

## **Bambini prematuri. Offrire un ascolto alle emozioni.**

M.G. Tolentino\*

\* Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana

Questa è la storia di un'esperienza che ho vissuto all'interno di un reparto di Rianimazione neonatologica e pediatrica, presso una Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, in cui vengono ricoverati e assistiti neonati che necessitano di terapie intensive.

La mia attenzione si è focalizzata in questo lavoro prevalentemente sui pretermine estremi (24-28 settimane di età gestazionale). Si tratta di neonati che si trovano esposti sia a rischio di morte, sia di esiti patologici a lungo termine di vario grado, dovuti in parte alla estrema immaturità del loro organismo, in parte alla deprivazione affettivo-sensoriale che la lunga permanenza in reparto comporta (i piccoli devono rimanere in ospedale per molti mesi, anche tre o quattro).

L'obiettivo era di osservare e favorire lo sviluppo della comunicazione tra questi bambini piccolissimi, a rischio di sopravvivenza, e i loro genitori.

L'ipotesi concerne il fatto che una buona comunicazione madre bambino sia un elemento importante nel facilitare lo sviluppo psicofisico del bambino stesso.

Darò una descrizione delle caratteristiche del reparto, di questo mondo "anomalo" in cui i bambini e i loro genitori si trovano immersi, a seguito della nascita prematura, cercando di fornire una lettura delle implicazioni psicologiche correlate agli aspetti concreti dell'esperienza.

Si tratta dunque di un reparto di "rianimazione", in cui viene per così dire "ridata l'anima". La parola anima deriva dal latino animus, che significa spirito, che a sua volta deriva dal greco "anemos", vento. Sul dizionario Tommaseo la definizione di anima è la seguente: "sostanza che dà la vita all'ente fornito di organi corporei". Spirito, vento, ci rimanda al respiro, senza respiro non c'è sopravvivenza, e qui nel reparto molto spazio è riempito dai macchinari sofisticati che funzionano come sostituti dei polmoni, o che aiutano i polmoni ad espandersi esercitando una pressione su di essi, o fornendo quel surplus di ossigeno necessario ad un buon funzionamento, che permettono il re-spiro.

Facciamo ora un passo indietro.

Penso sia importante ricordare e pensare insieme che il neonato cui ci troviamo di fronte ha una lunga storia alle spalle: la storia che riguarda l'incontro tra i suoi genitori, ma anche le fantasie su di lui e le aspettative che essi avevano nella loro mente fin da prima del concepimento. E ognuno dei due genitori a sua volta ha una storia, in cui si intrecciano relazioni significative. Vorrei menzionare qui soltanto la relazione che una donna che concepisce un bambino ha con la propria madre, quella reale e quella interna, e accennare a come la relazione di una madre col proprio bambino –prima e dopo la nascita– sia intrecciata profondamente con i ricordi –consci e inconsci– della propria esperienza infantile.

E' importante ricordare che una donna accoglie la notizia del fatto di essere incinta con un'ampia gamma di emozioni. Di fronte alla realtà della gravidanza potrà reagire con gioia ed eccitazione, e fare progetti. Ma in altri momenti potrà anche essere spaventata e provare un senso di rifiuto nei confronti della nuova situazione. Proverà timore e preoccupazione: come sarà il suo bambino, un bel bambino sano o uno malformato, un "mostro", e lei sarà in grado di occuparsene? A cosa dovrà rinunciare dopo la nascita? Dovrà fare i conti con i propri sentimenti ostili nei confronti di questo essere alieno che la invade. Ma la gravidanza ha una sua durata fisiologica, nove mesi, un tempo necessario per la formazione e lo sviluppo dei tessuti del feto, degli organi che gli permetteranno di funzionare in maniera autonoma dopo la nascita. E questo tempo è necessario anche per la madre, che ne ha bisogno per abituarti gradatamente all'idea dei cambiamenti che la gravidanza e poi la nascita del figlio produrranno in lei e nella sua vita, e per vivere e trasformare gradatamente l'immagine del bambino che si sta formando dentro di lei e le fantasie che lo concernono.

