Prevenzione, individuazione precoce e trattamento dei disturbi neuropsichici della prima e della seconda infanzia: un'esperienza clinica

Bruno Cappagli, *Psicologo*

Monia Mangiavacchi, *Educatore Professionale*

Angelina Massafra, *Psicologo, UFSMIA Area Grossetana, A.USL n.9 Grosseto*

Mauro Camuffo,*Direttore Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Responsabile UFSMIA Area Grossetana, A.USL n.9 Grosseto*

RIASSUNTO

Gli Autori discutono brevemente i risultati ottenuti con un progetto sperimentale di intervento sulle disfunzioni dell'attaccamento nelle relazioni precoci e sulle loro ricadute patologiche sul bambino. L'intervento, progettato dall'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza dell'A.USL n.9 di Grosseto e realizzato presso il DH della Pediatria ospedaliera, è stato organizzato in senso multidisciplinare ed ha prodotto in 24 mesi una serie di dati relativi ad alcune disfunzioni collegate alle modalità relazionali caregiver-bambino specifiche della prima e seconda infanzia e alle relative modalità di trattamento. Vengono descritte le linee seguite e l'articolazione della metodologia. Sono infine discussi i risultati, in relazione alla letteratura disponibile, definendo altre e possibili direzioni di intervento.

SUMMARY

The authors discuss briefly the results obtained with an experimental intervention on disorders of attachment in early relationships and their pathological effects on the child. The project, designed by the Unit Functional Childhood and Adolescent Mental Health of A. USL 9 Grosseto and realized in the DH of Pediatrics, was organized in multidisciplinary way in 24 months and produced a series of data related to somedysfunctionsrelated tocaregiver-child relational methodsthatare specific toinfancy and early childhoodand itstreatment modalities.Describes the lines followed and the articulation of the methodology. Finally, the results are discussed in relation to the available literature, and defining other possible directions of intervention.

Alpha

Parole chiave: attaccamento, relazione, prevenzione, intervento

Key words: attachment, relationship, prevention, intervention

INTRODUZIONE

Il progetto "Prevenzione, individuazione precoce e trattamento dei disturbi neuropsichici della prima e della seconda infanzia" è stato ideato dall'UFSMIA Area Grossetana (in collaborazione con l'UF Consultoriale Area Grossetana e con l'UO Educazione alla Salute) su sollecitazione della Commissione Governo Clinico Salute Mentale della Regione Toscana, che, nel periodo 2006/2007, ha affidato ad un gruppo di lavoro coordinato dal Responsabile dell'UFSMIA il compito di definire un piano di azione relativo alla prevenzione e all'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici in età evolutiva. Tale piano è stato di fatto inserito, come azione prioritaria per la salute mentale, nel PSR 2008-2010 (5.6.2.1).

L'attività, cominciata nel mese di ottobre del 2008 si è conclusa dopo 24 mesi, nel gennaio 2011.

L'Equipe (neuropsichiatra infantile, psicologo clinico, educatrice professionale) ha inizialmente realizzato, in stretta collaborazione con gli altri Operatori dell'UFSMIA, un piano di intervento applicativo concernente le modalità, gli spazi e i tempi di intervento. Successivamente ha iniziato ad operare, con sede presso il Day Hospital Pediatrico dell'Ospedale Misericordia di Grosseto.

FINALITA' GENERALI

Il progetto si è basato su un programma di intervento precoce di tipo "clinico", con due polarità: la prima più preventiva, finalizzata all'individuazione e alla presa in carico delle situazioni solo potenzialmente a rischio, ovvero situazioni in grado di evolvere verso anomalie nella relazione madre-bambino o in quella genitori-figli; la seconda più curativa, con la presa in carico di situazioni già caratterizzate da difficoltà relazionali e necessitanti quindi di un intervento mirato alla risoluzione del problema.

In entrambi i casi, laddove opportuno, sono state attivate forme variabili di collaborazione con alcune realtà sociosanitarie del territorio, con la finalità specifica di realizzare interventi in sinergia e in rete. Per questo, durante il primo anno, il gruppo di lavoro è entrato in contatto con il Consorzio per le Politiche Sociali del Comune (COESO) e con l'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) Area Grossetana, proseguendo il lavoro in collaborazione con il reparto ospedaliero di Pediatria.

I contatti con i Servizi Sociali del COESO hanno anche prodotto un protocollo di intesa per la segnalazione dei casi a rischio e il coordinamento degli interventi correlati.

