

L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE NELL'ALLATTAMENTO

PIER LUIGI RIGHETTI¹, ANDREA RIGHETTI²

¹Psicologo-psicoterapeuta, docente di Psicopatologia Generale e dello Sviluppo, Facoltà di Psicologia, Università di Padova

²Pediatra di famiglia, Venezia, Az. ULSS 12 - Veneto



In questo breve articolo si cerca di porre la relazione come aspetto fondamentale nell'allattamento. Vengono proposte alcune riflessioni teoriche psicologiche sul concetto di relazione e come queste possono aiutare a capire e a leggere la relazione madre-bambino-padre. Si riportano, inoltre, due esempi clinici significativi.

*Vanno le mie parole, scialbe di colore in parvenza di fole;
ma tornano rosate con striature dorate, chi le ha così abbellite?
Sono gli amici miei, le hanno arricchite con il colore d'oro dei sentimenti loro.*
Vittoria Fonseca, "Cinigia", Supernova 1998

Comunicare: esprimere, parlare, mostrare, dire, sopraffare, soccombere... comunque sempre osmosi di sentimenti. Le nostre parole vanno, come dice Vittoria Fonseca nei versi d'apertura, e tornano sempre: più o meno ricche, ma sempre diverse. Ognuno di noi porta in sé una sua propria personalità, una cultura, una storia. "L'uomo è un animale sociale" - diceva Aristotele - "fatto di istinti, bisogni, ma soprattutto di socialità, di relazione. La vocazione primordiale dell'uomo è permettere all'altro che mi è vicino di realizzare se stesso. Ogni momento della realizzazione è dato dalla "relazione". Lo stesso può dirsi per ogni bambino e sua madre. Ogni volta che nel nostro studio entra una mamma con il suo bambino, vediamo in essi uno scambio vicendevole di sentimenti, un piccolo seme che si pianta nel giardino dell'umanità e ha bisogno di fiorire e sbocciare. Un giardino di fiori diversi: tutti belli, unici e indispensabili.

A proposito di relazione

Ogni momento dello sviluppo è dato dalla relazione e dallo stare nella relazione ("non si sviluppa un

bambino ma si sviluppano delle relazioni significative per lo sviluppo del bambino stesso"); l'esperienza è data proprio dal fare esperienza *nella e della* relazione; lo sviluppo è attaccamento⁴. Già il nascituro è in relazione con la madre (e l'ambiente intra- ed extra-uterino; da qui il concetto di Sé Prenatale⁵); poi nasce, entra in relazione con il sociale (l'ambiente), un sociale ristretto, pressoché familiare, matura attraverso queste relazioni, diventa adulto, esce dall'esperienza familiare ed entra nella relazione con il mondo.

Inoltre, la relazione risulta tanto importante e meglio definibile se pensiamo alla psicopatologia dello sviluppo che ha interessi verso il mondo del bambino e quindi a un essere continuamente in relazione. Se pensiamo che letteralmente "sintomo" (dal greco *syn-pipto*) significa "accado con... altre cose, altri eventi" e quindi prende significato quando qualcuno gli attribuisce un significato (nella relazione), uno stesso evento patologico (ma anche non patologico) può essere spiegato in modo diverso a seconda di chi gli dà un significato: nel caso del bambino la sua sintomatologia acquista significato in rapporto alla rappresentazione mentale della madre, del padre, delle figure di riferimento, ma soprattutto dalle rappresentazioni mentali stesse del bambino. Difatti: quando in un bambino si presenta un sintomo? Quando chi si occupa di lui (l'osservatore) coglie dei segnali che risultano non funzionali alla propria "rappresentazione" (osservazione).

L'uomo è geneticamente determinato ad avere relazioni significative per il suo sviluppo. "Lo stesso concetto di autoregolazione dell'organismo⁶ è strettamente legato all'evoluzione della specie. Anche l'intuizione di Fritz Perls sullo sviluppo infantile, ossia il concetto di aggressione dentale⁷, si basa su una teoria della natura umana come capace di autoregolazione, sicuramente più positiva rispetto alla concezione meccanicistica vigente a cavallo tra il XIX e il XX secolo (e che pervade anche la

Questo articolo nasce da una rilettura dei temi proposti in: Righetti P.L.¹ e Righetti A.²

OLTRE LO SPECCHIO

teoria freudiana). La capacità che il bambino ha di mordere sostiene e accompagna la sua capacità di destrutturare la realtà. Questa forza aggressiva spontanea, positiva, ha una funzione di sopravvivenza e consente all'individuo di raggiungere attivamente ciò che nell'ambiente può soddisfare i suoi bisogni, destrutturandolo secondo la propria curiosità⁸.

