
LA DERMATITE ATOPICA NELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

INDICE:

- **Introduzione**
- **La Dermatite Atopica**
- **La cosiddetta Struttura Allergica e le Sindromi Psicofisiche**
- **Contributi Interpersonali alla Psicosomatica Infantile**
- **La relazione Madre-Bambino come sistema di regolazione**
- **La diade Madre-Bambino come "Campo Relazionale"**
- **Eczema infantile e Peculiarità della relazione Madre-Bambino**
- **Osservazione di alcuni casi**
- **Bibliografia**

INTRODUZIONE

Da alcuni anni svolgo un'attività di ricerca presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. Lo studio concerne la valutazione della condizione psicologica dei genitori di bambini affetti da dermatite atopica (DA). La dermatite atopica è una patologia cronica multifattoriale, la cui prevalenza in Italia risulta essere attualmente stimata oltre al 15%. Il decorso cronico-ricidivante della malattia ha un'influenza negativa sulla qualità e sullo stile di vita del bambino e della sua famiglia. Pertanto sono stati proposti ed avviati gruppi di educazione genitoriale con la collaborazione di figure professionali quali un pediatra/allergologo e un dermatologo. Il modello al quale mi ispiro, si basa sulla metodologia utilizzata in uno studio multicentrico tedesco denominato «Berlin Model» [Wenninger et al., 2000].

L'esperienza è articolata con le seguenti modalità: preliminarmente svolgo un colloquio con la coppia, nel quale effettuo una raccolta di dati socio-anagrafici e anamnestici relativi a: vissuto della gravidanza, vissuto del parto, primo contatto con il bambino, caratteristiche salienti dello sviluppo del bambino, familiarità della patologia e vissuti dei genitori relativi alla stessa. Nel corso di questo primo contatto illustro le modalità ed enucleo gli argomenti oggetto del programma di educazione genitoriale ed infine somministro alcuni test relativi alla valutazione del benessere/malessere psicologico dei genitori [Symptom Questionnaire, Fava, Kellner, 1982] e alla valutazione della qualità e dello stile di vita [Infants' Dermatitis Quality of Life Index, Lewis-Jones et al., 2001; Dermatitis Family Impact Questionnaire, Lawson et al., 1998].

Successivamente al colloquio preliminare i genitori (in particolare le madri) prendono parte ad un ciclo di incontri (n.6) di gruppo con frequenza settimanale, della durata di circa due ore. Le sessioni di gruppo sono articolate nel modo seguente: nella prima parte si informano i genitori relativamente all'argomento in oggetto e successivamente vengono accolte le domande formulate in relazione alla tematica trattata. Nel primo incontro invito le madri a parlare dei propri bambini e di quelle che sono le preoccupazioni salienti riguardo alla patologia. Dopo questa prima fase di conoscenza, nel corso della seconda sessione di gruppo, il pediatra/allergologo tratta l'argomento relativo alla epidemiologia della patologia (percentuale dei bambini affetti da DA, esordio e andamento della patologia, fattori connessi nell'eziopatogenesi). Il terzo incontro prende in esame gli aspetti diagnostici ed i fattori allergici connessi con la patologia. Si informano i genitori circa i test utilizzati (prick, patch, RAST, challenge). La quarta sessione è dedicata alla terapia della patologia e alle caratteristiche della pelle del bambino affetto da DA. Il dermatologo informa i genitori circa l'utilizzo dei farmaci specifici in relazione alla presenza e persistenza dei sintomi. La farmacoterapia oscilla tra l'impiego di semplici creme idratanti, qualora si tratti di forme di dermatiti lievi, e l'utilizzo di antistaminici, antinfiammatori, farmaci steroidei, nei casi di dermatite più severa e presenza costante del sintomo del prurito. Il quinto incontro riguarda gli aspetti psicologici connessi con il sintomo del prurito. In questa fase, sono io che illustro ai genitori alcune tecniche comportamentali per attenuare gli eventuali circoli viziosi quali prurito/grattamento, invito le madri ad osservare le proprie reazioni riguardo al comportamento del grattarsi; per i pazienti più piccoli invito le madri a praticare la tecnica dell'infant massage, adeguatamente adattata per i bambini affetti da DA. L'ultimo incontro è dedicato alle alterazioni del ritmo sonno-veglia. Sono sempre io che descrivo le caratteristiche salienti del sonno del bambino nei primi mesi di vita, invito le madri a parlare delle difficoltà incontrate nell'educare i propri bambini ad un buon sonno, accolgo le loro domande e propongo alcune strategie di intervento, volte ad attenuare eventuali circoli viziosi rinforzati dalla presenza del sintomo del prurito.

Decorso due/tre mesi dal ciclo di incontri di educazione genitoriale effettuo dei colloqui individuali di follow up con le madri. Nel corso di tali colloqui propongo una seconda somministrazione dei test sopra menzionati (SQ, IDQOL, DFIQ) e sottopongo alle madri un questionario non standardizzato appositamente redatto per la valutazione dell'indice di gradimento del corso.

Attualmente i dati raccolti relativi a 21 famiglie [Aiazzi et al., 2005] mostrano che i livelli di malessere psicologico (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) si riducono sensibilmente conseguentemente alla partecipazione al programma di educazione genitoriale. Il questionario di gradimento inoltre mostra che la maggior parte delle madri risulta soddisfatta dal programma (83%), sviluppa un atteggiamento «più sereno» nei confronti della patologia (78%), registra un miglioramento nella qualità della relazione con il bambino (61%), osserva una riduzione del sintomo del prurito (56%). Il 33% rileva una maggiore stabilità dei ritmi sonno-veglia.

Nel corso dei colloqui individuali con le madri dei bambini affetti da dermatite atopica, emergono vissuti di isolamento, scoraggiamento, stanchezza insieme alla presenza di sentimenti di vergogna e inadeguatezza relativi all'aspetto del bambino, tali da farlo percepire come profondamente malato. In ultima analisi, il bimbo reale percepito dalla madre si discosta di gran lunga dal bimbo bello e sano fantasticato nel corso della gravidanza. Emerge anche un sentimento di inadeguatezza nel ruolo di madre e questo può essere correlato al precoce esordio della patologia, nonché all'andamento cronico-ricidivante. Nei primi mesi di vita quando la madre ed il suo piccolo si accingono a compiere i primi passi della loro danza, alla ricerca della conferma e della convalida delle proprie mosse, la dermatite atopica si insinua come un elemento di forte disturbo.

Come evidenziato anche dalla letteratura rilevo nella maggior parte dei bambini un'assenza dell'oggetto transizionale e una persistente presenza dei precursori dell'oggetto transizionale [Gaddini R., 1980].

Conseguentemente a tali osservazioni viene ipotizzato che la dermatite atopica possa essere considerata un rilevante fattore di rischio nello sviluppo di eventuali disarmonie relazionali tra il bambino ed il suo caregiver e questo, è tanto più vero, quanto più è precoce il suo esordio.

La letteratura psicoanalitica relativa alla dermatite atopica dell'infanzia, da una parte prende in esame le caratteristiche della personalità materna [Spitz, 1965; Bassi, 1977; Kreisler, 1981; Guidetti et al., 1982; Fabbri et al., 1991; Mochi, 1988] identificando una carenza dell'holding e della cura tattile, iperprotettività e ostilità, depressione; dall'altra pone in evidenza alcune peculiarità del temperamento dei bambini affetti da dermatite atopica: difficoltà nell'espressione dell'aggressività, caratteristiche della personalità allergica [Fain, 1969; Kreisler, 1981; Fabbri et al., 1991].

Considerando la dermatite atopica all'interno della prospettiva della psicosomatica dell'età evolutiva e la relazione madre bambino come un sistema di regolazione [Taylor, 1987], mutuando da Stern [1985] il concetto di campo relazionale il presente lavoro si propone di fare luce su alcune considerazioni emerse dalla osservazione in un contesto di gioco di madri e bambini affetti da dermatite atopica.