Inoltre, al termine del primo anno di intervento, il progetto è stato presentato ai Pediatri di famiglia del territorio di riferimento e, durante i primi sei mesi del secondo anno, agli operatori dell'Area Consultoriale.

Gli interventi attivati hanno cercato di migliorare le condizioni di salute e di benessere dei bambini e di sostenere il compito dei genitori, aiutandoli nella gestione dei figli in condizioni di difficoltà relazionale e di attaccamento disturbato, ponendo particolare attenzione allo sviluppo della funzione di mentalizzazione dell'adulto e favorendo lo

sviluppo delle competenze regolative del bambino. In effetti, il lavoro svolto sembra aver prodotto un miglioramento della salute dei bambini trattati, così come un miglioramento delle competenze genitoriali e di conseguenza della qualità delle relazioni.

Le aree di intervento sono state quella comportamentale, quella educativa, quella del funzionamento sociale dei bambini e ovviamente quella riguardante la relazione figlio-caregiver[1].

TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Il team ha operato complessivamente:

- gestendo l'ambulatorio dedicato alla fascia di età 0-5, per la diagnosi, la presa in carico e i controlli periodici dei casi con disturbo accertato;
- impostando il lavoro di monitoraggio dei casi a rischio potenziale o accertato, in collaborazione con gli operatori della Neonatologia, con i Pediatri territoriali e con gli operatori delle altre istituzioni coinvolte (UFSMIA, COESO, UFSMA Area Grossetana, UF Consultoriale, Scuole), attraverso interventi condivisi e sinergici;
- quando necessario, indirizzando i casi non presi in carico direttamente verso i più opportuni percorsi assistenziali;
- alimentando un programma di sensibilizzazione con i soggetti coinvolti e con gli altri servizi sociosanitari;
- organizzando incontri di coordinamento con gli altri operatori coinvolti;
- creando un database specifico;
- archiviando l'attività svolta.

Le modalità attraverso le quali si è concretizzato l'intervento hanno compreso:

- colloquio clinico;
- visita neuropsichiatrica infantile;
- osservazione del bambino e della relazione madre-bambino[2];
- colloqui di coppia e familiari;
- visite domiciliari[3];
- interventi mirati di psicoterapia breve;
- visite di follow-up;
- incontri di coordinamento con pediatri, operatori UFSMIA/UFSMA, operatori dei servizi sociali, operatori dell'area riabilitativa e le insegnanti dei bambini presi in carico;
- videoregistrazioni a scopo clinico[4].

LA CASISTICA TRATTATA

I casi presi in carico sono stati 34; di questi:

- 8 (24%), ancora in trattamento al termine del progetto, sono stati inviati ai Colleghi dell'UFSMIA;
- 10 (29%) hanno svolto solo la prima visita o hanno abbandonato entro le prime 4 visite;
- 13 (38%) sono stati dimessi con sostanziale riduzione o risoluzione della sintomatologia;
- 3 (9%) sono stati inviati ad altri servizi dell'A.USL o alla NPI dopo breve percorso diagnostico e/o di orientamento.

CONSIDERAZIONI CLINICHE RISPETTO AI CASI SEGUITI IN TRATTAMENTO PER ALMENO 4 MESI

L'intervento ha avuto come focus sia il care-giver che i bambini. Spesso si è lavorato per il trattamento delle ansie genitoriali e/o di stati dell'umore problematici, non associati ad alcuna sintomatologia infantile, dunque cercando di operare nell'ottica della prevenzione per facilitare lo sviluppo di adeguate competenze genitoriali; altre volte, invece, si è proceduto ad affrontare situazioni nelle quali erano presenti sia disfunzionalità genitoriali che una sintomatologia già palese nel bambino e legata chiaramente alle prime[5-8].

Per quanto riguarda le situazioni nelle quali erano solo i genitori a presentare difficoltà, queste comprendevano: disturbo dell'umore post-natali[9], stati d'ansia generalizzata e protratta legati alla gestione del neonato, difficoltà relazionali nella diade madre-bambino[10]. In questi casi, le famiglie sono state coinvolte in un intervento articolato sin dai primi giorni dopo il parto, attraverso una visita NPI, l'osservazione dell'alimentazione, l'osservazione dello stile relazionale e delle capacità di accadimento.