Per comprendere il significato dello "stare in relazione" possiamo analizzare il punto di vista di D. Stern⁹ secondo il quale a ogni situazione che si presenta sul piano reale corrisponde una rappresentazione mentale: a una relazione reale corrisponde una relazione di tipo psicologica, fantasmatica, rappresentazionale. Prendiamo come esempio la relazione madre/bambino (vedi Figura). Tra il bambino e la madre si instaura ed emerge una relazione reale, fisica, oggettiva (r), e una relazione mentale, psicologica, rappresentazionale, fantasmatica (R); la rappresentazione mentale della madre (M.R.) corrisponde alla rappresentazione mentale del bambino (B.R.) e viceversa⁹. E la rappresentazione non c'è solamente tra madre e bambino, ma anche, in generale, tra organismo e ambiente: in questo senso si può credere che il primo ambiente per il bambino sia la madre (il genitore, chi si prende cura di lui).

B. → → → → (r) ← ← ← ← M.

B. R. → → → → (R) ← ← ← ← M. R.

Relazione reale e fantasmatica tra madre e bambino

Un'importante distinzione da farsi quando si analizza il concetto di relazione è quella tra "interazione" e "relazione"¹⁰: mentre l'interazione è data dai comportamenti oggettivi madre/bambino, la relazione (che è una somma di interazioni, e quindi deriva dai comportamenti) ha una sua temporalità, storia, memoria, affetto e narrazione.

Il discorso sulla relazione portato avanti fino a questo punto vede come protagonisti principali la madre e il bambino: finalmente (e fortunatamente!!!), da alcuni anni è stato rivalutato il ruolo del padre e quindi di tutta la triade M/P/B nel divenire genitoriale tanto quanto della madre ("maternità"), tanto quanto del padre ("paternità")⁵⁻¹¹. Un esempio tipico della relazione triadica lo possiamo trovare nel gioco del "Ti prendo" che solitamente i genitori fanno con il proprio figlio⁵.

Jacopo (11 mesi). *Si muove molto bene nell'ambiente, gioca, si diverte quando la mamma si nasconde e all'improvviso ritorna davanti a lui (per esempio lui si mette a gattoni in un angolo della cucina, la madre si nasconde dietro l'angolo e improvvisamente si fa rivedere magari urlando "eccomi").*

Ma il gioco che più gli piace è quello del "ti prendo".

Jacopo è in braccio al papà, la mamma lo chiama e inizia a rincorrerlo anticipando la sua rincorsa con la frase "ti prendo"; il papà - che sta al gioco - quando la mamma lo rincorre, corre per la casa e con lui fa degli urlati di spavento.

La mamma continua a dire "ti prendo" e Jacopo - agitato, in braccio al padre - quando la mamma gli dice "ti prendo" si gira dall'altra parte urlando e ridendo. La rincorsa per la casa continua e la mamma continua a dire "ti prendo, attento che ti prendo", "oooccccio che ti prendo" (vedi Nota 1, a piè di pagina). Così per alcuni minuti, senza cose predefinite ma lasciate al caso che questo momento di gioco richiede.

La madre ripete queste modalità e la frase "ti prendo": ma le ripete senza seguire un ritmo predefinito. Sta qui la caratteristica del gioco del "ti prendo": senza predefinire i ritmi e i tempi le madri svolgono questo gioco lasciando lo spazio della "novità" che contrariamente (e cioè seguendo un ritmo e dei tempi fissi) non avrebbe lo stesso effetto. Effetto che - a parere di chi scrive - non dipende solamente dalla madre, o solamente dal bambino, ma dal loro giocare assieme, dalla loro relazione, dalla creatività che ne emerge. In questo caso l'ambiente viene manipolato e sperimentato attivamente grazie alla relazione di gioco, un gioco non predefinito ma "dettato" solamente dalla regola della novità e dell'eccitazione.



