psichico, va al di là della nascita biologica, sia per il bambino che per i genitori.*

Le madri dei prematuri presentano spesso un'*acuta reazione al trauma di questa nascita*. Ansia e livelli elevati di angoscia e di separazione, che persiste ancora a tre mesi dalla nascita, si riscontrano nel 30% delle madri dei Prematuri.

Nessuno è responsabile della propria nascita, ma proprio per questo siamo tutti responsabili di far vivere bene chi nasce, e qui sta la piena dignità di essere GENITORI … ma anche quella di essere NEONATOLOGI e PEDIATRI

(G. Roberto Burgio)

La psicologia del bambino e della madre nella nascita prematura

La nascita prematura quindi tocca psicologicamente tutta la famiglia, ma sconvolge prevalentemente il bambino e la sua mamma.

Nel bambino si evidenzia una disparità, sia sul piano temporale che in quello psicologico. Infatti, per quanto riguarda il primo aspetto, si assiste, fin dai primi momenti di vita, a dei cambiamenti troppo repentini rispetto alla maturazione del suo corpo, corpo che si deve confrontare con un ambiente a cui il piccolo non è ancora pronto. Per quanto riguarda invece l'aspetto psicologico si è di fronte ad un'esperienza psichica che si fonde con quella corporea per il vissuto di questo bambino *nato pretermine* e continuamente sottoposto a cure invasive e a tecniche assistenziali dolorose.

Nella madre si evidenzia spesso uno sfasamento interno, causato dall'aspettativa di una nascita a termine e dal confronto con una realtà invece diversa. Infatti ella può vivere la nascita pretermine come un trauma e può presentare sintomi di *disorientamento temporale* rispetto alla nascita del suo bambino.

Accanto a queste considerazioni è interessante descrivere alcuni vissuti interni e stati mentali che la donna può vivere:“ …- Aspettare senza sapere è stata la più grande incapacità della mia vita - disse la madre di Irene. Eppure non poteva fare altro perché…sua figlia è arrivata troppo presto! Dietro gli oblò dell’incubatrice lei osserva le ore passare come una sequenza di possibilità: niente è più come prima….”.

La vulnerabilità psicologica di una madre che partorisce un bimbo prematuro

Per qualunque madre, che si aspetta un parto naturale, è particolarmente deludente la *nascita pericolosa del figlio*. Inoltre ella si trova ad essere separata da questa sua creatura per un tempo che può andare da pochi giorni a qualche mese, a seconda del grado di maturità e delle condizioni di salute del neonato. In questo arco di tempo le necessità del bambino non vengono soddisfatte dai genitori, bensì da medici, infermieri e apparecchiature che lo mantengono in vita, esperienza che per i neo-genitori è deprimente e frustrante.

Ad aggravare la depressione contribuisce anche l'affaticamento fisico. Mentre la mamma di un bambino nato normalmente torna a casa con lui e può riposarsi e riprendersi dalle fatiche del parto, la mamma di un neonato prematuro inizia a fare la spola tra casa e ospedale, stancandosi ulteriormente.

A ciò va aggiunta la normale *depressione post-partum*, con sintomi come la *tensione, l’ansia e la tristezza*. Si ritiene che queste sensazioni siano dovute al brusco cambiamento ormonale successivo al parto e la

precocità di una nascita accentua questa variazione chimica post-partum. In effetti la mamma di un bambino prematuro, la quale ha già le sue buone ragioni per essere turbata, è ancora più provata fisicamente ed emotivamente: è quindi più vulnerabile.

Alcuni Autori, avendo osservato che le madri dei prematuri presentano un'acuta reazione al trauma della nascita pretermine, hanno descritto un *periodo di crisi,* limitato nel tempo, caratterizzato da uno *squilibrio psichico e comportamentale* della madre, che non è in grado di rispondere adeguatamente alle richieste della situazione. Per superare questa crisi la donna deve sforzarsi di accettare la realtà e le proprie emozioni negative, esprimendole anzichè negandole. Le difficoltà emotive della madre e l'evoluzione difettosa del processo di attaccamento possono tradursi in rifiuto e aggressività verso il figlio.

