

G. GERACI

M.A. INDOVINA

A. LOMBARDO

## **IL BAMBINO TRA VIOLENZA E TERAPIA**

---

Atti della Sezione Siculo-Calabra  
della S.I.N.P.I. - Vol. XVII  
3° Convegno Interregionale delle Sezioni  
Apulo-Lucana, Campana e Siculo-Calabra  
della S.I.N.P.I.  
Sciacca, 30 giugno 1984

---

Editrice « IL MACROFAGO »

## IL BAMBINO TRA VIOLENZA E TERAPIA

G. GERACI,\* M.A. INDOVINA,\* A. LOMBARDO \*

Se intendiamo come violenza l'azione coercitiva attraverso la quale « il soggetto diventa l'oggetto di un altro soggetto » (Eidelberg - 1959), dobbiamo considerare violenza sul bambino tutti quegli interventi nei quali non viene tenuto conto del livello di sviluppo delle sue capacità razionali, volitive e delle sue componenti emotive.

Il bambino non riesce ad attuare processi mentali che gli consentono di separare realtà e fantasia, conscio ed inconscio, ragione ed affetto.

La violenza, quando non può essere adeguatamente elaborata, suscita l'emergere di primitive e paurose fantasie di colpa e di punizione.

Il rapporto del bambino con il mondo esterno è mediato dal suo corpo che lo rassicura in quanto fattore unificante di conoscenze interne-esterne; gli permette di distinguere esperienze buone e cattive, e di differenziare il sè dal non-sè; il dolore fisico colpisce il corpo in quanto schermo protettivo creando una ferita che minaccia la strutturazione del sè infantile. In quest'ottica, l'intervento chirurgico costituisce un'esperienza traumatica di violenza per il bambino che è costretto a mobilitare la sua energia psichica per arginare un profondo vissuto di impotenza e di colpa.

Per la comprensione delle ripercussioni più o meno evidenti della esperienza di intervento chirurgico sulla vita psichica dei bambini, ci sembra importante focalizzare l'attenzione sulla scarsa differenziazione delle sue strutture psichiche (affettività-razionalità, fantasia-realtà) per cui egli:

- a) non ha chiara coscienza della propria malattia;
- b) non è capace di elaborare criticamente la sua esperienza;
- c) viene sopraffatto da una situazione carica di pericoli e di incognite (ambiente, persone, situazione);

---

(\*) Cattedra di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Palermo - Dir.: Prof. F. Canziani

d) vive con intensità le proprie fantasie spesso colpevolizzanti che si fondono con una reale esperienza di violenza e di mutilazione.

In relazione a ciò, l'intervento è vissuto in maniera persecutoria, come punizione, e la figura del medico assume le caratteristiche di aggressore violento e castrante.

Il livello di maturità psicoaffettiva del bambino dipende oltre che dall'età e dalle individuali capacità di utilizzazione delle esperienze, dalle modalità relazionali all'interno del nucleo: figure genitoriali autoritarie e punitive od eccessivamente concessive, non si propongono in maniera rassicurante e stimolante; così l'ambivalenza, l'ansia, la conflittualità, la cristallizzazione dei ruoli, ostacolano la reale disponibilità e la reciproca fiducia rendendo difficile la crescita psicologica del bambino.

I genitori vivono l'intervento come un'azione terapeutica violenta ma inevitabile, perchè possa ricostruirsi l'immagine del figlio sano, ed accettano di delegare il medico consapevoli della propria impotenza.

Spesso fuggono la situazione traumatica, non assistendo all'intervento, perchè non riescono a sostenere la possibilità di essere identificati con l'aggressore, in quanto si sentono profondamente coinvolti nell'aggressione stessa.

Il bambino che non riesce ancora ad elaborare le sue paure, non trovando all'esterno la disponibilità ad una comprensione reale e profonda della sua angoscia, si sente solo ed indifeso; egli, in balia di un potere che lo sopraffà interamente, collude con esso facendosi oggetto ed attua meccanismi di difesa del tipo della regressione, della proiezione, della negazione.