Se la madre è in grado di ammettere l'esistenza dentro di sé di questi sentimenti, anche di quelli ostili, sarà probabilmente più pronta a ricevere il suo bambino per quello che è nella realtà piuttosto che in quella forma idealizzata in cui talvolta lei lo pensa.

Ma questo processo ha bisogno di tempo.

Una nascita prematura interrompe questo processo troppo presto.

Nel corso della gravidanza la madre inizialmente sente il feto come una parte del proprio corpo, e solo gradatamente e progressivamente comincia a rendersi conto che è un altro, separato da lei e con una propria individualità. Ci sono inizialmente piccoli segnali di realtà, movimenti dentro la pancia che in un primo tempo sono indistinguibili da quelli dei propri organi interni – così che la donna si chiede “è lui o sono io?”- poi pian piano i segnali si fanno più chiari e distinti, fino agli ultimi mesi di gravidanza, in cui sono inequivocabili i segni (calci, bitorzoli sulla pancia) del fatto che il piccolo dentro di lei ha una sua autonomia di movimento che lei non è in grado di controllare, ed è proprio “altro da sé”.

Ma quando comincia ad instaurarsi un certo senso di separatezza, ha inizio una forma particolare di comunicazione.

Verso la 28ma settimana nella donna gravida vi è un aumento della fase REM, fase che sottende l'attività onirica. Contemporaneamente in questa epoca di gestazione è stata verificata la comparsa del sonno REM nel feto. Si potrebbe ipotizzare che questa sincronizzazione fisiologica sia funzionalmente necessaria per garantire quella che viene definita da Bion come *rêverie* materna.

(Il termine *rêverie* sta a designare lo stato mentale aperto “...alla ricezione di tutti gli “oggetti” provenienti dall'oggetto amato, quello stato capace di recepire le identificazioni proiettive del bambino, indipendentemente dal fatto che costui le avverta come buone o come cattive. In conclusione la *rêverie* è uno dei fattori della funzione alfa della madre”(W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, 1972).

Si rileva così che il primo segnale di relazione tra il bambino e la madre è prima di tutto un “contatto onirico”.

La regressione della madre a livello neonatale (per quanto concerne le fasi REM), sembra la condizione necessaria per incominciare ad identificarsi con lo stato psicofisico del suo bambino, e in particolar modo con quella condizione oniroide che aiuterà l'instaurarsi della *rêverie* neonatale e quindi della comunicazione primaria tra madre e figlio.

La futura madre, facilitata da questo contatto onirico, comincerà ad immaginare le caratteristiche del proprio bambino, a volte esprimendo gli umori che pensa lui stia provando .

Pertanto il piccolo in questa fase della gravidanza inizierà ad essere una presenza determinante nelle dinamiche famigliari: la donna cercherà di interpretare le sue emozioni a partire dai movimenti che lei percepisce e spesso prenderà decisioni in base ai bisogni che immagina il bambino abbia e che in qualche modo le comunichi.

Una gestante racconta: “la bimba reagisce con gioia quando sente la voce del padre; sento che si muove come a voler comunicare con lui. E' una piccola mattiniera, perché alle sei della mattina incomincia a muoversi, finché il padre non esce di casa ed io mi sono fatta una sostanziosa colazione.”

Una nascita estremamente prematura ( 24 – 28ma settimana) costituisce un evento traumatico che interrompe bruscamente questo dialogo primario tra la mamma ed il bambino nel suo grembo, o addirittura non permette che si instauri.

La realtà conferma-disconferma le fantasie. Ho accennato ai pensieri più o meno consapevoli rispetto a se stessa e al proprio bambino che accompagnano una donna durante la gravidanza, ai sentimenti anche ostili che si trova a provare. In fantasia questa ostilità provoca dei danni al nascituro, e di qui le ansie che accompagnano tutta la gravidanza.

I dubbi, le incertezze rispetto alla propria capacità di dare alla luce un bambino sano vengono smentite alla nascita quando la mamma può guardare, toccare, conoscere il suo piccolo e rendersi conto che è vivo, sano, e vitale.

Ma nel caso di una nascita prematura tutto ciò non si verifica: la realtà qui alimenta le fantasie di incapacità e di inadeguatezza.