Carel nel 1977 ha descritto due quadri clinici che possono interessare la madre che ha affrontato un parto prematuro, denominati come "*confusione esistenziale*" e "*maternità bianca*".

La *confusione esistenziale* consiste in un sentimento d'indeterminatezza, un malessere indefinibile, accompagnato da disorientamento o pensiero fluttuante e perdita del senso di realtà. La sindrome si evolve poi in uno stato di *ansietà diffusa* o di *forte depressione*. Quando la madre può cominciare a prendersi cura, almeno in parte, del neonato i sintomi descritti si attenuano fino a scomparire. L'esito di questa sindrome, quindi, è positivo, nonostante il carattere vistoso dei sintomi iniziali; in genere la madre *può riuscire a superare tutte le difficoltà poco dopo il rientro a casa con il bambino.*

Nel caso della *maternità bianca*, invece, la madre apparentemente sembra non soffrire della separazione dal bambino e della situazione, chiede poche informazioni al personale medico, sembra tranquilla e non manifesta alcuna emozione. Una volta tornata a casa con il figlio, però, la donna mostra degli atteggiamenti aberranti di *comportamento materno*: trova grosse difficoltà a prendersi cura del piccolo, si sente addirittura pericolosa per lui, e pertanto ricorre continuamente all'aiuto e ai consigli dei Medici. In alternativa le madri interessate da questa sindrome possono divenire delle *allevatrici perfette*, in grado di fornire tutte le cure materiali al bambino, ma *non di dare affetto e calore*. L'evoluzione di questo secondo quadro è più negativa e si basa su angosce e problemi più profondi.

E' interessante riflettere anche su alcuni *stati mentali e corporei* che caratterizzano il neonato pretermine. Egli infatti si trova sin da subito esposto in un ambiente che non è in grado di accoglierlo, dove le amorevoli cure materne vengono sostituite da mani estranee e da braccia fredde e meccaniche.

In questa situazione il piccolo paziente si trova a sperimentare il mondo esterno in completa solitudine, in situazioni di forte angoscia e vissuti di annichilimento. Per compensare queste esperienze il prematuro ha solamente il suo corpo, in particolare la sua pelle che delinea il confine tra l'ambiente interno e quello esterno, creando così una sorta di fusione tra mondo corporeo e mondo psichico. Tale relazione dà alla donna la possibilità di strutturare subito un dialogo con il neonato, in grado di creare un linguaggio profondo e significativo. Tuttavia ciò che la madre vede è un bambino sofferente, con sondini, attaccato a monitors che suonano in continuazione, sottoposto a cure assistenziali intrusive e dolorose. E'questa l'immagine che si porta a casa: un neonato immobilizzato, difficile da immaginare e da rappresentare come il bel bambino che aveva desiderato.

La morte è presente accanto ai genitori dei bambini prematuri e assume varie forme: dall'angoscia per la sopravvivenza del bambino appena nato alle preoccupazioni per un eventuale danno fisico che il bambino potrà subire, in particolare a carico del Sistema Nervoso Centrale. Sovente i meccanismi di difesa che prevalgono nei genitori sono il *distanziamento affettivo* e *l'anticipazione del lutto*. Queste condizioni vanno a sollecitare nella madre del prematuro alcune tra le fantasie caratteristiche durante la gravidanza, quali: la *fantasia di danno genetico* e le *angosce di morte*.

E' quindi molto importante conoscere le diverse dinamiche che sconvolgono la psiche della donna per poterla aiutare ad accogliere al meglio quel bambino che non è quello che aveva sognato e che infligge una ferita profonda al suo narcisismo. Ci troviamo di fronte ad una madre prematura, dominata dal vissuto di angoscia di morte, da sentimenti di colpa, che si mostra disorientata rispetto a un tempo necessario per maturare con il bambino una relazione già presente in utero, ma non ancora avviata sul piano del riconoscimento, dello sguardo, quello sguardo che fa dire a una madre "questo è il mio bambino", ed incapace infine di fornire un sufficiente *contenimento affettivo materno* alla sua piccola creatura. Questa relazione vede così due soggetti che vivono un'esperienza differente, eppur contemporanea.