LA DERMATITE ATOPICA

L'atopia è una predisposizione genetica per la quale si verifica una esagerata risposta cutanea o della mucosa a una varietà di stimoli ambientali. I fenomeni principali di atopia sono l'Asma, l'Atopia, la Rinocongiuntivite Atopica, la Dermatite Atopica (DA) [Hanifin e Tofte, 1999]. Nel 1808 Robert Willan per primo descrive la DA [Holden, 1992]; nel 1892 Besnier definisce questo quadro come prurito diatesico e per molti anni la DA è stata chiamata Prurigo di Besnier. Nei primi anni '20 Coca e Cooke [1923; 1925] introducono il termine "atopia" per descrivere alcuni fenomeni di ipersensibilità quali la rinite allergica e l'asma bronchiale. Successivamente Wise e Sulzberger [1933] propongono il termine "dermatite atopica" per indicare "tipi mal definiti di lichenificazione localizzata e generalizzata, neurodermatite generalizzata o manifestazione di atopia"

La DA rappresenta oggi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica in molti paesi ad alto sviluppo, con una prevalenza nell'infanzia del 10-20%. In Europa la patologia si è triplicata negli ultimi 30 anni e questo aumento è maggiore nell'Europa del nord rispetto a quella del sud. Inoltre la malattia si osserva assai di più nelle aree industrializzate rispetto a quelle rurali e nelle classi sociali più elevate. Sicuramente, lo stile di vita e i fattori ambientali svolgono un ruolo fondamentale nel determinare la malattia [Patrizi et al., 2003].

Si tratta di una patologia cronica recidivante a prevalente espressività cutanea. Carattere costante è il prurito intenso con lesioni eczematose che compaiono in sedi tipiche: nel lattante a livello delle guance, con successiva diffusione alle regioni flessorie degli arti ed in regione retro auricolare; mentre nelle età successive l'eczema può diffondersi al tronco [Magrini e Pitter, 1999].

In merito alla classificazione clinico-diagnostica si fa riferimento ai criteri proposti da Hanifin e Rajka [1980]. Gli autori propongono una distinzione fra criteri maggiori e minori. La presenza di tre criteri maggiori e almeno tre criteri minori orienta verso una diagnosi di DA. Tra i criteri maggiori quello che caratterizza particolarmente la diagnosi di dermatite atopica è il prurito. Esso rappresenta il sintomo più importante, e costituisce una fonte di notevole disagio per il bambino e per la sua famiglia. La presenza del prurito si manifesta di frequente con il grattamento. Prima del terzo mese, quando ancora non è completamente presente il riflesso di grattamento, in alternativa al prurito compaiono irritabilità psicomotoria e/o disturbi del sonno.

E' una malattia ancora in gran parte sconosciuta, sebbene sia oggetto di numerosi studi. In particolare, anche se la presenza di una sensibilizzazione IgE-mediata si osserva in circa il 70-80% dei pazienti (DA estrinseca), esiste un altro tipo di DA (DA intrinseca), non associata a sensibilizzazione IgE-mediata, che interessa il 20-30% dei casi.

Attualmente la dermatite atopica è considerata una patologia multifattoriale. La predisposizione genetica rappresenta l'elemento centrale e fattori esogeni ambientali, psicologici, trofo e/o pneumoallergeni e allergeni da contatto rappresentano gli elementi scatenanti.

Gli studi fatti sulla DA documentano l'importanza della sua familiarità ed è classificata come una patologia in cui i fattori ambientali agiscono su una vulnerabilità genetica dell'individuo. Nel 60% dei casi di DA si può dimostrare una storia familiare per Atopia, in altre parole se un genitore ha una diatesi atopica vi sono il 60% delle possibilità che i figli siano atopici. Se entrambi i genitori sono atopici la percentuale aumenta fino all'80%.

Esiste un accordo generale nel ritenere che la predisposizione genetica allo sviluppo della malattia sia poligenica, così come per l'atopia respiratoria. Tali geni favorirebbero l'estrinsecazione dell'atopia a livello dell'organo pelle, in quanto in grado di influire sulla capacità cutanea di sviluppare infiammazione e reazioni immunitarie.

L'eziopatogenesi della DA è ancora in gran parte sconosciuta, tuttavia la teoria allergeoimmunologica resta a tutt'oggi la più accreditata. Oltre ai cheratinociti ed ai fibroblasti anche le cellule dendritiche giocano un ruolo cardine nello sviluppo della reazione immunitaria che la caratterizza. La barriera cutanea risulta alterata.

Nella dermatite atopica molti sono i fattori che interagiscono nello sviluppo della malattia e numerose le controversie.

Tra i fattori scatenanti un ruolo fondamentale è svolto dagli alimenti, anche se non sempre si osservano correlazioni tra effetti clinici e positività ai test allergologici e solo il 20-40% dei bambini presenta un miglioramento dopo una dieta d'esclusione.

In merito ai fattori ambientali sono notevoli i contributi che indicano i dermatofagoides o più comunemente acari della polvere, quale fattore scatenante. Attualmente però non esiste una controprova sicura fra riduzione della carica ambientale di dermatofagoides o sua iposensibilizzazione e benefici sulla sintomatologia eczematosa.

I fattori psicologici sono considerati di particolare rilevanza nel mantenimento della patologia [Bonifazi et al., 1992]. Studi recenti mettono in luce l'influenza positiva di programmi di educazione genitoriale condotti in team multidisciplinare (allergologo/dermatologo/psicologo) sulla capacità dei genitori di far fronte alla cronicità della patologia e sul conseguimento di una qualità e uno stile di vita migliori per il bambino e la sua famiglia [Staab et al., 2002; Ricci et al., 2004].

LA COSIDDETTA STRUTTURA ALLERGICA E LE SINDROMI PSICOFISICHE

Intendo dare una lettura della dermatite atopica all'interno della più ampia prospettiva della psicosomatica dell'età evolutiva, con particolare riferimento alla scuola degli autori francesi

dell'Istituto di psicosomatica di Parigi (Kreisler, Fain, Soulé) e di seguito definire il concetto di sindromi psicofisiche espresso da Eugenio Gaddini.

Kreisler, definisce la patologia psicosomatica come «*i disordini organici, lesionali o funzionali, la cui genesi ed evoluzione vede una prevalente partecipazione psicologica*» [1985, p. 447]. I disturbi vengono classificati in base alle funzioni che vanno ad ostacolare: il sonno, l'alimentazione, l'eliminazione, la respirazione, la motricità, la crescita, etc. (Tab. I) [1985, p. 449].

Tabella I
Patologia psicosomatica del bambino
Nomenclatura medica

Disturbi a espressione nervosa

Disturbi del sonno: insonnia, ipersonnia, attacchi di angoscia notturna

Disturbi alimentari

Anoressia: selezioni alimentari

Inadeguatezza motoria: assenza di masticazione, persistenza della deglutizione primaria

Ingestioni alimentari aberranti: coprofagia, geofagia, tricofagia, pica

Bulimia, Potomania

Disordini digestivi

Vomiti, mericismo, sindrome di vomiti ciclici

Coliche del primo trimestre, dolori addominali

Coliti, rettocoliti, Ulcera gastroduodenale

Disturbi dell'eliminazione

Stipsi, Megacolon psicogeno, Diarrea

Disturbi respiratori

Asma, Laringospasmi

Disturbi cutanei

Eczema, orticaria, alopecia, psoriasi

Sindromi generali

Disturbi della crescita (nanismo psicogeno), malnutrizione

Obesità

Malattie allergiche

Infezioni ripetute

Kreisler [1981; 1985] individua nell'eziopatogenesi dei disturbi dell'età infantile determinati fattori ambientali. L'osservazione clinica testimonia come, molto spesso, il disturbo psicosomatico del bambino sia preceduto da mutamenti delle condizioni esterne (nascita di un fratellino, disagio scolastico, conflitto familiare, scomparsa di un genitore, lutto). L'autore distingue i fattori ambientali patogeni in due tipologie: il sovraccarico delle eccitazioni da una parte e l'insufficienza delle

stimolazioni e la carenza dall'altra. Ne consegue che la costruzione di un'organizzazione psicosomatica equilibrata è ostacolata dalle condizioni sfavorevoli che caratterizzano l'ambiente che circonda il bambino. L'autore sottolinea inoltre come la personalità di determinati bambini possa essere contraddistinta da una peculiare fragilità psicosomatica.

L'autore [1981] avanza l'ipotesi dell'esistenza di *personalità o strutture psicosomatiche vulnerabili*. Egli individua principalmente quattro tipologie di strutture infantili a rischio psicosomatico: la nevrosi di comportamento; alcuni funzionamenti nevrotici di tipo ansioso-fobico; la struttura cosiddetta allergica; gli stati di disorganizzazione.

Relativamente alla disamina della dermatite atopica mi interessa enucleare alcune considerazioni evidenziate da Kreisler in fattispecie in relazione alla cosiddetta struttura allergica.