Questo potrà far sì che la madre abbia serie difficoltà nel riappropriarsi della propria capacità di comunicazione intima con il suo piccolo e di tradurne le emozioni.

Per un lungo periodo si sentirà un'estraneità nei confronti del suo bambino e di conseguenza vivrà una sensazione profonda di perdita. Non si sentirà una madre "sufficientemente buona", in grado cioè di occuparsi del proprio figlio, e contemporaneamente potrà vivere un profondo senso di depersonalizzazione, cioè la sensazione di essere irreali, come se non sentisse la realtà del proprio corpo.

La percezione che avrà di sé sarà quella di "essere guasta", perché improvvisamente qualcosa si è rotto dentro di lei e non ha potuto evitare che il piccolo nascesse precocemente.

E' frequente sentire delle affermazioni di questo tipo dalle mamme dei prematuri: "Avrei voluto tenerlo per più tempo dentro, ma non ci sono riuscita", "Stava andando tutto così bene! Come ho potuto non accorgermi di nulla!" o "Non sono stata capace neanche di tenerlo dentro di me, come potrò essere sua madre", "Secondo lei mi riconoscerà come madre?", "Mi perdonerà mai per non averlo protetto?" e così via.

Il trauma è tale che le madri per lungo tempo non sognano, censurano il linguaggio onirico.

Si apre a questo punto una fase complessa, un periodo difficile sia per il neonato che per i genitori, sottoposti entrambi ad una sorta di trauma.

Il neonato pretermine sperimenta delle condizioni estremamente differenti tra il "dentro" e il "fuori", tra la situazione prima e dopo la nascita. Gli viene a mancare l'ossigeno e il nutrimento che riceveva naturalmente in utero dalla madre, così pure il calore dell'ambiente protettivo, del corpo materno. Non è in grado di far funzionare i polmoni e quindi necessita di macchine che gli forniscano l'ossigeno, e che gli diano il nutrimento. Il calore gli viene fornito dall'incubatore. Ma c'è un'altra differenza che deve affrontare, e che rende la sua condizione estremamente diversa: gli viene a mancare la sospensione nello spazio, la leggerezza che nell'utero gli permetteva di galleggiare nel liquido amniotico, nuotando; ora sperimenta la gravità, il senso di pesantezza che rende i suoi movimenti molto più difficili e impacciati. Anche i genitori si trovano a dover affrontare un compito difficile: accettare la differenza tra il figlio idealizzato, il figlio "perfetto", come lo immaginavano quando era "dentro", e il bambino reale che però non possono vedere, e toccare, perché è lontano, ricoverato in Rianimazione. Dovranno tollerare le incertezze che concernono innanzitutto la sua sopravvivenza, e in seguito i possibili danni che potrebbero esserci come esito della nascita prematura.

Il neonato a termine riceve dalla madre il latte, il calore delle sue braccia, la possibilità di muoversi nello spazio. Il contatto tra i due permette di mantenere, con le dovute differenze, quella comunicazione che aveva luogo in maniera più diretta e continuativa durante la gravidanza.

In tal modo continua e si rende più intensa e sofisticata quella comunicazione preverbale fatta di scambio e decodificazione di emozioni che gli psicoanalisti chiamano identificazione proiettiva, e che si collega alla capacità di rêverie della madre, altro concetto psicoanalitico introdotto da Bion.

La rêverie definisce quel particolare stato mentale della madre di cui il neonato e il lattante ha bisogno. Se la mente della madre si trova in uno stato di "calma recettività", può accogliere le sensazioni e le emozioni del neonato e dar loro un significato, in qualche modo svolgendo una sorta di processo di "digestione" delle emozioni.

Ma se la madre è presa da altre preoccupazioni non è in grado di svolgere questa funzione di integrazione delle esperienze, e allora il bambino si sente precipitare in un mondo senza senso, e quindi imprevedibile.

