

ilmedicopediatra 2022;31(2):27-30;
doi: 10.36179/2611-5212-2022-8

Come entra la morte nel pensiero del bambino?

Paola Miglioranza

Pediatra di Famiglia, Verona

Parlare della morte non è facile neppure tra adulti, c'è sempre una certa paura scaramantica che ti fa pensare che non parlandone forse la tieni lontana, anche se purtroppo non è così. Parlarne con un bambino è ancora più difficile, dobbiamo prima superare le nostre paure ed essere sicuri di non trasmetterle, perché una cosa sconosciuta che è presentata con paura diventa veramente difficile da sopportare senza un adeguato aiuto e una rassicurazione.

Per poter parlare della morte con un bambino o con un adolescente bisogna poi essere consapevoli delle fasi di sviluppo in cui si trovano dal punto di vista cognitivo, emozionale e psicologico e conoscere le credenze religiose e della famiglia circa la malattia, il morire e la morte, per favorire la comunicazione sia nella malattia che nel fine vita e per evitare incomprensioni, che possono rendere ancora più dolorosi questi momenti.

Quando parliamo della morte con un bambino è difficile per noi renderci conto di quanto sia complesso comprendere cosa vuol dire "morire" se non abbiamo vissuto un'esperienza simile alla loro età. Purtroppo non ci sono studi sufficienti che ci indichino quanto l'esperienza personale possa interferire con la comprensione delle varie componenti del vivere e del morire. I modelli legati allo sviluppo raramente prendono in considerazione la potenziale influenza delle esperienze precedenti del bambino, e l'esposizione a malattia e morte sulla loro comprensione di questi concetti. Case report ¹ e studi antropologici ² suggeriscono che bambini (età 5-7 anni) possono essere consapevoli della loro morte imminente. Studi empirici indicano che bambini che hanno avuto una maggiore esperienza di morte, vivendo in aree dove malattia e conflitti armati sono endemici, hanno una comprensione della morte relativamente più avanzata ^{3,4}, anche se gli studi al riguardo sono scarsi e poco consistenti ^{5,6}. Nel tumulto emozionale di queste situazioni ansiogene, i bambini possono comportarsi come se avessero una comprensione

Corrispondenza

Paola Miglioranza
paola.mig@libero.it

Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Miglioranza P. Come entra la morte nel pensiero del bambino? Il Medico Pediatra 2022;31(2):27-30. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2022-8>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

meno sviluppata della morte di quello che la loro età cronologica potrebbe suggerire ⁷. È importante prendere in considerazione anche i bisogni specifici di bambini con disabilità cognitive o sensitive. Spesso le necessità comunicative di questi bambini sono tenute poco in considerazione negli ambienti di cura ⁸ il che può interferire in maniera negativa con il risultato delle terapie ⁹.

Seguendo le teorie di Piaget sullo sviluppo cognitivo del bambino, la comprensione del morire si evolve nel tempo, iniziando da componenti più concrete e definite, cosa che avviene verso i 5 anni, per arrivare all'acquisizione di componenti complesse e astratte che è completa verso i 10 anni ¹⁰.

Cinque sono i concetti fondamentali per spiegare qualcosa che è difficilmente descrivibile come la morte ¹¹:

1. irreversibilità: ciò che è morto non può più essere riportato in vita;
2. mortalità personale: la morte colpisce tutti, anche noi, non vi sono eccezioni;
3. universalità: tutte le cose viventi prima o poi muoiono;
4. non funzionalità: tutte le capacità che definiscono il vivere (pensare, parlare, camminare) finiscono con la morte;
5. causalità: ci sono degli eventi reali che portano alla morte.

I bambini di età inferiore ai **2 anni** hanno consapevolezza della permanenza di una persona e iniziano a sviluppare un'immagine mentale di un genitore o di un caregiver, provando ansia quando si allontana e aspettandone il ritorno. I bambini di **3-4 anni** vedono la morte come una partenza, e parte dell'ordine naturale della vita. È importante in questi periodi che i genitori o i caregiver ripetano il messaggio chiave, che la persona morta non ritornerà e non può ritornare ⁷. La finalità e l'irreversibilità della morte non vengono capite facilmente fino ai 5-6 anni ¹⁰ anche se uno studio recente suggerisce che alcuni bambini possono acquisire questa comprensione anche prima dei 4 anni ¹². La mortalità personale (la morte applicata a sé stessi, tutti siamo destinati a morire) e la sua imprevedibilità (non si può conoscere in anticipo il momento in cui moriremo), vengono capite verso i 5 anni, ma è solo verso i **9-10 anni** che i bambini hanno una comprensione della morte più completa.

Il capire invece cosa causa malattia e morte avviene tra i **4** e i **7** anni ed è sostanzialmente influenzato da quello che è conosciuto come il pensiero magico ¹³. Il pensiero magico è usato per descrivere la credenza dei bambini che pensieri, eventi o desideri possano causare gli eventi esterni, ad esempio che la malattia possa essere causata da un particolare pensiero o comportamento. Nello stesso periodo i bambini hanno un senso di coscienza emergente, ma una debole comprensione di come la malattia si possa diffondere;



questo fatto può portarli a una errata attribuzione della causa e a un conseguente senso di colpa, pensando ad esempio la malattia come punizione per un loro cattivo comportamento⁷. Da qui l'importanza di assicurarsi che il linguaggio usato con i bambini sia concreto e specifico, per evitare attribuzioni errate o conclusioni non corrette circa le cause di malattia e morte⁷.