Le osservazioni cliniche effettuate dall'Istituto di psicosomatica di Parigi rilevano come, in più di un terzo di bambini sofferenti di eczema, siano emersi, a partire dalla fase di latenza, i tratti caratteristici della personalità detta allergica, descritta da P. Marty [1958]. Si evidenzia una particolare tipologia di relazione oggettuale caratterizzata da: un bisogno permanente di aggrappamento alle persone e all'ambiente, una mancanza di personalizzazione dell'attaccamento (relazione oggettuale indifferenziata), l'evitamento delle situazioni conflittuali, che si realizza attraverso l'annullamento della propria aggressività e la negazione di essa negli altri e la sostituzione rapida di un oggetto di attaccamento con un altro [Kreisler, 1981]. Tali caratteristiche testimoniano la presenza di un funzionamento psicoaffettivo primitivo e il blocco del processo di individuazione-separazione.

Le relazioni interpersonali che questi bambini intrattengono sono caratterizzate dalla presenza di molti compagni, ma da pochi legami stabili. Il loro atteggiamento peculiare è quello di evitare lo scontro, cercando di appianare i conflitti. Si evidenzia pertanto una tendenza ad idealizzare le relazioni interpersonali. Si tratta di bambini contraddistinti da una capacità di contatto immediato e senza freno, da una familiarità eccessiva rispetto all'età.

Fain [1969] individua, quale modalità difensiva prevalente dell'economia psicosomatica della personalità allergica, lo spostamento. Tale modalità predispone ad una grande vulnerabilità in quanto facilmente travolta da circostanze quali: situazioni di rivalità, separazioni, conflitti coniugali tra i genitori, lutti. L'insorgenza della crisi o della successione di crisi incrementa la dipendenza del soggetto.

Kreisler si domanda quale sia l'origine della struttura allergica, se si tratti di una predisposizione genetica o se si costituisca in seguito alle esperienze precoci nella relazione duale primaria. L'autore conclude affermando che: «è possibile ammettere una doppia tendenza innata, immunologica e psicologica insieme: doppio indirizzo in cui i dati mentali e biologici cooperano alla costituzione della struttura allergica essenziale» [1985, p. 458].

Relativamente alle caratteristiche dei bambini affetti da dermatite atopica trovo interessante citare anche lo studio condotto da Fabbrici et al. [1991] che evidenzia un'incapacità, blocchi, confusione nell'uso e nella rappresentazione dell'aggressività in bambini affetti da dermatite atopica dell'età di tre-quattro anni. Questi bambini mostrano difficoltà nell'addormentamento e nel sonno e assenza dell'oggetto transizionale. Le sequenze di gioco osservate dagli autori evidenziano relazioni confuse circa l'espressione dell'aggressività e il suo uso in fantasia, che vanificano l'efficacia delle rappresentazioni aggressive, ostili, e poi riparatorie, indispensabili precursori nel promuovere l'individuazione e l'autonomia. In questi bambini sembra che ogni espressione istintuale legata all'aggressività sia suscettibile di causare l'esaurimento dell'oggetto, cioè la sua distruzione.

Gaddini denomina le malattie psicosomatiche della prima infanzia *sindromi psicofisiche*, definendole *datate* e sostenendo che «*Esse non intervengono mai prima di un determinato tempo dalla nascita*» [1980, p. 483]. La sindrome psicofisica più precoce secondo l'autore risulta essere il mericismo, che compare intorno alle otto settimane di vita. La dermatite atopica è una sindrome che interviene intorno al sesto mese di vita. L'asma bronchiale può fare la sua comparsa dopo il primo anno di vita. La balbuzie è una sindrome psicofisica che si può manifestare nel secondo anno di vita, qualora non si sia instaurata l'asma.

Secondo Gaddini [1981] la patologia somatica risulta essere una fantasia difensiva rappresentata in una determinata funzione somatica, alterata in funzione del senso mentale. Lo sviluppo della fantasia, ipotizza l'autore, sembra avere inizio con fantasie espresse nel funzionamento somatico (fantasie nel corpo); ad esse fanno seguito fantasie visive, identificate come le prime rappresentazioni mentali del Sé corporeo (fantasie sul corpo).

La sindrome psicofisica quindi focalizza l'esperienza del corpo che è venuta a mancare, ma che è mantenuta nella memoria. Il quadro patologico deriva dalla necessità di riattivare questa memoria, non soltanto nella mente, ma anche nel funzionamento corporeo [Gaddini, 1980].

L'autore sostiene che le sindromi psicofisiche dei primi diciotto mesi si riferiscono ad una patologia della mente relativa al distacco e alla separatezza. Esse esprimono in una sorta di linguaggio concreto, preverbale e presimbolico, quale è quello di un alterato funzionamento corporeo, un contenuto mentale difensivo, specifico del momento dello sviluppo mentale in cui il problema emerge [Gaddini, 1980]. La sindrome psicofisica ha la valenza di una manovra autoprotettiva che il Sé frammentato attua in mancanza di ulteriori difese [Gaddini, 1981]. Alla base delle sindromi psicofisiche l'autore identifica una sorta di *meccanismi imitativi* secondo i quali il bambino ripete, o cerca di ripetere, le sensazioni legate all'esperienza di ciò che ha vissuto nel periodo fusionale nel rapporto con la madre [Gaddini, 1969; 1981].

In merito al concetto di datazione ed in fattispecie riguardo all'età di insorgenza della dermatite atopica vorrei fare una notazione che ritengo particolarmente rilevante. Nel corso dei colloqui preliminari con 38 madri, volti alla raccolta dei dati anamnestici ho rilevato che nel 50% dei casi l'età di insorgenza si

colloca entro i primi tre mesi di vita, nel 32% dei casi dopo i primi tre mesi e soltanto nel 18% dopo i sei mesi di vita.

Gaddini [1984] considera l'esordio precoce come un segno di maggiore gravità in quanto, secondo l'autore, si assiste ad una precocità del processo di separazione, che di per sé è capace di rendere traumatico tale processo.

L'autore sostiene pertanto che lo sviluppo della mente è un processo graduale nella direzione dal corpo alla mente, una sorta di emergenza dal corpo, che coincide con la graduale acquisizione mentale del Sé corporeo. Tale processo di emergenza non può prescindere dalla funzionalità unita del bambino con la madre [Gaddini, 1980].

CONTRIBUTI INTERPERSONALI ALLA PSICOSOMATICA INFANTILE

Gli autori interpersonali mostrano come la mente ricorra al corpo al fine di far fronte a situazioni difficili di vita, in particolar modo quando si presenta la necessità di mantenere un canale comunicativo. I sintomi possono rappresentare una richiesta di aiuto e sono determinati dalla cultura del momento. La funzione del sintomo è quella di alleggerire la pressione dell'ansia.

La dermatite atopica, spesso col crescere, vira verso quadri clinici quali rinite allergica e asma, pertanto ritengo rilevante citare il lavoro di Salvador Minuchin [Kowallis, 1995] relativo ai bambini asmatici.

Minuchin osserva 25 bambini affetti da asma cronico e le loro famiglie per un periodo di quattro anni. L'autore nota che l'allontanamento dei bambini dalle famiglie produce un miglioramento nella risposta alla terapia medica. Quando i bambini vengono reintrodotti nelle famiglie incorrono in un peggioramento delle loro condizioni cliniche.

L'autore sostiene che questi bambini esercitano una profonda influenza sulla situazione familiare: la casa deve essere ben pulita, gli animali domestici allontanati, la madre è spesso molto coinvolta con il bambino, la famiglia, come un tutto, è significativamente alterata dalla presenza di un membro severamente malato, i fratelli presentano risentimento a causa delle attenzioni focalizzate sul bambino malato.

Il bambino asmatico mostra da una parte una progressiva riduzione della autostima e delle capacità di affrontare e risolvere i problemi, dall'altra esercita un controllo sulla famiglia attraverso la manifestazione della propria sintomatologia. Può inoltre non accettare la disciplina. Le interazioni

familiari che risultano da tali pressioni sono caratterizzate da sentimenti quali rabbia, tensione, frustrazione ed ansia.