Nota 1. Più esattamente - con un suono onomatopeico al gioco che madre e figlio fanno (onomatopeico nel senso che richiama a una certa "sonorità relazionale") - la frase "attento che ti prendo", detta utilizzando il dialetto veneto che parla la madre di Jacopo, è "occio che ti prendo" (con l'allungamento dell'OOOCCCCIO, che tradotto sta proprio a indicare "attento che...").

Nello studio del pediatra: il "problema" dell'allattamento

Lunedì mattina verso le ore dodici, entra nel mio Studio per la prima volta la mamma di Rachele, una bellissima bambina di appena dieci giorni. Sono accompagnate dalla nonna materna. Dopo i saluti di rito, inizio la raccolta dei dati anamnestici per la compilazione della cartella e per cercare di iniziare un rapporto che, spero, ci porterà lontano.

Subito la mamma mi fa presente un suo dubbio, anzi direi una quasi certezza: *"Ha sempre voglia di mangiare! La attacco al seno spesso ma non è soddisfatta ... sa, dottore, ho dovuto darle il latte artificiale."* Raccolgo questa notizia e non rispondo: voglio prima accertarmi, attraverso la valutazione fisica-auxologica, se effettivamente Rachele ha bisogno del latte artificiale.

La bambina sta benissimo e presenta una crescita ottima (forse anche esagerata!): è cresciuta 600 grammi in una settimana.

"Signora, Rachele sta benissimo, è cresciuta molto bene. Lei ha voglia di allattarla al seno?"

"Certo Dottore, se fosse possibile!"

Faccio presenti alla mamma i vantaggi del latte materno e le insegno la tecnica per favorire questa pratica; e sottolineo la necessità di accondiscendere agli stimoli della bambina: *"deve attaccarla al seno ogni volta che Rachele lo richiede; anche se dovessero essere dieci volte in una giornata."*

"Certo Dottore, ma così piange spesso! E sa, mio marito lavora di notte e durante il giorno ha bisogno di dormire!"

"Sicuro!" interviene la nonna *"suo marito non la aiuta mai! E pensare che è stato lui a volere la bambina."*

"Sì" risponde la mamma "fosse stato per me avrei aspettato ancora un po'."

Cerco di ordinare le fila del discorso, sottolineo l'importanza dell'aiuto alla mamma da parte del padre e la invito comunque a provare a lasciare da parte il latte artificiale: *"Per qualsiasi cosa abbia bisogno, mi chiami pure, signora, anche solo per fare due chiacchiere"*.

La mamma esce soddisfatta: me lo dice l'infermiera che sente gli elogi che la mamma fa del pediatra!

Due giorni dopo, tra le tante, ricevo la telefonata della mamma di Rachele: *"Dottore, non ce la faccio! Piange sempre... e poi mio marito... io le do il latte artificiale."*

Ho fallito! Ma dove ho sbagliato? Cosa non ho fatto?

Dopo una settimana, mentre ancora mi chiedo dove stia l'errore, la mamma di Rachele mi richiama perché la piccola presenta coliche gassose; consiglio sul da farsi e

mentre sto per chiudere la telefonata: *"Ah dottore, grazie! Grazie a lei il latte artificiale lo uso solo come aggiunta! E vedesse come Rachele prende il seno! Grazie, ci vediamo."*

La donna spesso si trova ad essere madre da sola: dimessa dal Nido dell'Ostetricia, si trova tra le braccia questa nuova creatura alla quale è legata da un amore innato e inspiegabile; ma di lui non sa niente, non lo conosce, ha bisogno di iniziare a creare una relazione. Di conseguenza accade sempre più spesso che questa madre cerchi dal "professionista del bambino" (il pediatra, l'ostetrica, la puericultrice, lo psicologo ecc.) quelle parole, quelle informazioni che chi la circonda non è in grado di fornirle (da qui il "professionista del bambino" che dovrebbe inserirsi nel contesto relazionale madre-bambino per facilitarlo e favorirlo).

Pur essendo per lo più "sole", le mamme di oggi sono però sottoposte a un fuoco di fila di informazioni le più svariate sul bambino, sul puerperio, sulla crescita ecc.