Il bambino piccolo sperimenta l'esperienza e si esprime attraverso il corpo. Non sa ciò che sta accadendo ma ha bisogno di qualcuno che lo interpreti, ha bisogno di una mamma che capisca e si accorga per es. se lui ha freddo, fame, sonno e che lo aiuti ad integrare le sensazioni che provengono dalle varie parti del corpo che non sono ancora sentite come un insieme, come parti di sé.

Con la nascita di un bambino pretermine il contatto tra i due viene a mancare da subito: la mamma si trova in un reparto -quando le cose vanno bene nello stesso ospedale- e il piccolo viene ricoverato urgentemente in un altro.

Inoltre ci troviamo qui con una mamma tutta presa dal suo trauma, dal suo dolore per la perdita del piccolo- sentito ancora come parte di sé- e pertanto non in grado di mettersi in sintonia con i bisogni del suo bambino, e di decodificarne i segnali.

Nel caso di una nascita prematura non avviene immediato contatto ed è probabile che la madre senta in qualche angolo del suo cuore di “essere pericolosa per il suo piccolo, di essere stata lei a causare in qualche modo la nascita prematura e i danni al figlio”; e se è così sarà combattuta tra il desiderio di avvicinarsi e di star lontana. “Non sono stata capace di tenerlo dentro, di proteggerlo”: se teme di non saperlo proteggere, meglio che se ne occupi qualcun altro, sente che il personale del reparto sa far meglio di lei.

Quindi non solo il neonato ma anche la madre è a sua volta bisognosa di cure, di accudimento.

Ogni donna attraversa un periodo di fragilità psicologica subito dopo il parto, che è fisiologica, e ha bisogno di avere vicino a sé qualcuno –un marito, una madre- che la sostenga. Questo si rende ancora più necessario quando le cose non sono andate bene, come nel caso di una nascita pretermine.

Spesso è il marito, il compagno, a svolgere questo ruolo di appoggio, che nel caso del ricovero del bambino si rivela essere qualcosa di più.

Il padre diventa la persona della famiglia che si fa carico in prima persona del sostegno e della cura degli altri, e assume su di sé le funzioni di tramite tra la mamma e il bambino, tra la famiglia e la moglie. E’ sempre il padre ad entrare nel reparto nei primi giorni, a venire a parlare coi medici.

Vorrei raccontare brevemente la storia di Luna, una bimba nata alla ventiseiesima settimana.

Subito dopo la nascita di Luna, la mamma rifiutò il contatto con la piccola. Il padre, scattò delle foto per farle vedere alla signora che ancora non era in grado per le sue condizioni fisiche di recarsi in reparto, ma lei rifiutò decisamente di guardarle: temeva, come disse in seguito, che la figlia fosse molto brutta o deforme.

E anche successivamente per alcuni giorni evitò di andare a vedere la bambina. Anche quando, sostenuta dal marito, riuscì a prendere contatto con la bimba, ed espresse il sollievo nel rendersi conto che era “solo piccola, ma aveva proprio tutto come un bambino vero”, per molto tempo raccontò, confidandosi con la psicologa, di non riuscire ad immaginarsela nel futuro, -era viva e reale solo nel presente, quando era accanto a lei-, appena lasciava il reparto aveva come un senso di estraneità come se la bimba non fosse nata, come se tutto ciò non stesse capitando a lei.

E’ stato soltanto dopo essere stata aiutata ad immaginare ed esprimere con le parole quelli che potevano essere i vissuti della piccola, che si è iniziato a creare nella madre uno spazio mentale, una sorta di *amnios psichico*, in cui poter “immaginare” la bambina. In tutto questo periodo la mamma non sognava, come se avesse perso la capacità di tenerla dentro la sua mente quando non era con lei.

La cosa interessante è che durante questa fase era il padre a fare moltissimi sogni sulla figlia, come svolgendo quella funzione di *rêverie* tipica delle madri, fintantoché la moglie non era in grado di farsene carico.

Solo con l’attenuarsi dell’angoscia e del senso di irrealtà la signora incominciò ad avere una attività onirica sulla bimba, a sognarla e ad immaginarla nel loro ambiente di vita.

A questo punto riuscì ad esprimere il proprio sentimento di inadeguatezza, e a chiedere di essere aiutata ad avvicinare la figlia.