#### Esperienza clinica

La nostra pratica clinica ci porta di frequente a rilevare nella storia dei piccoli pazienti, la presenza di fatti vissuti come traumatici, legati ad interventi terapeutici « violenti »: correzione di deviazioni oculari, piede equino, ipospadia, fimosi, ernie, palatoschisi, ustioni. Ma il dato che ricorre più spesso è l'operazione di tonsillectomia.

Abbiamo rilevato, infatti, dall'anamnesi di 120 bambini venuti alla nostra osservazione, nell'anno 1983, la presenza di tonsillectomie in 20 casi (12 maschi - 8 femmine).

L'intervento è stato praticato in un arco di età compreso tra i 3 ed i 7 anni.

L'anestesia è stata usata soltanto in 4 casi: un bambino di 3 anni, una bambina 6 anni, e due bambini di 5 anni.

Al momento della consultazione, i 20 bambini da noi presi in esame, avevano una età compresa tra gli 8 ed i 14 anni.

I motivi della consultazione riguardavano:

- disturbi del linguaggio (balbuzie, inibizione della comunicazione verbale) in 8 casi;
- disturbi del comportamento (oppositività, difficoltà di socializzazione, iperdipendenza, regressioni) in 7 casi;
- difficoltà scolastiche in 6 casi;
- psicosomatosi (cefalee, algie migranti) in 2 casi;
- fobie, pavor nocturnus, disturbi dell'alimentazione in 3 casi.

In molti bambini era presente una associazione di più sintomi.

Sulle caratteristiche dell'intervento di tonsillectomia, e sulle ripercussioni psichiche, molto è stato detto. Con questo nostro contributo intendiamo focalizzare, ancora una volta, l'attenzione sulla importanza di privilegiare il bambino nella sua essenza umana nel momento della risoluzione terapeutica concordata tra genitori e medico.

La tonsillectomia per le sue peculiari caratteristiche di semplicità, di rapidità, di controllabilità delle sequele e per la sua efficacia risolutiva rispetto ai disagi dovuti alla ricorrenza degli episodi acuti, spesso viene praticata senza che ve ne sia reale necessità.

La routinarietà dell'intervento, diventa superficialità non solo nel momento della decisione operativa, ma soprattutto nel sottovalutare l'importanza delle ripercussioni di tale esperienza di violenza sul bambino.

Per il soggetto in età evolutiva, infatti, l'intervento è sempre un fatto traumatico, indipendentemente dalla sua reale entità. La narcosi costituisce, solo in alcuni casi, una possibilità per

ridurre il vissuto di violenza, e viene spesso richiesta dai genitori anche per diminuire le loro ansie colpevolizzanti.

L'anestesia, infatti, nel bambino più piccolo limita gli effetti immediati legati all'esperienza di violenza e circoscrive l'elaborazione successiva al prima ed al dopo intervento.

Nel bambino più grande, invece, — se non è adeguatamente preparato al punto di vista psicologico — l'anestesia può accentuare il vissuto di impotenza e produrre fantasie di morte, spostare il focus ansiogeno dall'intervento alla narcosi ed orientare l'elaborazione successiva nel senso di una scissione, di un distacco di una parte del sè corporeo che gli è stata tolta furtivamente ed irreparabilmente.

Questo vissuto in particolare emerge dal disegno della piccola Gabriella. Gabriella, condotta alla nostra osservazione alla età di 10 anni, è stata sottoposta ad intervento di tonsillectomia in anestesia, all'età di 6,6 anni.