Tuttavia non si può non prendere in considerazione la presenza di due mondi interni: il bambino da una parte, la donna dall' altra, che può dare origine ad una possibile interazione sincrona, creando

contenitore affettivo di tutte le angosce. Questo contenitore affettivo, qualora sussista, ha lo scopo di risollevare il neonato da quei vissuti di depressione che rischiano di risucchiarlo. Il bisogno di un oggetto contenitore spinge il bambino a cercare un oggetto che tenga insieme la sua personalità. Nel migliore dei casi questo oggetto è il *seno materno* che, assieme al contenimento stabile e sicuro della madre, trasmette al neonato l'esperienza di essere un tutto coerente.

La madre, attraverso il suo seno, porta al bambino non solo le sue evidenti qualità di amore e nutrimento, ma anche il suo "*Sé pensante", i suoi stati mentali ed emotivi*. Il nutrimento, quindi, è costituito anche dai pensieri amorevoli, dalle emozioni, dalle speranze. L'evento inatteso di non poter attaccare al seno il figlio, a causa della nascita prematura, determina nella *diade madre-bambino* l'interruzione di tali sensazioni e di quel processo di conoscenza reciproca che, con l'andare del tempo, acquisirebbe pregnanza e spessore.

L'Umanizzazione come possibile soluzione al superamento della vulnerabilità psicologica di una madre che partorisce un bimbo prematuro

Dalla consapevolezza dell'estrema complessità dei bisogni del neonato patologico e dei suoi genitori è nato il concetto di *"umanizzazione"*: un modello di cure che tiene conto delle necessità relazionali del neonato e dei genitori, favorisce il loro legame e utilizza in maniera appropriata le risorse della tecnologia. Il concetto di *umanizzazione* sottende anche un valido rapporto di comprensione e comunicazione fra il personale medico ed infermieristico ed i genitori, e di reciproca fiducia, che accompagnerà il percorso del piccolo e dei suoi familiari anche dopo la dimissione dall'Ospedale, nei necessari *controlli di salute e di sviluppo neuroevolutivo* del bambino (*follow up del neonato "a rischio neurologico"*).

Numerosi studi confermano che grazie all'*umanizzazione* si hanno dei risultati molto positivi sia nel contesto del neonato a termine che, e soprattutto, in quello del neonato pretermine, risultati che abbiamo sintetizzato nella tabella seguente:

Perché umanizzare ?	*neonato a termine*	*neonato pretermine*
❑ *Legame genitori-neonato*	++	+++
❑ *Allattamento al seno*	++	+++
❑ *Sviluppo psico-fisico del neonato*	+	+++
❑ *Efficacia delle cure*	+	+++

Elemento fondamentale del processo di *umanizzazione*, che dà un grande contributo alla sua attuazione, è la "*care"*.

Con questo termine, che significa "*prendersi cura*", ci si riferisce all'insieme delle cure, delle premure, delle cautele, delle sollecitudini e degli accorgimenti che si possono offrire al neonato per migliorare la qualità della vita e ridurre al massimo i suoi disagi e gli svantaggi legati al ricovero: mettere in atto quindi tutte quelle condizioni atte a promuovere il benessere e lo sviluppo del neonato.

Aldilà della stabilizzazione delle funzioni vitali, di importanza sicuramente prioritaria, il piccolo necessita anche di attenzioni relative all'ambiente che lo circonda nella sua accezione più ampia, come il silenzio, il riposo, la consolazione, la *vicinanza dei genitori*.

L'equipe medico e infermieristica dei Reparti di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale riveste un ruolo privilegiato ed unico per garantire al neonato il massimo confort e la normale continuazione dello sviluppo neuroevolutivo, attraverso un'attenta modifica dell'ambiente di cura e l'utilizzo di una serie di strategie atte a promuovere ed integrare i principi di sviluppo all'interno del modello medico tradizionale.

Fare "*care"* significa rispettare il neonato, soffermarsi ad ascoltare, non solo con l'udito, ciò che ci sta comunicando, essendo il neonato *un organismo attivo capace di reazioni ed azioni.*

L'efficacia della cura può essere notevolmente aumentata se a questa vengono abbinati alcuni accorgimenti ambientali e le cosiddette tecniche di "*handling*" (*gentle handling*; *minimal handling*).