Quando le condizioni della piccola lo permisero poté tenerla tra le braccia e a contatto col seno, fu incoraggiata a parlarle guardandola nelle sue espressioni, e recuperò lentamente fiducia in se stessa al punto di poter godere del contatto con lei.

Si poté osservare come l’investimento affettivo dei genitori sulla bambina si rivelò terapeutico su più livelli: psicologico, psicomotorio ed anche fisiologico. Infatti Luna, che alla nascita presentava problematiche respiratorie legate all’estrema prematurità, iniziò ad essere maggiormente reattiva e a richiedere una minor quantità di ossigeno. Anche le infezioni ebbero una remissione.

Nel momento in cui la madre si è sbloccata si è anche riappropriata della sua naturale funzione, e il padre ha potuto ristabilire il proprio ruolo dedicato alla protezione della coppia madre figlio.

Ci sembra importante accennare ad un altro aspetto tutt’altro che trascurabile, che riguarda la considerazione sociale e culturale nei confronti della gravidanza.

Fino a poco tempo fa la gravidanza era un fatto regolato dai soli principi naturali, dettati dal corpo della donna.

Nell’immaginario la gravidanza diventava un mistero e la sua assenza una catastrofe, catastrofe che investiva prima di tutto la donna, cui veniva attribuita ogni colpa al riguardo.

Oggi le moderne tecnologie permettono, fino ad un certo punto, di regolare la gravidanza in maniera artificiale, creando così l'illusione che tutto sia possibile in questo ambito: avere dei figli diventa così quasi uno "status" da raggiungere.

Ma, con la nascita prematura, la donna ritorna ad accusarsi dell'antica colpa di non essere stata in grado, non generando adeguatamente, di continuare la discendenza.

Questi sentimenti di inadeguatezza e di colpa che la donna prova, sono però ora vissuti molto più in solitudine che in passato, in quanto vissuti all'interno di un codice sociale e culturale che non li riconosce più.

A questo punto è importante sottolineare come anche il personale del reparto venga ad assumere una importante funzione di sostegno e aiuto alla madre, creando un ambiente accogliente che favorisce e facilita il suo incontro con il figlio.

Lo psicologo agevola il contatto tra i due membri della diade madre-bambino sia in termini concreti (ad esempio si fa fare al papà una foto del piccolo da mostrare alla moglie quando lei non è ancora in grado di alzarsi e venire in reparto) sia emotivamente, cercando di capire quello che succede alla mamma che interferisce con la sua capacità di contatto con la realtà del suo bambino.

Quando la mamma è in grado di recarsi in reparto a vedere il piccolo, deve sottoporsi, come tutti, ad una procedura complessa, che consiste nello spogliarsi dei propri oggetti personali e rivestirsi con un camice verde sottile, una cuffietta che copre i capelli, lavarsi e disinfettarsi accuratamente le mani. Questa procedura, le viene spiegato, si rende necessaria ai fini di evitare le infezioni ai neonati, portando germi e virus dal mondo esterno nel reparto.

Ma in fantasia le infezioni sono anche di un altro tipo. La perdita del controllo sul proprio corpo (evento improvviso del parto) fa sì che la mente cerchi una spiegazione dell'accaduto, attribuendo delle colpe a se stessa o agli altri (il bambino, i medici).

Inizialmente prevalgono le autoaccuse. Se sente di essere stata lei a danneggiare il suo bambino dentro, causandone la precoce espulsione, sarà spaventata di poterlo fare anche adesso, di rendersi portatrice di "infezioni" pericolose, di danneggiarlo infettandolo con i cattivi sentimenti di cui si sente portatrice.

L'etimologia della parola infezione deriva dal latino "infectus", "inficere", che significa mescolare una sostanza in un'altra, corrompere, avvelenare, inquinare.

La procedura, peraltro corretta da un punto di vista professionale, di avvertire le madri che tutti possono essere veicoli di infezioni in reparto, risuona come una conferma dei loro timori di essere "guaste" e di costituire un continuo agente di infezioni che possono condurre a morte il bambino. Il pensiero che domina è che loro non potranno mai "mischiarsi" ovvero entrare in simbiosi con il piccolo, perché si considerano potenzialmente pericolose.