Gli incontrihanno avuto una funzione di sostegno alla genitorialità, attraverso il lavoro sulle fantasie e le ansie genitoriali; in alcuni casi sono stati utilizzati l'analisi ed il commento delle videoregistrazioni.

Come da letteratura i più significativi e frequenti fattori di rischio incontrati sono risultati essere: l'alta conflittualità familiare, un precedente lutto neonatale[11-14], le difficoltà di umore nei mesi della gravidanza e subito dopo il parto[15,16], il precedente utilizzo di sostanze[17], la giovane età dei genitori e le difficoltà relazionali della diade madre-bambino[18]. Al termine dell'intervento, gli esiti hanno rivelato che nella totalità delle situazioni trattate la sintomatologia era scomparsa. Tale risultato appare ascrivibile ad un quadro di relativa adeguatezza dell'intervento: in pratica le situazioni prese in carico a causa della presenza di fattori di rischio del genitore e/o del suo stato di disagio sono state trattate con percorsi di sostegno adeguati all'entità del sintomo o orientate ed inviate altrove per un lavoro d'equipe[19].

Nei casi in cui erano presenti difficoltà genitoriali e sintomatologia infantile contemporaneamente, l'intervento si è svolto come precedentemente descritto ma per un periodo di tempo più lungo e in presenza della madre o di entrambi i genitori. Durante gli incontri, l'attenzione è stata posta sui sintomi del bambino, e in particolare su: l'attaccamento insicuro, le difficoltà di regolazione, le difficoltà di alimentazione e del sonno (sindromi disregolative nas), i disturbi comportamentali con agitazione, provocazione e opposizione, le difficoltà di adattamento. Di tutti, i più frequenti sono stati i sintomi disregolativi.

Con i genitori sono state affrontate le ansie e le fantasie, cercando di facilitare lo sviluppo di una corretta funzione riflessiva, capace di favorire l'acquisizione di adeguati processi di intersoggettività. L'intervento si è svolto anche a domicilio (home-visiting), luogo di osservazione privilegiato per agire sugli stili educativi. Quando necessario, sono state coinvolte le scuole.

Il 100% dei casi presi in carico è stato seguito in ambulatorio, il 30% anche a domicilio e a scuola. Miglioramenti significativi della sintomatologia si sono riscontrati nel 100% dei casi seguiti; circa il 60% dei casi è stato dimesso entro il termine del progetto per remissione completa dei sintomi. L'efficacia dell'intervento è sicuramente attribuibile all'adeguatezza dello stesso per il target, ma anche al carattere interdisciplinare dell'equipe, che ha aggiunto ricchezza al confronto e permesso di sviluppare il progetto in modo complesso.

I dati emersi sottolineano, dunque, l'importanza del lavoro svolto con il nucleo familiare; irisultati migliori sono stati ottenuti, altresì, laddove è stato possibile realizzare un lavoro globale e di rete, avendo sempre come target la relazione genitori-figli. Gli interventisono risultati efficaci dal momento che la totalità dei casi seguiti mostrava condizioni di disagio sempre e comunque legate a difficoltà di relazione madre(genitori)-figlio; tali condizioni comprendevano, in particolare: comportamenti patologici dei bambini inscrivibili nell'area dei disturbi dei ritmi dell'alimentazione e del sonno (sindromi disregolative) e della regolazione emotivo-percettiva,disturbi dell'umore del caregiver. È da sottolineare come questi dati confermino la letteratura degli ultimi anni che sta descrivendo una correlazione diretta tra stili di attaccamento e competenze di autoregolazione emotiva e motoria dei bambini; appare ormai certo anche il successivo sviluppo di disturbi di personalità nelle situazioni più gravi e vulnerabili[20]. Si conferma che l'aspetto clinico e diagnostico dei bambini presi in carico ha mostrato una prevalenza nelle difficoltà di regolazione con eziologiastrettamente legata all'ambiente familiare, come da letteratura.

È infatti interessante constatare sul campo "che la moderna teoria dell'attaccamento è essenzialmente una teoria della regolazione", una teoria cioè che spiega "come le comunicazioni affettive all'interno della relazione di attaccamento facilitino la maturazione dei sistemi cerebrali coinvolti nella stimolazione affettiva e nell'auto-regolazione"[21]. Dunque, se l'intervento è calibrato sul rinforzo del sistema di attaccamento e della capacità di mentalizzazione dei genitori rispetto alle comunicazioni dei figli si potrà agire con risultati rilevanti, affrontando le difficoltà di carattere regolativo-emotivo-affettivo che nella prima e seconda infanzia si traducono spesso in disregolazione dei ritmi sonno-veglia e dell'alimentazione, con rischio di sviluppo di psicopatologia successiva (prevalentemente cluster B)[22].