La "*gentle handling*, o "*assistenza coccolata"*, consiste nel concentrare, ove possibile, tutte le manovre di disturbo, rispettando gli intervalli di riposo del neonato, la *"minimal handling"* consiste nel limitare all'indispensabile tutte le manipolazioni e le azioni sanitarie, evitando le fonti di dolore inutili. Gli interventi assistenziali vanno eseguiti nel modo più delicato possibile e devono essere accompagnati da gesti e voci delicate. Il neonato va tranquillizzato e rassicurato con stimoli tattili leggeri nel corso di ogni manovra che lo riguardi, offrendo al piccolo anche uno strumento di autoconsolazione (succhiotto).

I risultati di numerosi studi confermano che, diminuendo il livello di stress attraverso la riduzione degli stimoli esterni (luce, folla, rumore) e con un attento programma di cure posturali, le condizioni generali del neonato migliorano notevolmente. Si ottiene, infatti, una riduzione della durata della ventilazione assistita, una precoce competenza per l'alimentazione autonoma, una riduzione dell'entità delle complicazioni ed un miglior sviluppo neuroevolutivo.

Al fine di realizzare al meglio i processi di umanizzazione verso il neonato, in molti Reparti di Terapia Intensiva Neonatale viene attuato un modello di programma di "*dolce cura",* chiamato "*NIDCAP"* (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), che significa: "*Programma personalizzato di cura e di valutazione dello sviluppo mentale individuale del neonato"*.

La "*NIDCAP"*, che si può anche definire *"tocco dolce"*, è stata istituita per provvedere alla migliore qualità di assistenza individuale rivolta affettuosamente ai neonati a rischio da parte degli Operatori che sono quotidianamente responsabili della "*care*" loro e dei loro familiari.

Nel concetto di *care* è anche compreso l'aiuto psicologico che consideri la relazione di coppia genitoriale e la triade familiare (*care genitoriale*) e quindi l'attenzione verso i genitori e la disponibilità a favorire il più possibile il *rapporto psicoaffettivo tra il neonato e i suoi genitori*, permettendo a quest'ultimi di avere contatto con il loro piccolo, anche dentro l'incubatrice, attraverso le loro carezze, la loro voce, il loro sguardo.

Il rispetto del ruolo che svolge la madre nella "*diade*" (viene definito così da Spitz "*il rapporto tra il piccolo e la propria madre"*) è una parte molto importante della "*Care"*.

Come abbiamo detto, le madri che partoriscono un neonato patologico si sentono poco adeguate e sono poco portate ad occuparsi in prima persona del proprio bambino, delegando al personale sanitario anche molti aspetti del *rapporto madre-figlio*, che sono invece peculiari del loro ruolo.

È necessario impegnarsi affinché questa barriera venga superata, cercando di coinvolgere la madre nelle cure del proprio piccolo tutte le volte che questo è possibile, tenendo presente che, all'interno della *diade*, la parte centrale dell'integrazione madre-figlio è affidata all'allattamento al seno. Allattare il proprio bambino aiuta la madre ad affrontare lo stress emozionale che si associa all'esperienza negativa del ricovero.

Anche *il neonato, in quanto parte della diade, anche se estremamente prematuro, sperimenta lo stesso stress della madre e la stessa angoscia legata alla separazione e alle pratiche di assistenza*.

Molte evidenze scientifiche dimostrano che il *contatto fisico*, specialmente il contatto pelle-pelle, fra madre e bambino produce enormi vantaggi fisiologici, psicologici e clinici sia per la madre sia per il piccolo.

E’ indubbio che tutto ciò contribuisce ad attenuare di molto il vissuto traumatico della donna di fronte ad una nascita pretermine.

Creare il legame mamma-bambino prima possibile, incoraggiando la madre, in maniera discreta, a stare vicino al proprio piccolo, invitandola ad accarezzarlo e a parlargli per far sentire la sua voce, darle in braccio il piccolo, non appena le condizioni cliniche lo permettono, e provare ad attaccarlo al seno, offrendo (anche se spesso questo non ha successo) un’esperienza ogni volta ***unica*** *alla madre e al bambino sono condizioni che, sul piano operativo, possono portare un grosso contributo al superamento della vulnerabilità psicologica di una madre che partorisce un bimbo prematuro.*

Non da meno un valido aiuto può esserle dato dalla vicinanza del proprio partner, anch’egli coinvolto, fin dall’inizio, nella cura del proprio figlio “nato pretermine”.