Le madri in questo periodo sono estremamente vulnerabili perché in loro prevalgono le fantasie di autoaccusa e autoaggressività.

L'evento traumatico ha mutato bruscamente la loro posizione da protagoniste della gravidanza ad osservatrici passive: ora possono solo guardare da lontano, da dietro un vetro, un'équipe, composta in maggior parte da donne, che curano il loro bambino, lo alimentano e lo vezzeggiano, con la competenza e la sicurezza che ad esse viene a mancare.

Proprio per queste vicende complesse si rivela fondamentale sostenere i genitori in modo tale da consentire loro di riprendersi quelle funzioni genitoriali che sono state depotenziate dalla presenza di figure professionali che si "prendono cura" della loro prole. In tal modo si favorisce il loro investimento affettivo sul piccolo, e si aiuta ad avviare un processo di decolpevolizzazione nella madre.

La mamma, ancora ricoverata nel reparto di ostetricia, viene messa in contatto col suo bambino inizialmente dal marito, sia mediante le foto da lui scattate, sia attraverso il racconto emotivamente pregnante che lui le fa, descrivendo il piccolo, le sue caratteristiche, il suo stato di salute, e le cure che riceve all'interno del reparto.

Ricevere una rappresentazione del figlio come fisicamente integro, ben protetto e curato, e "caricato" di affettività, può permettere alla madre di avvicinarsi emotivamente a lui nella sua realtà, dandogli quello spazio mentale che è necessario per farlo vivere dentro di sé.

E' importante stare vicino alla mamma nel momento in cui entra in reparto e ha l'impatto con questo mondo a lei sconosciuto, così da fornirle un sostegno emotivo ed empatico, volto a farla sentire

compresa e accettata proprio quando è probabile si senta rifiutata dall'ambiente che protegge il suo piccolo, e spaventata dalle forti emozioni che la invadono mentre lo guarda.

Inizialmente la mamma, che si rende conto delle precarie condizioni di salute del figlio, lo immagina come se fosse già morto: non riesce a mettere insieme il ricordo del bambino che si muoveva dentro di lei e con il quale parlava, con quell'esserino fermo e immobile nell'incubatore. Non lo riconosce come tale, e il brusco distacco le fa vivere un lutto, la perdita del bambino vivo. Si verificano anche nella donna sensazioni di irrealtà sperimentate nel corpo, come se il feto fosse ancora dentro di lei.

La mamma viene aiutata per così dire a completare una sorta di "gravidanza psichica": viene incoraggiata a raccontare e in tal modo a far rivivere i ricordi del piccolo nel suo grembo, a fantasticare sul suo carattere, e a collegare quelle sue immagini interne al bimbo che le sta davanti.

Sarà così in grado di vivere se stessa come utile e indispensabile per la vita del figlio, e non più pericolosamente infettiva, e potrà toccarlo e prenderlo in braccio senza sentire di nuocerli.

Comincerà allora ad osservarlo con attenzione per assicurarsi che il bimbo sia integro, con tutti i suoi organi: nella sua fantasia, "averlo espulso" prima del tempo comporterebbe il non averlo completato nelle sue diverse parti del corpo. Alcune madri arrivano a contare le dita delle mani per assicurarsi che ci siano tutte. Questa fantasia in apparenza bizzarra, allude ad un non completamento psicologico del rapporto madre figlio.

La mamma di Carina, per molto tempo, non è voluta entrare in reparto: sentiva di disturbare l'équipe che stava lavorando.

Pensava che entrando avrebbe spostato l'attenzione dalla bimba su di sé e che questo in qualche modo avrebbe ostacolato il lavoro delle infermiere e dei medici; quando in seguito è riuscita ad entrare rimaneva lì vicino all'incubatore senza osare introdurre le mani negli oblò nonostante venisse esortata a farlo, per il timore di infettare la bambina.

Questi vissuti creano una distanza psicologico- emotiva difficile da modificare anche in seguito. Doversi continuamente confrontare con tutte le altre figure che si sono avvicinate sul piccolo per accudirlo le renderà difficile sentire il suo ruolo di madre come qualcosa di esclusivo ed unico.