CONCLUSIONI

Il progetto si è sviluppato rispettando per intero le sue linee guida. Grazie al lavoro di coinvolgimento e stimolazione svolto dal gruppo nei confronti della rete del territorio (Pediatri, scuole, UFSMIA, COESO, riabilitazione minori, UFSMA), è stato possibile attivare interventi articolati di ampio raggio, in modo da fornire alle famiglie coinvolte risposte complete e appropriate rispetto ai problemi emersi ed ai rischi connessi. Si è provveduto anche ad indirizzare verso i percorsi terapeutici più adeguati quelle situazioni che non rientravano nel target del progetto.

Il gruppo ha messo in atto interventi legati ai processi relazionali caregivers-bambino ritenuti a rischio, all'interno di un'ottica preventiva, tenendo sempre presente che l'interazione diadica tra neonato e madre serve come regolatore dell'omeostasi interna dell'individuo in via di sviluppo, e le transazioni regolatrici dell'attaccamento diadico influiscono sullo sviluppo della struttura psichica[21]. Sappiamo infatti che "le esperienze di attaccamento formano l'organizzazione precoce del cervello destro, inteso quale nucleo neurobiologico dell'inconscio umano, andando ad organizzare le esperienze non verbali precoci in modo regolato o disregolato, stabilendo così attaccamenti sicuri o insicuri"[23].

Grazie al sostegno dato al caregiver o alla coppia genitoriale è stato possibile intervenire migliorando la comunicazione all'interno della diade, dal momento che tale comunicazione va intesa quale scambio emozionale dato dai gesti, dal tono di voce e da tutte le espressioni corporee, così da formare un campo intersoggettivo tra due individui che sono contemporaneamente due menti e due corpi[21-23].

Le evidenze valutative emerse dal progetto ci dicono che gli interventi effettuati per più di 4 mesi (20 casi che hanno fruito di almeno 6 incontri) hanno migliorato la condizione iniziale delle famiglie coinvolte in quanto la sintomatologia clinica si è ridotta, grazie al miglioramento della comunicazione tra madre e figlio. Gli interventi hanno determinato nella totalità dei bambini trattati una riduzione dei sintomi di carattere comportamentale, legati all'alimentazione, al sonno ed alle difficoltà di regolazione espressiva ed emotiva (autoregolazione). Tale riduzione, in una percentuale dei casi, ha esitato nella scomparsa completa dei sintomi. Contemporaneamente, le competenze sociali, comunicative e di relazione hanno mostrato un'evoluzione sempre positiva, in accordo con la letteratura che sottolinea la necessità di stimolare le capacità di "resilience" del paziente[24-28].

Allo stesso tempo, l'intervento rivolto al nucleo genitoriale e/o al caregiver ha dato risultati positivi anche nella riduzione dei livelli di stress e nel moderare le ansie genitoriali e la conflittualità in generale, poiché nel momento in cui migliorano le competenze genitoriali diventano maggiormente efficaci le azioni educative, con l'evidente ricaduta di un attaccamento più sicuro con i propri figli. In tal senso è risultata determinante la costruzione di competenze relazionali più adeguate ed efficaci nell'espressione del ruolo genitoriale.

Come da progetto, l'intervento ha prodotto un miglioramento generalizzato della qualità delle relazioni genitori-figli, seppur con modalità differenti e livelli specifici per ogni situazione, in linea con la più recente letteratura secondo cui "qualsiasi teoria dello sviluppo e la sua corrispondente teoria della terapia debbano includere le scoperte delle psicobiologia riguardo alle modalità per mezzo delle quali le transazioni emozionali precoci con l'oggetto primario influenzano lo sviluppo della struttura psichica; cioè, come le comunicazioni affettive all'interno della relazione di attaccamento facilitino la maturazione dei sistemi cerebrali coinvolti nella stimolazione affettiva e

nell'auto-regolazione"[21-23].

In conclusione, l'intervento attivato in base alla presenza di fattori di rischio e regolato da soglie di accesso legate all'andamento della relazione primaria predispone ad un'azione precoce e crea un guadagno in termini di tempo, con possibilità di risoluzione maggiori.