Oggi la bambina è capace di riferire la sua esperienza solo attraverso il disegno (fig. 1), dove si rappresenta piccola e passiva, lontana dalla figura ansiogena del medico al quale peraltro non riesce a dare vitalità. In alto, isolate ma in posizione centrale nel foglio, le tonsille sono disegnate in rosso come unico elemento vivo della scena. Tutto il disegno esprime la sua impossibilità a rappresentare un evento del quale non si riconosce partecipe. Gabriella, fin da piccola molto ansiosa, in atto manifesta tratti fobici, che si innestano su conflittualità di natura preadolescenziale, e difficoltà nella elaborazione verbale del pensiero che ostacola i rapporti interpersonali con figure adulte ed il rendimento scolastico.

L'intervento affrontato senza narcosi è sempre una esperienza di aggressione e di violenza, oltre che di dolore, che il bambino vive drammaticamente e produce inevitabilmente delle conseguenze sulla sfera psico-affettiva che sono in relazione alle individuali capacità di rielaborazione dell'evento.

Significativo è il caso di Massimo che esponiamo dettagliatamente.

Massimo viene condotto alla nostra osservazione all'età di 14 anni perchè affetto da accentuata balbuzie tonica con sinci-

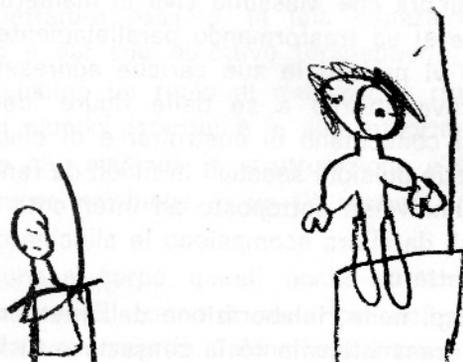
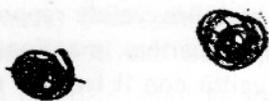


Fig. 1. — L'operazione di tonsilli

nesie insorta all'età di 8 anni. Il disturbo dell'espressione verbale, che da allora si è manifestato con costanza, anche se di intensità variabile, lo ha costretto ad interrompere la frequenza scolastica a 12 anni, dopo una frustrante esperienza di inserimento nella scuola media.

In atto il ragazzo ha difficoltà a stabilire validi rapporti con i coetanei, in famiglia è richiedente ed oppositivo, manifesta comportamenti regressivi ed accentuata rivalità con il fratello minore.

Dal colloquio anamnestico appare evidente ancora oggi il senso di colpa della madre per non avere accettato la gravidanza di Massimo che ha trascorso in uno stato di continua depressione, angosciata dal suo senso di inadeguatezza nei confronti dei problemi connessi a questa nuova maternità, a 16 mesi di distanza dalla prima.

Il rapporto madre-bambino è stato molto ambivalente fin dall'inizio, per il bisogno di ipercompensazione della madre e per il comportamento del bambino che tendeva a condurre la relazione. Il padre tende a delegare alla moglie le sue responsabilità educative ed ha con i figli un rapporto concessivo e di assoluta disponibilità, per paura di perdere il loro affetto. Massimo viene descritto come un bambino vivace, intraprendente ed estroverso; «non era mai possibile dimenticarsi di lui».

Il rendimento scolastico è fin dall'inizio adeguato malgrado lo scarso impegno nello studio. Intorno ai 7 anni, insorgono in Massimo allucinazioni in fase di addormentamento « si guardava un dito gridando di vederlo trasformato ».

Sembra che Massimo viva in maniera angosciata il suo corpo, che si va trasformando parallelamente alle sue istanze emotive, e vi proietta le sue cariche aggressive colpevolizzanti. Egli non trova attorno a sé delle figure identificatorie rassicuranti che gli consentano di costruirsi e di elaborare, neutralizzandole, le proprie pulsioni sessuali in modo da renderle accettabili. All'età di 8 anni viene sottoposto ad intervento di tonsillectomia senza narcosi, da allora scompaiono le allucinazioni ed il bambino inizia a balbettare.

Oggi, nella rielaborazione dell'intervento chirurgico, Massimo rivive drammaticamente la sensazione di violenza subita: « mi te-

nevano in quattro... mi agitavo... ricordo di sentirmi la gola piena di sangue... mio padre e mia madre non c'erano... ».

