

Aspetti medici del bambino deprivato ed indicatori del maltrattamento infantile.

Dott. Canale Andrea – Psichiatra

La condizione di povertà e arretratezza dei paesi dai quali provengono i bambini che vanno in adozione internazionale è causa di gravi carenze in ambito sanitario, ciò condiziona pesantemente i primi anni di vita di questi bambini.

Quali sono le condizioni mediche del bambino che vive in istituto?

Il bambino che vive in istituto è il cosiddetto bambino deprivato; cioè un bambino che si trova in una condizione ambientale ai limiti della sopravvivenza con carenze multiple di tipo fisico-nutrizionale ed affettivo. Si tratta di bambini che in molti casi non hanno mai sperimentato le cure materne oppure che le hanno ricevute solo per un brevissimo periodo.

Com'è comprensibile questa estrema condizione ambientale produce effetti variabili a seconda della natura e della durata delle carenze stesse ed anche, a seconda dell'età del bambino e delle sue caratteristiche costituzionali fisiche e psicologiche.

Con tutti i limiti che le generalizzazioni impongono e consigliano si possono riassumere le carenze cui più spesso è esposto il bambino in istituto?

Per comodità descrittiva può essere utile distinguere le carenze e le trascuratezze a livello fisico dalle carenze e dai maltrattamenti di tipo psicologico.

La condizione di carenza o trascuratezza a livello fisico è spesso rappresentata da:

- una inadeguata alimentazione, insufficiente rispetto al fabbisogno nutrizionale in età evolutiva con carenza proteico-calorica e carenze vitaminiche. Frequente ad esempio l'insufficiente apporto dietetico di vitamina D che se accompagnato a scarsa esposizione solare determina il rachitismo infantile; questa malattia è caratterizzata da anomalie della normale ossificazione con ritardo nella chiusura delle fontanelle craniche, scoliosi, incurvamento delle ossa lunghe, ipotonia muscolare e mialgie diffuse. La somministrazione di una dieta opportuna e di vit. D insieme all'esposizione solare determina la remissione di tale malattia. L'insufficiente apporto di vitamine del gruppo B

determina turbe del trofismo della pelle; la più comune è la pellagra (da carenza di niacina) che si manifesta con dermatite secca, infiammazione delle mucose, ansia ed irritabilità. L'insufficienza di vitamine E e K ha implicazioni sulla coagulazione e l'emolisi e sul normale sviluppo muscolare. L'insufficienza di vitamina A protettrice degli epitelii può causare disturbi visivi (cecità notturna) e secchezza oculare ed anche diminuita resistenza alle infezioni che si sviluppano attraverso le superfici epiteliali. L'insufficienza di vitamina C, importante nei meccanismi di riparazione delle mucose, può essere causa di scorbutto infantile o malattia di Barlow caratterizzata da debolezza, facile stancabilità, anemia, malattie gengivali, tendenza alle petecchie ed alle emorragie mucose e cutanee ed indurimento su base degenerativa muscolare soprattutto delle cosce e dei polpacci.

Altri tipi di trascuratezza in istituto sono poi rappresentati dai:

- ritmi irregolari di vita
- un abbigliamento sconveniente alla stagione
- la mancanza di igiene
- il maltrattamento fisico con in alcuni casi sfruttamento ed abusi sul bambino
- l'inadempienza delle vaccinazioni obbligatorie. In tal caso, all'arrivo del bambino, saranno da effettuare o integrare gli opportuni richiami vaccinali attenendosi al calendario vaccinale per l'età evolutiva in uso nel nostro paese :
obbligatorie (antidifterica, antitetanica, antipolio ed antiepatite B);
raccomandate (anti-pertosse, parotite, rosolia, morbillo ed hemophilus influenzae).

Carenze e trascuratezza in istituto influenzano lo sviluppo fisico del bambino?

Senz'altro: molto spesso le condizioni di carenza e trascuratezza prima considerate producono danni abbastanza evidenti sulle condizioni fisiche del bambino; le conseguenze più frequenti ed importanti sono:

- il ritardo ponderale e della crescita. In alcuni casi, purtroppo, fino a quadri di nanismo nutrizionale con disturbi dell'alvo, maturazione ossea ritardata,

accrescimento staturale-ponderale rallentato con normali livelli di GH (l'ormone della crescita). Utile nei casi sospetti l'esame auxologico dal pediatra che valuterà l'entità del ritardo staturale, il rapporto peso-altezza e tronco-arti, il rapporto età ossea / età cronologica, la velocità di accrescimento osseo ed altri parametri di crescita utili.