Minuchin ipotizza che, sebbene siano presenti fattori di predisposizione genetica e fattori allergici, un mutamento dei ruoli può migliorare le condizioni del bambino asmatico. E' importante, sostiene l'autore, incoraggiare i genitori a modificare il loro focus di attenzione, a non ritenere il bimbo asmatico come un'eccezione. Il paziente inoltre è invitato a praticare esercizi di rilassamento al fine di ridurre l'incidenza degli attacchi asmatici. Queste pratiche sono volte a ridurre gli atteggiamenti iperprotettivi dei genitori, che sono altresì invitati a ricercare del tempo da dedicare a loro stessi. Conseguentemente a tali suggerimenti le condizioni dei bambini asmatici sembrano migliorare in maniera considerevole.

Gli studi di Minuchin mettono in evidenza il grado di influenza delle modalità relazionali dei genitori sulla patologia psicosomatica del bambino. Gli atteggiamenti iperprotettivi dei genitori, piuttosto che favorire un possibile miglioramento del disturbo, aprono la strada a circoli viziosi, che incrementano le probabilità di cronicizzazione della patologia. Le modalità interpersonali dei genitori, inoltre, giocano un ruolo importante nella percezione della autostima del bambino malato, nel rapporto con i fratelli e nella relazione fra i coniugi.

Ritengo importante citare questo studio dell'autore in quanto nella mia esperienza di conduzione dei gruppi di educazione genitoriale ho frequentemente osservato l'instaurarsi di meccanismi simili. Le madri dei bambini affetti da DA appaiono totalmente assorbite nella patologia del bambino. Il tempo dedicato ad attività personali risulta spesso ridotto e vissuto con profondi sensi di colpa. Il rapporto con il partner risente della presenza costante della patologia. Il fenomeno del prurito e i disturbi del sonno mettono a dura prova le madri dei bambini affetti da DA favorendo l'instaurarsi di circoli viziosi in cui le madri per lo più adottano comportamenti suggeriti dall'ansia e dalla iperprotettività.

LA RELAZIONE MADRE-BAMBINO COME SISTEMA DI REGOLAZIONE

Dopo la nascita, per almeno i primi sei mesi il bambino continua a non percepire la madre come un'entità separata, ma piuttosto come un insieme di sensazioni prodotte da sé. E' possibile quindi che le sensazioni corporee e i mutamenti fisiologici possano costituire una modalità attraverso la quale il bambino ristabilisce la presenza della madre quando questa è assente [Trombini, 1994].

Una presenza materna adeguata è pertanto indispensabile per il conseguimento di un sano sviluppo della percezione di sé come corpo, oltre al raggiungimento di un valido equilibrio psicosomatico.

Winnicott [1989] individua nell'ambiente un fattore fondamentale affinché il processo maturativo possa procedere regolarmente. Secondo l'autore la patologia psicosomatica comporta una scissione nella personalità dell'individuo e una fragilità del legame fra psiche e soma. Attraverso la descrizione dei fenomeni transizionali l'autore valorizza l'importanza della madre nella regolazione del processo di crescita [Winnicott, 1958; 1971].

Ricerche recenti indicano che il bambino nasce con una capacità di autoregolazione comportamentale e sottolineano la rilevanza della figura materna quale insostituibile regolatore dei comportamenti e delle diverse funzioni fisiologiche del bambino [Taylor, 1987].

Stern et al. mostrano che, fin dai primissimi giorni, il bambino è una creatura estremamente organizzata, che ricerca e regola gli stimoli in entrata e si impegna attivamente nell'interazione con la madre, discriminandola come oggetto specifico e riconoscibile fin dalla seconda settimana [Stern, 1977; Emde e Robinson, 1979].

Stern indica che la tolleranza del bambino piccolo alla stimolazione è molto più bassa, durante le prime settimane di vita, che non qualche mese, o qualche anno più tardi. Tuttavia, come una qualunque persona, a qualunque età, il bambino piccolo ha «*livelli ottimali di stimolazione al di sotto dei quali la stimolazione è ricercata e al di sopra dei quali la stimolazione è evitata*» [1983, p. 10].

Attualmente, i ricercatori infantili concettualizzano la relazione madre-bambino come un *sistema interattivo*, che ne organizza e regola il comportamento e la fisiologia, fin dalla nascita. Sebbene questo sistema di regolazione abbia inizio a un livello di organizzazione biologico-neurofisiologico-comportamentale, gradualmente, si sposta a un livello maggiormente psicologico, via via, che il bambino sviluppa la capacità di formare simboli, pensare e usare il linguaggio e la consapevolezza di essere separato dalla madre [Sander, 1975; Lichtenberg, 1983].

La ricerca attuale mostra come gli stati comportamentali e fisiologici del bambino sono caratterizzati da periodicità o ritmicità e come essi cambiano con la progressiva maturazione del cervello e con la sollecitazione da parte della madre dei diversi ritmi biologici. Oltre ai *macroritmi*, che sono implicati nell'allattamento, nel sonno, nell'evacuazione e al ciclo fondamentale quiete-attività, ci sono dei *microritmi* implicati nella suzione, nel pianto e in certi comportamenti stereotipati [Emde e Robinson, 1979]. Inoltre, tra madre e bambino, si stabilisce una sincronia di fasi, che dipende dal loro progressivo reciproco adattamento, oltre che da interazioni, in cui il comportamento di ciascun individuo influenza quello dell'altro e ne è a sua volta influenzato.

Studi condotti da Brazelton et al. [1975] mettono in evidenza che, già a due o tre settimane di vita, i bambini rispondono, con modelli di attenzione, azione e affettività, qualitativamente diversi, a eventi animati, più di quanto facciano rispetto ad eventi inanimati.

Stern [1977] descrive madre e bambino come *virtuosi*, che creano cicli periodici di attività sincronica, più simili alla relazione tra i partner di una danza, che tra antagonisti di una partita di tennis. In questa

reciproca interazione di regolazione, ci sono inizialmente lanci troppo lunghi, o troppo corti, da parte di entrambi i partecipanti, che devono accendersi o spegnersi, per produrre gli stati sincronici desiderati.

Oltre ai comportamenti di reciproca regolazione osservabili nella relazione madre-bambino, sembra probabile che ci siano anche alcuni processi *nascosti*, per cui la madre «*svolge la funzione di regolatore biologico e comportamentale per il bambino*» [Hofer, 1978, p.136]. La relazione simbiotica madre-bambino risulta essere un sistema relativamente aperto, nel quale i rispettivi sistemi omeostatici, della madre e del bambino, sono «*collegati in una organizzazione sovraordinata*» [Hofer, 1983, p. 61].

La loro relazione costituisce un sistema di regolazione e la sua sincronia dipende dalla capacità del bambino di emettere segnali, circa il suo stato o i suoi bisogni; dalla sensibilità e dall'attenzione della madre a questi segnali; e dalla capacità del bambino di rispondere agli interventi della madre. Le difficoltà possono nascere sia da parte del bambino, che da parte della madre e possono culminare in una disritmia o una disarmonia dei loro scambi regolatori [Thoman, 1975; Grotstein, 1983].

LA DIADE MADRE-BAMBINO COME «CAMPO RELAZIONALE»

Risulta necessario aggiungere al panorama teorico della presente dissertazione un ulteriore concetto, senza la disamina del quale la trattazione - a mio avviso - risulterebbe incompleta. Nasce un bambino, nasce una madre, nasce un *campo relazionale* [Stern, 1985], un luogo fisico e mentale nel quale si dispiegano energie, conflitti, armonie, sintonie, musiche e rumori.

Non è un mistero che ogni grande scienziato e pensatore (tra questi possiamo annoverare senz'altro anche Freud) nell'allestire la propria teoria, si sia ispirato a dei modelli necessariamente figli del proprio tempo. Le scienze alle quali attinge il padre della psicoanalisi sono da un lato l'embriologia e dall'altro l'idraulica. Similmente al modello dell'arco riflesso in biologia, o alle macchine a vapore del suo tempo, l'apparato psichico deve essere immaginato come un sistema di controllo sull'eccesso di *pressione*, attraverso la *scarica*.

Tra il 1920 e il 1923 Köhler e Wertheimer hanno elaborato delle primarie formulazioni relative al concetto di *campo*.