Sintesi

Per qualunque donna, che si aspetta un parto naturale, la nascita pretermine di un figlio è particolarmente deludente e traumatica. Ne consegue, nella maggior parte dei casi, un *periodo di crisi*, limitato nel tempo, caratterizzato da un certo *squilibrio psichico e comportamentale*.

Di fronte ad una nascita di un figlio prematuro la donna per lo più diventa una madre fragile, dominata dal vissuto di angoscia di morte, da sentimenti di colpa, disorientata e particolarmente vulnerabile.

Un grosso contributo al superamento di questo angoscioso e sofferto vissuto della donna, che partorisce un bimbo prima del termine, viene dato dai processi di *umanizzazione* che vengono applicati nei Reparti di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale, che, aldilà della stabilizzazione delle funzioni vitali, di importanza sicuramente prioritaria, tengono conto delle necessità relazionali del neonato e dei genitori e favoriscono il loro legame, utilizzando in maniera appropriata le risorse della tecnologia e riducendo al massimo i disagi e gli svantaggi legati al ricovero.

Parole chiavi

Prematuro - Parto pretermine - Psicologia della madre del prematuro - Care

Bibliografia

- Ajzen I. Madden TJ. *Prediction of goal-directed behaviour: Attitudes, intentions and perceived bahaviour control.* J. Exp Soc. Psychol, 1986; 22: 453-74.
- Baldoni F. Facondini E. Romeo N. *La funzione paterna e lo sviluppo dell'attaccamento in famiglie con neonati pretermine.* Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia, Bari 19-22 Maggio 2010.
- Bick E. *The experience of the skin in early object relations.* International Journal of Psychoanalysis, 1968; 78:191-200.
- Cooper L.G. et al. *Impact of a familiy-centered care initiative on NICU care, staff and families.* J. Perinatology, 2007; 27: 32-37.
- Florio, Ignacchiti, Severi, Piccolini, Centini, Guidoni, Petraglia (of the University of Wisconsin Medical School-Department of Pediatrics Prenatale) *Epidemiologia, Patogenesi e Fattori di rischio*. 2001; Vol. 5 n. 3.
- Gaetti M.T. *Il Bambino Prematuro: l'esperienza della Pediatria Ospedaliera.* Atti del Congresso Regionale "L'assistenza al Prematuro", Ancona 11 Ottobre 2008.
- Gaetti M.T. Rosati F. *Risultati di 30 anni di follow up di neonati a rischio neurologico.* Atti del Congresso Regionale Pediatrico-Neonatologico, Jesi 22 e 23 maggio 2009.
- Gaetti M.T. Rosati F. e al. *Qualità di vita e di salute di soggetti nati a rischio neurologico: risultati di 30 anni di Follow up.* Atti del Congresso Nazionale di Neurologia Pediatrica, Ancona 12 Novembre 2010.
- Mansi G. Paludetto R. e al. *Relazione madre-bambino e nascita pretermine: dati preliminari di un'indagine conoscitiva*. Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia, Bari 19-22 Maggio 2010.
- Mansi G. Paludetto R. e al. *Interazione genitori e neonato pretermine nei primi tre mesi di vita. Dati preliminari.* Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia, Bari 19-22 Maggio 2010.
- Parella V. *Lo spazio bianco.* Einaudi (collana Supercoralli), 2008.
- Sarni P. Tegaldo L. Zucchinetti P. *Skin to skin contact (ssc) madre - neonato in sala parto: un'esperienza.* Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia, Bari 19-22 Maggio 2010.
- Saunders R.P. et al. *Evaluation and Development of potentially better practices for improving family-centered care in Neonatal Intensive Care Units.* Pediatrics, 2003; 111: 437- 449.
- Seigel D. *La mente relazionale*. Milano. R. Cortina, 2001.
- Waddell M. *Mondi interni*. Milano Mondadori, 2000.