Altri effetti sulle condizioni fisiche sono:

- l'ipotonia muscolare nei neonati
- il pallore
- la denutrizione e la fame persistente
- l'astenia
- carie dentarie e malattie gengivali
- le dermatiti e le lesioni dermatologiche come ad esempio le bruciature di sigaretta, la presenza di graffi o tagli, le tracce di lacci o corde, la presenza di ematomi
- l'evidenza di postumi di malattie trascurate o mal curate come raffreddori cronici, bronchiti, polmoniti, otiti e tonsilliti croniche, ecc...
- la presenza di postumi di ferite o contusioni dovute per esempio a cadute per inadeguato accadimento o a percosse
- la presenza di lesioni agli occhi come ad esempio emorragie congiuntivali la cui guarigione è lenta e può richiedere anche 4-5 mesi
- la presenza, purtroppo frequente, di sintomi legati all'abuso di sonniferi o calmanti somministrati in istituto per sedare i bambini; questi sintomi sono: sonnolenza, astenia, rallentamento psicomotorio e diminuzione dei riflessi. L'uso pregresso di questi farmaci (BDZ) può provocare nel bambino quando se ne interrompe l'uso una sindrome da astinenza caratterizzata da ansia, irritabilità, tremori, tensione muscolare, nausea, insonnia grave e nei casi più gravi anche convulsioni.

Considerando adesso l'ambito psicologico, quali sono gli aspetti più significativi?

Sul maltrattamento psicologico cui è sottoposto il bambino in istituto va detto che questo compromette in modo immediato e spesso anche a lungo termine il comportamento del bambino, il suo sviluppo affettivo, le sue capacità cognitive e le sue funzioni fisiche.

Forme di maltrattamento psicologico sono ad esempio gli atteggiamenti di rifiuto, di svalutazione, di minaccia, di isolamento, di sfruttamento o di indifferenza affettiva perpetuate sul bambino dalle figure preposte all'accudimento all'interno degli istituti.

Il maltrattamento psicologico può causare disturbi fisici?

Certamente e, purtroppo, anche piuttosto spesso; eccone alcuni esempi:

- disturbi a livello alimentare come il vomito nei bambini più piccoli
- ritardo nello sviluppo fisico e, nei casi più gravi, il cosiddetto nanismo da privazione affettiva con aspetto armonico, maturazione ossea ritardata, accrescimento staturale molto rallentato e livelli di GH normali o diminuiti
- mancata acquisizione o perdita del controllo sfinterico con enuresi ed encopresi
- disturbi psicosomatici e psicomotori

Quanto al carattere ed al comportamento del bambino come ne viene influenzato?

Come conseguenza delle carenze e dei maltrattamenti psicologici prima descritti i bambini provenienti dagli istituti presentano spesso dei comportamenti caratteristici ed atipici. Tali comportamenti sono naturalmente diversi da un bambino all'altro in funzione del temperamento. Fra questi comportamenti possono essere ricordati:

- la diffidenza e l'ostilità nel contatto con gli adulti oppure all'opposto un attaccamento indiscriminato a tutti gli estranei o più spesso un attaccamento disorganizzato ed incoerente
- un comportamento sospettoso oppure troppo premuroso o eccessivamente pauroso
- l'estrema dipendenza dal giudizio dei genitori adottivi
- le manifestazioni d'ansia quando altri bambini gridano, ciò si osserva spesso quando i maltrattamenti subiti sono stati frequenti e ripetuti
- l'aggressività eccessiva verso i genitori adottivi e verso i compagni

- le autostimolazioni come succhiare continuamente, mordere, battere la testa o altre stereotipie motorie
- la tendenza all'isolamento
- la possessività esagerata
- l'infantilismo; il bambino si comporta come un bambino più piccolo regredendo a stadi precedenti dello sviluppo per recuperare specifiche lacune che si sono determinate nel suo sviluppo psico-affettivo
- l'apatia con povertà di motivazioni ed interessi
- l'insonnia e gli incubi ricorrenti
- la stanchezza persistente
- la difficoltà di concentrazione
- il disagio scolastico
- i comportamenti autolesionistici

In che modo carenze e trascuratezze psicologiche possono indurre tutte queste atipie comportamentali, in altri termini come incidono sullo sviluppo psicologico del bambino?