Tuttavia chi più di altri lega il suo nome alla teoria del campo è Kurt Lewin [1935]. Egli cresce in un fecondo clima culturale caratterizzato dalle indagini sperimentali della scuola di Würzburg, dai contributi della scuola di Berlino e infine dalla scuola psicoanalitica tedesca. Tutto questo è possibile ravvisarlo nelle composite influenze teorico-culturali che lo porteranno allo «*studio delle condizioni in cui si costituiscono in un individuo dei sistemi di tensioni psichiche che lo spingono ad agire in certe direzioni; lo studio delle condizioni in cui essi danno origine a situazioni di conflitto, o tendono a*

scaricarsi per via indiretta attraverso azioni sostitutive reali o immaginarie» [Petter, 1965]. Le nuove frontiere della fisica, rinnovata dai capitali contributi di Einstein, forniscono, epistemologicamente parlando, l'opportunità di utilizzare un linguaggio, che per la prima volta non impoverisce la classificazione e la spiegazione di eventi psicologici. È in quest'ottica che vanno lette alcune delle formule con cui Lewin definisce le sue acquisizioni in psicologia sperimentale, come ad esempio $C = f(A, P)$, in cui il comportamento (C) è funzione tanto dell'ambiente (A) quanto della persona (P). Infatti, ciò che caratterizza ogni «teoria di campo» è, da un lato il rifiuto di spiegare il comportamento di un individuo (in psicologia), o di un oggetto (in fisica), in base ad una tendenza innata dello stesso, a produrre una certa azione, a prescindere dal contesto situazionale, o campo, nel quale si trova; dall'altro, intendere il comportamento come risultante dell'azione di un insieme di forze, presenti ad un dato momento, all'interno proprio di quel campo.

La *teoria di campo* di Lewin rappresenta il precursore delle formulazioni teoriche, nell'ambito della psicologia dello sviluppo, avanzate da D.N. Stern e dalla sua équipe di ricercatori. Gli studi effettuati, innanzitutto, mettono in discussione alcuni capisaldi del modello psicoanalitico dello sviluppo infantile, come ad esempio la teoria delle pulsioni. Mentre il bambino che risulta dalla clinica psicoanalitica si apre al mondo della realtà per soddisfare i suoi bisogni orali, il bambino, che emerge dalle ricerche osservative, non si limita ad alimentarsi, ma guarda, focalizza selettivamente la visione sui volti umani, ne segue i movimenti. Il neonato, infatti, è biologicamente preadattato a instaurare relazioni sociali con la madre e gli altri esseri umani; non è passivo e totalmente dipendente dalla madre, ma è in grado di stimolare le interazioni sociali, oltre che di risponderci.

In base a questa e ad altre disposizioni, si stabilisce un sistema interazionale che si evolve e che è caratterizzato dalla sincronia fra madre e lattante, ossia dalla condivisione dello stesso codice di segnali; dalla reciprocità, ossia dal riconoscimento che il rapporto è bilaterale e intercambiabile; e infine dall'intenzionalità, in base alla quale il neonato progressivamente apprende che il suo comportamento è comunicativo. Vi è uno stato simbiotico costituito da relazioni interdipendenti e mutuamente vantaggiose per i due partner; i comportamenti individuali sono separabili, ma in virtù dell'interazione il comportamento dell'uno è indecifrabile quando viene isolato.

Risulta interessante la tesi di Stern quando afferma che i bambini sono predisposti a essere coscienti dei processi di autorganizzazione, non sperimentano mai un periodo di totale indifferenziazione fra Sé e l'altro ed infine sono anche predisposti a rispondere selettivamente a eventi esterni di carattere sociale, non sperimentano mai qualcosa come una fase autistica.

Nelle argomentazioni dell'autore trovo di particolare aderenza i concetti dell' *altro regolatore del Sé* e della *sintonizzazione degli affetti*.

Relativamente al concetto dell'altro regolatore del Sé Stern sostiene che il bambino è in compagnia di un altro che ne regola l'esperienza del Sé, in tal senso l'altro è, per il bambino, l' «altro regolatore del Sé». L'esperienza di essere con un «altro regolatore del Sé» gradualmente forma delle RIG

(rappresentazioni interne generalizzate). Quando viene attivata una RIG di «essere con qualcuno», il bambino incontra un «compagno evocato», che rappresenta l'esperienza di essere con, o trovarsi in presenza di, un «altro regolatore del Sé». Il compagno viene evocato dalla RIG non come il richiamo di un evento reale del passato, ma come un esemplare attivo di tali eventi. L'esperienza di esser con l'altro, continua Stern «è comunque sempre un atto mentale attivo di costruzione, non una mancata differenziazione, passiva. Non si tratta di un difetto di maturazione, né di una regressione a periodi precedenti di indifferenziazione» [1985, p. 129].

Trovo interessante tale concetto al fine di fare luce sulle modalità dell'«essere con» delle madri dei bambini con dermatite atopica e quanto queste possano eventualmente influire sulle funzioni di regolazione svolte dal caregiver nei primi mesi di vita.

Tra il settimo e il nono mese di vita i bambini giungono gradualmente a rendersi conto di un fatto fondamentale: le esperienze soggettive della loro vita interiore, i «contenuti» della mente, sono potenzialmente condivisibili con gli altri. Solo quando il bambino può accorgersi che gli altri, pur separati e distinti da lui, possono avere e conservare uno stato mentale simile al suo, egli è in grado di condividere l'esperienza soggettiva e, di conseguenza, compare l'intersoggettività [Trevarthan e Hubley, 1978]. Quando ciò accade, vuol dire che l'azione interpersonale si è in parte trasferita dal piano delle azioni e risposte manifeste a quello degli stati soggettivi interni che stanno a monte dei comportamenti manifesti. Questo cambiamento conferisce al bambino una diversa «presenza» e una diversa «sensibilità» sociale. E' a questo punto che nasce la capacità di provare intimità psichica. L'empatia della madre diviene un'esperienza diversa. Il bambino percepisce che il processo empatico ha gettato un ponte fra le due menti, l'empatia della madre diviene materia diretta della sua esperienza [Hinde, 1979].

Nelle interazioni tra il piccolo e la madre, Stern identifica un meccanismo particolare da lui denominato *sintonizzazione degli affetti*. Essa consiste nell'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso senza tuttavia imitarne l'esatta espressione comportamentale. Sintonizzarsi significa riplasmare, riassetare uno stato soggettivo.

Mentre il concetto dell'altro regolatore del sé è da intendersi come un qualcosa al limite tra lo psichico e il corporeo, che ben si sposa con le elaborazioni della psicosomatica evolutiva; il concetto della sintonizzazione degli affetti è da ritenersi squisitamente psicologico. Siamo nel *campo di relazione intersoggettiva* e mi sembra interessante leggere i comportamenti della madre e del bambino con DA, alla luce di tale concetto. La letteratura parla di madri depresse, ansiose, ostili, carenti nella propria funzione di holding, quindi non empatiche e asintoniche.

I concetti sopra menzionati dell'altro regolatore del sé e della sintonizzazione degli affetti fungeranno quindi da lenti per la rielaborazione e la riflessione sui casi in oggetto nel presente lavoro.

ECZEMA INFANTILE E PECULIARITA' DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

Per concludere il background teorico del quale mi avvalgo, in questo ultimo paragrafo, mi accingo a descrivere le caratteristiche, attribuite dalla letteratura psicoanalitica, alle madri di bambini con dermatite atopica, che in alcuni casi mi trovano concorde ed in altri meno.

Uno dei primi autori che si occupa della dermatite atopica è Spitz [1965]. Egli imputa l'ostilità inconscia rimossa sotto forma di preoccupazione ansiosa come concausa dell'insorgenza dell'eczema. L'autore iscrive l'eczema infantile all'interno di una categoria di disturbi della prima infanzia denominati *turbe psicotossiche*. Tali disordini si realizzano in seguito ad una relazione oggettuale scorretta, nella quale la personalità della madre è intesa come «*l'agente che provoca il disturbo, la tossina psicologica*» [1965, p. 209]. Spitz descrive le madri di bambini con dermatite atopica come caratterizzate da una personalità infantile, che non gradiscono il contatto con il proprio bambino. L'osservazione dei bambini evidenzia una predisposizione congenita ad una maggiore risposta cutanea, conseguente ad un accresciuto investimento della superficie della pelle, associata all'assenza della reazione d'angoscia dell'ottavo mese. L'assenza dell'angoscia dell'ottavo mese risulta essere indice di un ritardo nello sviluppo affettivo del bambino, causato primariamente da una inadeguata relazione oggettuale. Negli studi di Spitz il bambino con eczema presenta, da una parte, una madre non del tutto consapevole del proprio ruolo, associato alla difficoltà nel toccare il proprio bambino, privandolo così di contatti cutanei validi; dall'altra, un bambino congenitamente dotato di un aumentato investimento delle reazioni cutanee, proprio quelle che la madre ha difficoltà ad accogliere e a soddisfare. I risultati forniti dalle madri attraverso i protocolli Rorschach descrivono la presenza di un Io inadeguatamente integrato e di angoscia incontrollata.