L'intervento di tonsillectomia sembra, nel caso di Massimo, confermare le sue angosce di castrazione di natura Edipica e la sua evoluzione psichica sembra avere avuto, in seguito a questa esperienza, una spinta nel senso della regressione e della chiusura attorno al suo Sè aggredito.

La balbuzie, oggi si ascrive all'interno di una situazione emotiva nella quale la violenza subita continua ad agire, modificando il vissuto di sè e dell'ambiente.

Massimo è profondamente e completamente impegnato a difendersi da un « fuori » minaccioso ed intrusivo che si costruisce, come realtà subita, su primitive relazioni di ambivalenza affettiva. La paura degli altri lo porta a temere le sue stesse istanze di crescita, vissute come colpevolizzanti, ed a cercare una rassicurazione nella inibizione di ogni espressione sociale della sua personalità.

## Conclusioni

Nelle strutture ospedaliere, spesso, l'asetticità dell'intervento si manifesta sia nel senso tecnico specifico sia nel senso della non partecipazione da parte dell'ambiente ai vissuti emotivi del paziente.

Quando il « corpo » diventa centro di interesse, l'intervento finisce con il confondere la malattia con il malato, il quale viene ridotto al ruolo di spettatore passivo, in una situazione agita dal potere del medico e dal suo obiettivo terapeutico.

Il corpo ha nel bambino un ruolo di mediazione tra il suo universo psichico ed il mondo esterno; è la sua integrità e coesione che gli permette che avvenga la strutturazione e la unificazione delle varie istanze psichiche in un Sè maturo, in grado di affrontare la realtà.

Qualsiasi aggressione al corpo, quindi, anche se terapeutica e destinata a dare benessere, non può non ripercuotersi sulla psiche, come offesa alla sua integrità. Tale offesa è tanto più va-

sta e distruttiva, quanto più fragile è l'organizzazione della sua personalità.

Soprattutto nel soggetto in età evolutiva, quindi, è pericoloso operare una scissione fra malato e malattia; e questo non solo per la particolare relazione soma-psiche di questa età, ma anche per la particolare sua vulnerabilità che lo rende incapace di una adeguata elaborazione interna. E' pertanto indispensabile che il bambino sia reso cosciente e partecipi di ciò che accade su di lui (intervento e/o anestesia) e che l'ambiente sia disponibile a vivere la situazione secondo l'ottica del bambino permettendogli l'espressione delle sue paure, pronto a capirle e ad accoglierle per poterle elaborare insieme.

L'intervento adeguatamente preparato ed opportunamente condotto, nel rispetto del bambino, può costituire per lui una valida esperienza la cui elaborazione successiva potrebbe essere utilizzata con funzione strutturante all'interno del suo processo evolutivo.

#### BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. - Abusi e violenze all'infanzia a cura di E. Caffo - Unicopli - Milano, 1982
- DELL'ANTONIO A., PONZO E. - Bambini che vivono in ospedale - Borla - Roma, 1982
- EIDELBERG L. - The concept of narcissistic mortification - Int. J. Psychoanal. - 40:163-168 - 1959
- FREUD A., BERGMANN T. - Bambini malati - Boringheri - Torino, 1974
- GIORDANO G. G., MILITERNI R., CAPECE G. - Aspetti psicologici e psicopatologici della tonsillectomia - N.P.I. - 191, 1977
- GOZZANO E., NOVELLETTA A. - Ferita somatica e ferita narcisistica. Conseguenze psicopatologiche dei traumi chirurgici nell'infanzia - N.P.I. - 266/267, 1983
- JANDOLO C. - L'approccio umano al malato - Armando - Roma, 1979
- MUSATTI C. - Trattato di psicoanalisi - Einaudi - Torino, 1949
- ROBERTSON J. - Bambini in ospedale - Feltrinelli - Milano, 1973
- WINNICOTT D. W. - Dalla pediatria alla psicoanalisi - Martinelli - Firenze, 1975