Un cambiamento importante è quello che avviene tra i 7 e gli 11 anni quando si iniziano a comprendere concetti biologici importanti sulla struttura e il funzionamento del corpo umano e sulla trasmissione delle malattie¹³. In questo periodo i bambini sono in grado di usare le loro capacità emergenti di ragionamento partendo da una informazione concreta o sono in grado di pensare a cose che sono invisibili all'interno del corpo. Per esempio possono capire i cambiamenti fisici dovuti a un cancro, come la perdita di capelli e di peso, perché sono situazioni tangibili e osservabili.

Tuttavia una piena comprensione di cosa sia un cancro, la chemioterapia o gli effetti collaterali può essere ancora difficile da raggiungere¹⁴.

Durante l'**adolescenza** si vanno gradualmente sviluppando processi cognitivi di ordine maggiore che includono le funzioni esecutive (ad esempio il controllo inibitorio, la pianificazione e il prendere una decisione)¹⁵.

L'interesse degli adolescenti malati, che ben comprendono cosa vuol dire morire, sulle conseguenze a breve termine della loro malattia è particolarmente importante per le loro decisioni riguardanti il trattamento, e possono contribuire a portare tensione tra le differenti priorità dei pazienti e dei medici che li curano (es. il desiderio di indipendenza di un adolescente e l'importanza per il medico che il trattamento sia eseguito a orari e giorni stabiliti)¹⁶.

Le linee guida NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)¹⁷ raccomandano che per tutti i bam-



bini con malattie a rischio di vita, la comunicazione delle informazioni sulla loro salute, tenga conto sia della loro età che del loro livello di comprensione.

Anche cultura e tradizioni, etnia e credenze religiose e spirituali possono influenzare le prospettive dei bambini, dei genitori e dei loro caregiver sul significato della morte e della malattia (in Italia, per esempio, è molto importante rispettare le tradizioni familiari e del luogo per quanto riguarda la comunicazione al bambino della condizione di fine vita, anche se queste non coincidono con quanto stabilito per legge)¹⁸.

La comprensione concettuale della morte varia ampiamente nelle diverse parti del mondo. Ad esempio, uno studio in Sud Africa descrive come la morte può essere vista come una esperienza di trasformazione nella quale rimane possibile la comunicazione con i membri della famiglia deceduti¹⁹.

È importante che i professionisti della salute esplorino il sistema di credenze di un individuo per assicurarsi che l'informazione comunicata sia significativa, e per essere in grado di eliminare gli stereotipi e riconoscere punti di riferimento diversi, sia culturali che religiosi, dei componenti della famiglia²⁰.

Bibliografia

- 1 Nordmark-Lindberg I, Lindberg T. A child's experience of imminent death. *Acta Paediatr Scand* 1979;68:645-648.
- 2 Bluebond-Langner M. Worlds of dying children and their well siblings. *Death Stud* 1989;13:1-16.
- 3 Hunter SB, Smith DE. Predictors of Children's understandings of death: age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. *Omega (Westport)* 2008;57:143-162.
- 4 Jay SM, Green V, Johnson S, et al. Differences in death concepts between children with cancer and physically healthy children. *J Clin Child Psychol* 1987;16:301-306.
- 5 Mahon MM. Children's concept of death and siblings' death for trauma. *J Pediatr Nurs* 1993;8:335-344.
- 6 Cotton CR, Range LM. Children's death concepts: relationship to cognitive functioning, age, experience with death, fear of death and hopelessness. *J Clin Child Psychol* 1990;19:301-306.
- 7 Schonfeld DJ. Talking with children about death. *J Pediatr Health Care* 1993;7:269-274.
- 8 Sharkey S, Lloyd C, Tomlinson R, et al. Communicating with disabled children when impairments: barriers and facilitators identified by parents and professionals in a qualitative study. *Health Expect* 2016;19:738-750.
- 9 Oulton K, Gibson F, Carr L, et al. Mapping staff perspectives towards the delivery of hospital care for children and young people with and without learning disabilities in England: a mixed methods national study. *BMC Health Serv Res* 2018;18:203.
- 10 Slaughter V. Young children's understanding of death. *Aust Psychol* 2005;40:179-186.
- 11 Stein A, Dalton L, Rapa E, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *Lancet* 2019;393:1150-1163.
- 12 Panagiotaki G, Hopkins M, Nobes G, et al. Children's and adults understanding of death: cognitive, parental, and experiential influences. *J Exp Clin Psychol* 2018;166:96-115.
- 13 Eiser C. Children's concepts of illness: towards an alternative to the "stage" approach. *Psychol Health* 1989;3:93-101.
- 14 Su HR, Ryan-Wenger NA. Children's adjustment to parental cancer: a theoretical model development. *Cancer Nurs* 2007;30:362-381.
- 15 Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci* 2012;15:1184-1191.
- 16 Essing S, Steiner C, Kuehni CE, et al. Improving communication in adolescent cancer care: a multiperspective study. *Pediatr Blood Cancer* 2016;63:1423-1430.
- 17 NICE (National Institute for Health and Care Excellence NICE (National Institute for Health and Care Excellence). <https://nice.org.uk/guidance/n61>
- 18 Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004;52:165-172.
- 19 Berg A. Ancestor reverence and mental health in South Africa. *Transcult Psychiatry* 2003;40:194-207.
- 20 Wiener L, McConnell DG, Iatella L, et al. Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care* 2013;11:47-46.