Vista l'importanza delle esperienze tattili nel lattante, l'autore osserva che la difficoltà di manipolazione e di contatto delle madri causa un rallentamento del processo di identificazione primaria e una sua alterazione. Infatti la pulsione libidica e la pulsione aggressiva si scaricano normalmente nel corso delle interazioni psichiche tra madre e bambino e sono utilizzate nel processo identificatorio. Nel caso dei bambini affetti da dermatite le madri però non forniscono loro l'occasione per attuare tali scariche. E' così che gli investimenti libidici ed aggressivi optano per la via somatica, manifestandosi sulla superficie corporea. Cosa rappresentano i sintomi cutanei per la psiche del bambino non lo sappiamo. Sembra che i bambini affetti da dermatite atopica investano la superficie cutanea (cioè la sua rappresentazione psichica) di energia libidica aumentata. Tale reazione cutanea potrebbe rappresentare un tentativo di adattamento, vale a dire un sistema difensivo. L'autore ipotizza che si possa trattare di una provocazione inconscia diretta alla madre, affinché questa sia indotta a contatti cutanei più frequenti; oppure di una forma di regressione narcisistica del bambino, che si procura da solo, nell'ambito della sfera somatica, gli stimoli somatici che la madre gli rifiuta.

Renata Gaddini [1980] osserva che nei bambini che soffrono di dermatite atopica successivamente (in media dai 7 ai 12 mesi) non vi sarà traccia dell' *oggetto transizionale* [Winnicott, 1958; 1971]. La malattia o il sintomo prenderanno il suo posto e la cura fisica che la dermatite comporta, colmerà lo spazio tra madre e bambino negando in questo modo la separazione avvenuta troppo bruscamente e lenendo le angosce di disintegrazione provate dal bambino. L'autrice considera l'assenza dell'oggetto transizionale quale indice della patologia del Sé. *«Non vi è oggetto transizionale senza un Sé, perché l'oggetto transizionale è espressione della creatività del Sé. Il fatto che un individuo abbia potuto crearselo, ed un altro invece sia rimasto al legame primario, indica due differenti livelli di sviluppo in termini di rapporto di oggetto. Il secondo bambino, quello che non ha un oggetto transizionale, è intrappolato nel suo precursore. Può essere il dito, o il succhiotto, o un labbro, o la lingua, o una parte del corpo della madre e poi del proprio corpo ad essere diventato essenziale per lui. Ma è un fatto che per lungo tempo nessuna spinta lo muove ad esplorare ed a crescere»* [Gaddini R., 1980, p. 387].

Guidetti et al. [1982] rilevano nell'analisi di bambini con eczema atopico una carenza nella *«holding situation»* [Winnicott, 1958]. La mancanza di adeguate relazioni oggettuali nella primissima infanzia può minacciare la vita del bambino, causare modificazioni gravi, se non irreversibili nel processo di maturazione e indurre la comparsa di disturbi psicosomatici. L'inadeguatezza dell'holding materno avrà come conseguenza nel bambino, la costituzione di un Io fragile, caratterizzato da una pseudo-indipendenza dall'oggetto e da una continua esposizione ad angoscia di disintegrazione [Bick, 1968; 1984; Gaddini R., 1978; Gaddini E., 1980].

Anche Bassi [1977] sottolinea la relazione tra ostilità materna sotto forma di preoccupazione ansiosa e l'insorgenza della dermatite atopica.

Kreisler [1981] pone l'accento sul legame tra lo sviluppo dell'eczema ed un eventuale scompensamento depressivo nella madre.

Mochi [1988] mette in luce ancora la componente della ostilità inconscia da parte della figura materna. Egli sostiene che dal materiale clinico si delinea una chiara simbiosi madre-bambino non risolta, nella quale ogni membro della diade ha bisogno dell'altro; soprattutto la madre ha bisogno del figlio «malato» sul quale spostare le proprie paure e insicurezze ricavandone sollievo, sia pure parziale, mentre nessuno dei due conquista un accettabile livello di autonomia.

Fabbrici et al., 1991, in uno studio effettuato su trenta madri di bambini affetti da dermatite atopica nel corso del primo anno di vita rilevano le seguenti osservazioni: a) i vissuti in merito alla gravidanza sono descritti come intensamente disturbati in 22 casi; b) il parto si presenta assai difficile nella maggior parte dei casi e il clima emotivo è quasi sempre quello del profilarsi di un evento carico di intensa paura; c) l'allattamento naturale è assente o non perdura oltre il secondo mese in 26 madri; la relazione dal punto di vista delle cure tattili, dei contatti fisici viene descritta in modo tale da considerarli «scarsi» o «nulli» [1987, p. 564]. Si evidenziano nell'area delle esperienze posturali,

toniche, ritmiche, tattili una serie continuata di mancate risposdenze. Tali carenze sottolineano l'assenza di un adeguato «contenimento» in un'epoca nella quale l'esperienza di costruzione della personalità «è indistinguibile da quella del corpo» [Bick, 1984, p. 341]. I protocolli del Rorschach forniti dalle madri sono generalmente caratterizzati da carenza di produzione associativa, da difese che producono blocco, fallimento, rispetto all'elaborazione della nuova esperienza proposta, da risposte orientate spesso verso la ripetizione di temi angosciosi che si riferiscono al parto.

Magrini e Pitter [1999] in uno studio su 16 bambini affetti da dermatite atopica (età compresa fra 1,5 e 24 mesi) cercano di individuare eventuali difficoltà nella relazione precoce tra genitori e figlio ed il significato del comportamento sintomatico del bambino. L'obiettivo è quello di evidenziare una possibile relazione tra il disturbo psicosomatico del bambino ed eventuali alterazioni delle dinamiche relazionali familiari e parentali. I principali risultati ottenuti sono i seguenti: vissuti fantasmatici della gravidanza (negativi) 62%; vissuti fantasmatici della madre sul bambino (negativi) 56%; vissuti fantasmatici del parto (negativi) 69%; assenza dell'oggetto transizionale (dopo il 6° mese) 94%; mancato svezzamento 62%. Da tali risultati gli Autori sostengono che: a) i futuri genitori presentano una forte svalutazione del loro ruolo genitoriale; b) all'interno della relazione il bambino si trova in una situazione precaria; c) l'aspetto sintomatologico sembra avere lo scopo di richiamo nei confronti del genitore ad essere più rassicurante, stabile e capace di preoccuparsi.

Nella mia tesi di laurea [Aiazzi, 1999] effettuata su un campione di 43 famiglie di bambini affetti da dermatite atopica di età compresa tra i 2 mesi e i 10 anni, si rilevano i seguenti risultati: a) familiarità atopica nel 89% dei casi; b) allattamento breve o difficoltoso nel 59%; c) assenza dell'oggetto transizionale nel 82%. Alle famiglie viene inoltre somministrato il Symptom Questionnaire [Fava, Kellner, 1982], costituito da quattro scale (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) che mostra livelli di ansia superiori (p.039) nel gruppo (A) dei genitori dei bambini affetti da DA per un periodo superiore ai 23 mesi, rispetto al gruppo (B) dei genitori di bambini affetti da DA per un periodo inferiore ai 23 mesi. Inoltre nel gruppo B si osserva che la coppia si influenza nell'espressione della modalità del disagio: le madri si orientano verso modalità di tipo ansioso e somatico; i padri esprimono il loro disagio con depressione e ostilità. Sembra quindi che lo stile relazionale della coppia si influenzi e si differenzi; mentre nel gruppo A i genitori non si influenzano, né si differenziano, piuttosto si rileva un'ansia generalizzata che pervade la coppia.

Infine Pauli-Pott et al. [1999] in uno studio nel quale confrontano un campione di madri di bambini affetti da DA (3-4 mesi e 10-12 mesi) e un campione di controllo di madri di bambini sani, descrivono le madri dei bambini portatori di patologia come più depresse/senza speranza, più ansiose/iperprotettive e i bambini come più frequentemente negativi nel proprio comportamento emotivo (sorriscono e ridono meno frequentemente; mostrano più stress di fronte alle limitazioni e alla presentazione di stimoli nuovi o improvvisi) rispetto al gruppo di controllo.