A questo proposito va ricordato che i bambini che vanno in adozione hanno vissuto, prima dell'incontro con la famiglia adottiva, un'esperienza traumatica quale quella dell'abbandono e dell'istituzionalizzazione. E' doveroso pertanto interrogarsi su quali possano essere state le conseguenze sul loro sviluppo psicologico e in che misura l'adozione si possa immaginare o possa anche configurarsi come una condizione "riparativa" dello svantaggio iniziale. Il compito della famiglia adottiva, come si può intuire, non è sotto questo riguardo semplice e va adeguatamente valorizzato. L'adozione com'è noto si realizza sempre attraverso un percorso complesso, che parte da due situazioni di svantaggio: del minore e spesso anche della coppia adottiva. E' pertanto fondamentale per la coppia adottiva, oltre alla soddisfazione dei criteri formali di conoscenza relativi all'adozione, l'acquisizione della piena consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti e soprattutto degli strumenti di comprensione dei modi che i bambini utilizzano più spesso per far fronte al trauma

ed alla sofferenza originaria (meccanismi di difesa, disarmonie comportamentali, ecc.).

Nel bambino fin dalla nascita il bisogno e la capacità di relazione è modulato attraverso il sistema motivazionale dell'attaccamento. Il rapporto adulto-bambino in grado di favorire il bambino, ovvero di garantirne uno sviluppo psico-affettivo armonico, non è qualsiasi attaccamento, deve trattarsi di un buon attaccamento. L'attaccamento "buono" è il cosiddetto attaccamento sicuro e produce nel bambino sicurezza, fiducia negli altri, senso positivo della vita, fornendo al bambino una base sicura da intendersi come punto di riferimento da cui partire per esplorare l'ambiente e nel contempo un rifugio sicuro.

Ma l'attaccamento che si realizza in istituto per ovvi motivi non è quasi mai un attaccamento sicuro. Spesso si tratta di un attaccamento insicuro-evitante, ansioso-ambivalente o, nei casi più gravi e purtroppo non rari, si tratta di un attaccamento disorganizzato. Ciò comporta, quando non viene posto rimedio, difficoltà immediate e future per la vita emotivo-affettiva dei bambini. Da questa prospettiva, risulta di estrema importanza fornire al bambino immediatamente un contesto familiare adottivo che costituisca una base sicura e garantisca comprensione empatica e disponibilità affettiva.

Il bambino in istituto è spesso maltrattato ed a volte abusato, paura ed angoscia sono trasmesse al bambino dalla stessa figura di accudimento-attaccamento cui il bambino è legato. La situazione paradossale in cui la figura di attaccamento maltrattante è fonte di attrazione e paura al tempo stesso può essere alla base della disorganizzazione del comportamento del bambino. Questa disorganizzazione può rendere ragione di alcuni comportamenti disarmonici, spesso espressi e chiaramente manifesti a livello psicomotorio, dei bambini provenienti dagli istituti: per esempio quando vedono arrivare la figura di attaccamento vanno verso di lei ma contemporaneamente si coprono gli occhi oppure volgono lo sguardo altrove.

Certo, correggere le distorsioni di un attaccamento mal posto è un percorso complesso e perciò spesso lungo e laborioso; in tutti i casi va comunque

raccomandato e realizzato con costanza e pazienza dalla coppia adottiva meglio se con il supporto e la guida di uno psicologo. Vero è che l'attaccamento evitante, ambivalente o, peggio, disorganizzato si radica nei primi anni di vita, ma altrettanto vero e certo è che il bambino dispone di grandi risorse affettive e cognitive spesso più che sufficienti a fargli superare le sofferenze passate e a consentirgli di stabilire attaccamenti più sereni e sicuri.

In quest'ottica un atteggiamento da parte dei genitori adottivi volto a ristabilire e garantire la cosiddetta circolarità affettiva attraverso un attaccamento sicuro rappresenta una eccezionale "occasione" per il bambino proveniente dall'istituto: è essenziale per fargli acquisire serenità, è fondamentale nel determinare il modo in cui il bambino vede e vedrà se stesso e gli altri, nel determinare le sue aspettative verso chi entra in rapporto con lui ed i comportamenti che mette e metterà in futuro in atto.

In sintesi possiamo ragionevolmente concludere che la riparazione dei danni fisici e psicologici spesso numerosi che osserviamo nei bambini deprivati è sicuramente possibile. Allo scopo l'essenziale è fornire al bambino un ambiente confortevole che gli consenta di recuperare in tempi brevi la salute fisica e di recuperare anche la salute psicologica attraverso un atteggiamento genitoriale attento, coerente e sensibile ai bisogni affettivi del bambino, primi fra tutti il bisogno di contatto, di gratificazione e di ascolto.