A mano a mano che i genitori si riappropriano delle proprie funzioni e acquistano capacità e sicurezza in se stessi, il loro atteggiamento nei confronti del reparto inizia a cambiare: cominciano a non avere più nei confronti del personale e del reparto nel suo insieme quel rispetto quasi reverenziale dei primi tempi. Anzi aumentano le proteste e l'aggressività: vengono colte e sottolineate le imperfezioni, i piccoli o grandi errori, le disattenzioni del personale. L'aggressività non è più diretta verso di sé ma è spostata sul reparto.

E' venuta meno quella idealizzazione del reparto per cui all'inizio tutto sembrava perfetto, in quanto in grado di garantire la sopravvivenza del piccolo, cosa che lei, la mamma, non era stata in grado di fare. Ora i genitori pian piano nel corso delle settimane e dei mesi sono diventati più in grado di conoscere il loro bambino, di capirne e decifrarne i comportamenti e rispondere ai suoi bisogni, e si sentono rinforzati nella loro capacità di "fare i genitori". La fantasia che prevale è che le cose che non vanno, le manchevolezze e le incapacità – cioè tutte le cose cattive e pericolose che possono far danno al bambino- rimangono nel reparto, e portandosi via il figlio ci si libera di tutto quello che non va, che rimane nell'ospedale.

La mamma si appropria della propria capacità di protesta; ora può permettersi di non essere solo "buona". Ma a questo punto è ancora difficile tollerare dentro di sé sia le parti buone, sia quelle ostili e pericolose che coesistono; allora le parti cattive vengono espulse nel reparto, e di conseguenza comincia ad attaccare il personale. E' a questo punto che i genitori portano scompiglio nel reparto, e il personale si trova a dover gestire le emozioni, dei genitori e le proprie, cosa a cui non è preparato.

All'interno di queste dinamiche intra e interpersonali, lo psicologo filtra la comunicazione tra le diverse parti in causa per favorire l'alleanza terapeutica con lo staff di reparto e la famiglia del bambino. In tal modo evita che le frustrazioni che i genitori sentono ad un certo punto dell'ospedalizzazione si materializzino in qualcosa di cronico e immodificabile, identificando il reparto come nemico e cattivo perché non "guarisce" il bambino e non lo restituisce alla famiglia.

Ma quando arriva veramente il momento delle dimissioni, ecco di nuovo comparire l'ansia di non essere in grado di far fronte all'imprevisto, senza l'aiuto delle infermiere esperte e delle macchine che valutano

lo stato di salute e le funzioni del piccolo. Spesso si sente chiedere dai genitori “non potreste tenercelo ancora un po’?” Di solito il momento della dimissione dall’ospedale viene a coincidere con la data prevista del parto.

In fondo potremmo dire che il reparto simbolicamente è stato vissuto come una sorta di utero, necessario nei confronti del feto, ma da cui arriva il momento in cui il bambino deve essere “espulso-dimesso”. Così le dimissioni vengono vissute come un nuovo parto, con tutte le ansie e incertezze che questo comporta, e che devono essere tollerate.

Con questa ricerca si viene ad evidenziare come il favorire la stabilizzazione della relazione materna, nel caso di bambini nati estremamente pretermine, ha delle ricadute anche su tutti gli aspetti gestionali del reparto.

Infatti l’aiuto allo sviluppo della funzione di rêverie della madre ha un effetto terapeutico per il neonato per quanto concerne sia lo sviluppo psicomotorio che l’accelerazione dell’instaurarsi delle sue funzioni fisiologiche: suzione valida, diminuzione del fabbisogno di ossigeno, maggiore resistenza alle infezioni, regolazione delle funzioni intestinali. Contemporaneamente la madre riesce a stimolare la produzione del latte, così da essere in grado di nutrire con esso il suo piccolo.

Pertanto si viene a realizzare una sincronizzazione di interventi multifattoriali (medici, psicologici) finalizzati a favorire il benessere psicofisico del bambino, e una maggiore integrazione della coppia genitoriale.