OSSERVAZIONE DI ALCUNI CASI

La letteratura psicoanalitica relativa alla dermatite atopica dell'infanzia, da una parte prende in esame le caratteristiche personologiche della madre [Spitz, 1965; Bassi, 1977; Kreisler, 1981; Guidetti et al., 1982; Fabbrici et al., 1991; Mochi, 1988] identificando una carenza dell'holding e della cure tattili, iperprotettività e ostilità, depressione; dall'altra pone in evidenza alcune peculiarità del temperamento dei bambini affetti da dermatite atopica: difficoltà nell'espressione dell'aggressività, caratteristiche della personalità allergica [Fain, 1969; Kreisler, 1981; Fabbrici et al., 1991].

Alla luce del concetto di Stern [1985] di campo relazionale ho osservato l'interazione delle madri e dei piccoli pazienti affetti da dermatite atopica in un contesto di gioco.

Soggetti: Coppie madre-bambino.

Metodologia: n. 3 osservazioni con frequenza quindicinale della durata di 30 minuti in un contesto di gioco.

Nome	Sesso	Età (mesi)	n. osservazioni	Frequenza osservazioni
R.	M	8	1	-
O.	M	10	2	15gg.
S.	M	11	“	“
M.	M	12	3	“
T.	F	18	“	“
E.	F	28	“	“
A.	M	30	“	settimanale

Dalle osservazioni effettuate è emerso che nella maggior parte dei casi è la madre ad iniziare l'interazione. Le proposte avviate dalla madre spesso rivelano scarsa collaborazione da parte dei bambini. Le madri risultano poco coinvolte nell'attività di gioco. I contatti corporei osservati sono scarsi e l'approccio al corpo del bambino è spesso frettoloso, meccanico e sfuggente.

Come evidenziato dalla letteratura [Gaddini R., 1980] si rileva l'assenza dell'oggetto transizionale e il bambino risulta fissato ai suoi precursori. Le madri appaiono allo stesso tempo compiaciute e gratificate dall'eccessivo attaccamento del bambino, anche se poi si lamentano che egli non è abbastanza autosufficiente.

In due casi è stato osservato che il bambino esce dalla stanza dei giochi dopo pochi minuti (10/15 mn.) dall'inizio della seduta. Nel tentativo di trattenere i bambini nella stanza le madri utilizzano comportamenti quali baci, abbracci e stimolazioni corporee, come fare il solletico, con valenza seduttiva.

Si evidenzia quindi una conflittualità relativa al distacco e alla separatezza [Gaddini E., 1980; 1984].

Relativamente all'espressione dell'aggressività si rileva che i comportamenti con tale valenza espressi dal bambino non sono accolti dalle madri, che approvano gli atteggiamenti affettuosi, ma disconfermano e ostacolano la manifestazione di azioni volte ad esprimere aggressività.

Le madri in alcuni casi mostrano tratti di personalità ossessivi e fobici.

Relativamente ai bambini essi appaiono poco coinvolti nell'attività ludica, si rileva una difficoltà a concentrarsi sullo stesso gioco per più tempo. I bambini risultano avere poca iniziativa e attendono le stimolazioni della madre.

Il campo di relazione intersoggettiva [Stern, 1985] è pertanto pervaso degli elementi sopra menzionati. Si assiste alla configurazione di una serie di RIG (rappresentazioni interne generalizzate) del tutto particolari, sia rispetto al senso dell'«essere con» l'altro, sia nell'elaborazione dell'aggressività e dell'autonomia. I messaggi delle madri risultano essere contraddittori. Relativamente ai concetti espressi da Stern dell' «altro regolatore del sé» e della «sintonizzazione affettiva», le relazioni tra le madri e i loro piccoli risultano asintoniche e carenti nella loro funzione di regolazione del sé.

Le caratteristiche osservate all'interno del campo relazionale fanno supporre la presenza di un attaccamento [Bowlby, 1969] di tipo insicuro tra il bambino ed il suo caregiver.

Attualmente la maggior parte degli studi in merito alla dermatite atopica è volta alla promozione della qualità di vita della famiglia [Staab et al., 2002; Ricci et al., 2004]. Risulta notevole l'impatto negativo della patologia sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia soprattutto a causa dell'andamento cronico-ricidivante della dermatite atopica e della persistente presenza del sintomo del prurito e delle alterazioni del ritmo sonno-veglia. Inoltre la precocità dell'esordio della patologia si configura come un fattore assai rilevante nel determinare disarmonie e disequilibri della relazione madre-bambino. Il bimbo affetto da dermatite atopica non appare certamente sano e bello come il bambino fantasticato nel corso della gravidanza. Si tratta inoltre di bambini spesso irrequieti ed irritabili, fonte di disconferma e non convalida del ruolo e delle aspettative della madre. Si insinua nella madre una sorta di senso di inadeguatezza, che, a partire dalla scelta della crema o del farmaco più idonei, della dieta alimentare più adeguata, si estende a livelli più profondi del sé della madre.

La letteratura psicoanalitica [Spitz, 1965; Bassi, 1977; Kreisler, 1981; Guidetti et al., 1982; Fabbrici et al. 1991; Mochi, 1988] propone una lettura della patologia di tipo lineare (A produce B). Sebbene siano evidenziati fattori di predisposizione o vulnerabilità genetica nel bambino, l'attenzione è fortemente rivolta ai tratti personologici della figura materna. La dermatite atopica del bambino è un simbolo del

quale si tenta di dare una lettura, si cerca di trovare un significato, una causa. I tratti della figura materna sembrano giocare un ruolo rilevante nella formazione di tale simbolo.

Propongo una lettura della relazione di una madre con un bambino affetto da dermatite atopica come un processo nel quale i tratti personologici della madre e la patologia del bambino si compenetrano e si influenzano reciprocamente. Più che un simbolo al quale dare lettura, una conseguenza della tipologia dell'holding materno e dei tratti personologici della madre, la dermatite atopica può essere considerata come un elemento che opera attivamente nel campo (e da questo risulta modificata), producendo delle influenze sulla personalità della madre, sul temperamento del bambino, nonché sulla relazione che essi producono.

L'osservazione delle coppie madre-bambino stimola inoltre la riflessione sulla qualità del ruolo del terapeuta, all'interno del campo relazionale. Il terapeuta è da considerarsi a tutti gli effetti, una variabile attiva del campo, capace di provocare mutamenti e allo stesso tempo risulturne influenzato.

Nel lavoro di ricerca sui gruppi di educazione genitoriale ho constatato che le madri oggetto dello studio sono portatrici di disarmonie relazionali di entità lieve. Le relazioni madre-bambino più distoniche attendono ipotesi di intervento e trattamento. Sarebbe auspicabile, per il futuro di queste madri e di questi bambini, poter intraprendere un'attività di ricerca, volta alla formulazione di terapie adeguate ai disturbi relazionali di cui il campo è rivelatore e rilevatore, alla luce dei modelli della teoria e della tecnica psicoanalitica interpersonale.

BIBLIOGRAFIA

- Aiazzi R. (1999), *Le famiglie con bambini affetti da Dermatite Atopica: un'indagine empirica*, Tesi di Laurea in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Bologna.
- Aiazzi R., Ricci G., Bendandi B., Patrizi A., Medri M., Masi M. (2005), (poster) *Approccio multidisciplinare nella dermatite atopica infantile: gruppi di educazione genitoriale, studio pilota*, Convegno Nazionale: Nuovi Pazienti Nuova Medicina: psicologia in ospedale e qualità della cura, Policlinico, Modena 25-26 ottobre.
- Bassi R. (1977), *Introduzione alla dermatologia psicosomatica*, Piccin, Padova.
- Besnier E. (1892), *Premiere note et observations preliminaires pour servir d'introduction a l'etude diathesiques*. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, n. 4, pp. 634.
- Bick E. (1968), *L'esperienza della pelle nelle relazioni oggettuali precoci*, trad.it. in Borgogno F. (a cura di), *Melanie Klein oggi*, Teoria, Vol. I, Astrolabio, Roma, 1995.
- Bick E. (1984), *Ulteriori considerazioni sulla funzione della pelle nelle prime relazioni oggettuali: integrando i dati dell'osservazione del bebè con quelli dell'analisi dei bambini e degli adulti*, Rivista di Psicoanalisi, n. 3, pp. 341.355.