La prognosi è più spesso fausta ed il movimento di consapevolezza che emerge dopo un percorso del genere porta i gruppi familiari a creare una nuova cultura rispetto al ruolo genitoriale ed all'aiuto che le istituzioni sanitarie e sociali possono dare.

BIBLIOGRAFIA

1. *Shonkoff JP, Phillips DA (eds), From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington D. C., National Academy Press; 2000.*
2. *Baradon T, Broughton C, Gibbs I et al, The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy: Claiming the Baby. London, Routledge. 2005.*
3. *Ammaniti M (ed), Early Preventive Intervention and Home Visiting. Journal of Infant Mental Health. 2006;27(1):1-119.*
4. *Beebe B, Brief mother-infant treatment: psychoanalytically informed video feedback. Infant Mental Health Journal. 2003;24(1):24-52.*
5. *Balbernie R (a), Early Intervention Services: An Overview of Evidence-based Practice. CPT;2002.*
6. *Balbernie R (b), An infant mental health service The importance of the early years and evidence-based practice. CPT;2002.*
7. *Balbernie R (c), An infant in context: Multiple risks and a relationship. Infant Mental Health Journal. 2002;23(3):329-341.*
8. *Bakermans-Kranenburg M.J, Van IJzendoorn MH, Juffer F, Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. Infant Mental Health Journal. 2005;26(3):191-216.*
9. *Kim-Cohen J , Caspi A, Rutter M et al, The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history.Am J Psychiatry. 2006;163(6):1009-1018.*
10. *Hughes P, Turton P, Evans CDH, Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. 1999;BMJ, 318:1721-1724.*
11. *Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al, Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York, Other Press; 2002.*
12. *Fonagy P (a), Early Life Trauma and the Psychogenesis and Prevention of Violence. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004;1036:1–20.*
13. *Fonagy P (b), Revue de la litérature: méthodologie, objectifs et resultants. In: Haddad A, Guedeney A, Greacen T, eds. Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance: quelle évaluation? Toulouse, Editions ERES; 2004:49-68.*
14. *Fonagy P, Higgitt A, Early Mental Health Intervention & Prevention: The Implications for Government and the Wider Community. In: Sklarew B, Twemlow S, Wilkinson SM eds. Analysts in the Trenches: Streets, Schools, War Zones. Hillsdale, NJ, The Analytic Press; 2004;257-309.*
15. *Cooper PJ, Murray L, Fortnightly review: Postnatal depression. BMJ. 2005;316:1884-1886.*
16. *Cindy-Lee D, Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. BMJ. 2006;331:15-18.*
17. *Jacobson S, Jacobson J, Pre and Postnatal Exposure to Parental Use and Abuse of Alcohol and Other Drugs, Special Issue of Infant Mental Health Journal, vol. 22, n.3, 2002.*
18. *Heron J, O'Connor TG, Evans J et al, The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. Journal of Affective Disorders. 2004;80:65-73.*
19. *Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL, Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention. New York, Guilford Press; 2005.*
20. *Rutter M. (c), Autism: its recognition, early diagnosis, and service implications. J Dev Behav Pediatr.; 2006;27(2):54-58.*
21. *Schore AN, La regolazione degli affetti e la riparazione del sé. Roma, Astrolabio; 2008.*
22. *Senior R, Barnes J, Emberson JR et al, Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. 2004.*
23. *Schore AN, I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti. Roma, Astrolabio; 2010.*
24. *Boorn C, Hopkins-Dunn P, in Getting it right from the start. Infant Mental Health and Emotional Well Being in Children and Young People - CAMHS National Conference 15 & 16 November 2005; the Sure Start Unit of the DfES and the Department of Health. C; 2005.*
25. *Camuffo M, Resilienza e Salute Mentale in età evolutiva. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 2007;74:505-514.*
26. *Camuffo M, Costantino MA, Fattori protettivi e promozione della resilienza nel bambino e nell'adolescente. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. 2009;76:179-190.*
27. *Costantino MA, Camuffo M, Trasformazioni del concetto di resilienza e ricadute nella pratica. Ricerca e Pratica (Istituto Mario Negri). 2009;25:57-64.*
28. *Camuffo M, Costantino MA, Promozione della resilienza e strategie di intervento. Giorn Neuropsich Età Evol. 2010;30:120-129.*