-
- Bonifazi E., Giannetti A., Atherton D.J., Broadbent J., Businco L. (1992), *La terapia della dermatite atopica*, Medico e Bambino, n. 8, pp. 534-539.
- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita*, Vol. I, *L'attaccamento alla madre*, trad.it., Boringhieri, Torino, 1972.
- Brazelton T.B., Tronick E., Adamson L., Als H., Wise S. (1975), *Early mother-infant reciprocity*, Parent-Infant Interaction, Ciba Foundation Symposium 33, Elsevier, Amsterdam.
- Coca A.F., Cooke R.A. (1923), *On the classification of the phenomena of hypersensitiveness*, Journal of Immunology, n. 8, pp. 163-82.
- Coca A.F., Grove E.F. (1925), *Studies in hypersensitiveness. XIII. A study of the atopic reagins*, Journal of Immunology, n. 10, pp. 445-64.
- Emde R.N., Robinson J. (1979), *The first two months: recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn*, in Noshpitz J.D., *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. I, Basic Books, New York.
- Fabbrici C., Patrizi A., Varotti C., (1991), *Disturbi nell'espressione dell'aggressività in bambini con dermatite atopica*. Atti del Convegno Nazionale sulla Psicosomatica e sulla Psicoterapia del bambino e dell'adulto. Montesilvano S. (PE) 14-15/IX.
- Fain M. (1969), *Réflexions sur la structure allergique*, Révue française de Psychanalyse, n. 33, 2, pp. 226-241.
- Fava G.A., Kellner R. (1982), *Nuovi metodi in psicomatria*, trad.it. in Canestrari R. (a cura di), *Versione italiana del Symptom Questionnaire di Kellner*, OS, Firenze.
- Gadini E. (1969), *Sulla imitazione*, in Scritti, Cortina, Milano, 1989.
- Gadini E. (1980), *Note sul problema mente corpo*, in Scritti, Cortina, Milano, 1989.
- Gadini E. (1981), *Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico*, in Scritti, Cortina, Milano, 1989.
- Gadini E. (1984), *L'attività presimbolica della mente infantile*, in Scritti, Cortina, Milano, 1989.
- Gadini R. (1978), *Transitional object origins and the psychosomatic symptom*, in Grolnick A., Barkin L., Muensterberger W., *Between reality and fantasy: Transitional objects and phenomena*, Aronson, New York.
- Gadini R. (1980), *Patologia psicosomatica come difetto maturativo*. Rivista di Psicoanalisi, n. 26, pp. 381-388.
- Grotstein J.S. (1983), *Some perspectives on self psychology*, in Goldberg A., *The Future of Psychoanalysis*, International Universities Press, New York.
- Guidetti V., Tambelli R., Garcovich A., Spinelli M.S. (1982), *Fattori psicogenetici nella dermatite atopica infantile*, Neuropsichiatria infantile, n. 248, pp. 167-177.
- Hanifin J.M., Rajka G. (1980), *Diagnostic features of atopic dermatitis*, Acta Dermato-Venereologica, n. 92, pp. 44-47.
- Hanifin J.M., Tofte S. (1999), *Patient education in the long-term management of atopic dermatitis*, Dermatology Nursing, n. 11, pp. 284-289.
- Hinde R.A. (1979), *Le relazioni interpersonali*, trad.it., Mulino, Bologna, 1982.

-
- Hofer M.A. (1978), *Hidden regulatory processes in early social relationships*, in Bateson P.G. e Klopfer P.H., *Perspectives in Ethology*, Vol. 3, Plenum, New York.
- Hofer M.A. (1983), *The mother-infant interaction as a regular of infant psysiology and behavior*, in Rosenblum L.e Moltz H., *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*, Plenum, New York.
- Holden C.A. (1992), *Atopic dermatitis*, *Medicine International*, n. 102, pp. 4298-301.
- Kohler W. (1920), *Die physische getalten in Ruhe und im stationären Zustand*, Braunschweig, Vieweg.
- Kowallis G.H. (1995), *Psychosomatic Disorders*, in Lionells M., Fiscalini J., Mann C.H., Stern D.B., *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*, The Analytic Press, New York.
- Kreisler L. (1981), *Clinica psicosomatica del bambino*, trad.it., Cortina, Milano, 1986.
- Kreisler L. (1985), *La patologia psicosomatica*, trad.it. in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Vol. 2, Borla, Roma, 1990.
- Lawson V., Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y., Reid P., Owens R.G. (1998), *The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire*, *British Journal of Dermatology*, n. 138, pp. 107-114.
- Lewin K. (1935), *Una teoria dinamica della personalità*, trad.it., Giunti Barbera, Firenze, 1965.
- Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y., Dykes P.J. (2001), *The Infants' Dermatitis Quality of Life Index*, *British Journal of Dermatology*, n. 144, pp. 104-106.
- Lichtenberg J.D. (1983), *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*, trad.it., Astrolabio, Roma, 1988.
- Magrini M., Pitter M., (1999), *La dermatite atopica tra soma e psiche, tra pediatria e psicoanalisi*, in Trombini E. (a cura di), *Genitori e Figli in consultazione*, QuattroVenti, Urbino.
- Marty P. (1958), *La relation objectale allergique*, *Révue Française de Psychanalyse*, n. 12, 1, pp. 5-29.
- Mochi N. (1988), *Dermatite atopica*, in Panconesi E., *Lo stress, le emozioni e la pelle*, Masson, Milano.
- Patrizi A., Savoia F., Neri I., (2003), *Up-to date su dermatite atopica* (on line), da: <http://www.idi.it> (12 Gennaio 2006).
- Pauli-Pott U., Darui A., Beckmann D., (1999), *Infant with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, n. 68, pp. 39-45.
- Petter G. (1965), *I motivi conduttori dell'opera di Lewin*, trad.it. in Lewin K., *Una teoria dinamica della personalità*, Giunti Barbera, Firenze.
- Ricci G., Bendandi B., Aiazzi R., Patrizi A., Masi M. (2004), *Educational and medical programme for young children affected by atopic dermatitis and for their parents*, *Dermatology Psychosomatics*, n. 5, pp. 187-192.
- Sander L.W. (1975), *Infant and caretaking environment*, in Anthony E.J., *Explorations in Child Psychiatry*, Plenum, New York.
- Serre M. (1990), *Les cinq sens*, trad.it. in Anzieu D., *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, Cortina, Milano, 1992.
- Spitz R.A. (1965), *Il primo anno di vita*, trad.it., Armando, Roma, 1973.
- Staab D., Von Rueden U., Kehrt R., Erhart M., Wenninger K., Kamtsiuris P., Wahn U., (2002), *Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis*, *Pediatric Allergy Immunology*, n. 13, pp. 84-90.

-
- Stern D.N. (1977), *The first relationship*, Harvard University Press, Cambridge.
- Stern D.N. (1983), *Implications of infancy research for psychoanalytic theory and practice*, in Grinspoon L., *Psychiatry Update*, Vol. II, American Psychiatric Press, Washington.
- Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, trad.it., Boringhieri, Torino, 1987.
- Taylor G.J. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*, trad.it., Astrolabio, Roma, 1993.
- Thoman E.B. (1975), *How a rejecting baby affects mother-infant synchrony*, Parent-Infant Interaction, Ciba Foundation Symposium, Elsevier, Amsterdam.
- Trevarthan C., Hubley P. (1978), *Secondary intersubjectivity: confidence, confidors and acts of meaning in the first year*, in Lock A., *Action, gesture and symbol*, Academic Press, New York.
- Trombini G. (1984), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.
- Wenninger K., Kehrt R., Von Ruden U., Lehmann C., Binder C., Wahn U., Staab D., (2000), *Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: The Berlin model*. Patient Education and Counseling, n. 40, pp. 253-261.
- Wertheimer M. (1923), *Untersuchungen zur Lhere von der Gestalt*, Psychologische Forschung, n. 4, pp. 301-350.
- Winnicott D.W. (1958), *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*, trad.it. in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà*, trad.it., Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1989), *Esplosioni psicoanalitiche*, trad.it., Cortina, Milano.
- Wise F., Sulzberger M.B. (1933), *Footnote on problem of eczema, neurodermatitis and lichenification*. In: Wise F., Sulzberger M.B., eds. *The Year Book of Dermatology and Syphilology*. The Year Book Publishers, Chicago, 1933 pp. 38-9.