Tralasciando le informazioni provenienti dai *mass media* (l'argomento richiederebbe una trattazione specifica, magari con un capitolo a parte), possiamo dire che chiunque incontra una mamma, nei primi mesi di vita del suo bambino, magari primipara, scarica sulla poverina una messe di notizie e conoscenze (o supposte tali!) il più delle volte vacue e prive di fondamento sia scientifico che pratico; e anche quando le informazioni fornite godessero di una certa credibilità, la numerosità degli input e il modo in cui questi vengono lanciati, creano confusione nella mamma: ella si trova completamente disorientata e incapace di seguire anche il solo istinto materno. Appare dunque evidente come il ruolo del pediatra, dell'ostetrica, della puericultrice, dello psicologo (e comunque di chiunque si occupi di relazione madre-padre-bambino) sia a questo riguardo estremamente delicato e altrettanto importante. Se si vuole aiutare la genitorialità e la relazione, si dovrebbe: *ascoltare*; fornire un'informazione (chiara e univoca, pratica e comprensibile, adeguata al momento vissuto), *credere in ciò che dice*; *verificare l'acquisizione dei comportamenti e degli atteggiamenti, sensibilizzare alla triade M-P-B e quindi supportare il ruolo del padre.*



OLTRE LO SPECCHIO

Capita sovente di rilevare che latori di informazioni vacue e spesso contraddittorie sono i parenti vicini alla mamma, e in particolare le nonne, che condividono con lei l'accudimento del bambino. In questi casi è utile chiedere alla mamma di farsi accompagnare da queste persone. Ciò permette di: parlare alla mamma perché la mamma ascolti; fornire alla mamma la garanzia delle informazioni in suo possesso: "Non me le invento io le cose! Hai sentito, l'ha detto il pediatra."

È buona norma non lasciare le nonne fuori dallo studio! Potrebbero anche trasformarsi in buonissime alleate.

Da una recente indagine (vedi Nota 2 a piè di pagina) risulta che in Italia i bambini allattati al seno al terzo mese di vita sono il 66% sul totale, al sesto mese sono il 47% e a dodici mesi solo il 12%. Se da un lato si evidenzia un incremento di tale pratica rispetto al 1995 (anno in cui la prima analisi è stata effettuata), da esso emerge anche che la percentuale di mamme che hanno iniziato tale pratica è pari al 91%.

Si evince dunque che una mamma su tre entro i primi tre mesi di vita del bambino smette di allattare al seno. Ciò è dovuto sicuramente a una forte influenza mediatica da parte delle industrie produttrici di prodotti dietetici per l'infanzia; ma anche a una sorta di retaggio storico-culturale che vede nell'allattamento artificiale quasi una emancipazione della donna, un suo liberarsi da un vincolo troppo stretto con il proprio bambino. Il fenomeno trova una giustificazione nella "difficoltà" ad allattare al seno: spesso sono lasciate sole in questa loro "avventura", non sono supportate adeguatamente da chi sta loro attorno; anzi sono invitate a desistere alle prime avvisaglie di problemi. Proprio in questa fase, invece, la mamma ha bisogno di qualcuno che la aiuti, che la ascolti, che comprenda il suo stato d'animo: da un lato vuole fare ciò che è meglio per il suo bambino, dall'altro è preoccupata della sua adeguatezza.

Vittoria è una bellissima bambina, pesa alla nascita 3 kg, con perinatalità nella norma. Non voleva saperne di attaccarsi al seno materno: "Signora" hanno detto alla mamma gli operatori del Nido "non c'è nulla da fare! È meglio che dia a sua figlia il latte artificiale". La mamma, appena dimessa dall'ospedale, si è rivolta al pediatra e ha esposto il problema, non nascondendo il suo grande dispiacere: "vorrei tanto poterla allattare!".

Dopo avere constatato che effettivamente Vittoria rifiutava di attaccarsi al seno (e oggi a distanza di tre anni non è ancora chiaro il perché), si è consigliato alla mamma di svuotarlo manualmente e dare alla bimba il suo latte con il biberon.

Vittoria non ha preso nulla di diverso dal latte materno fino al sesto mese, pur senza mai attaccarsi al seno di sua madre. Nel primo mese di vita della bambina i contatti tra il pediatra e la mamma sono stati molto frequenti (circa 3-4 volte per settimana tra incontri e telefonate).

Questo episodio pare paradigmatico di quanto sia necessario per promuovere l'allattamento al seno: una mamma motivata; un pediatra convinto; un sostegno continuo¹²; l'importanza di far capire la rela-

zione. Anche in questa situazione sono fondamentali la vicinanza con la mamma, l'ascolto, il sostegno.

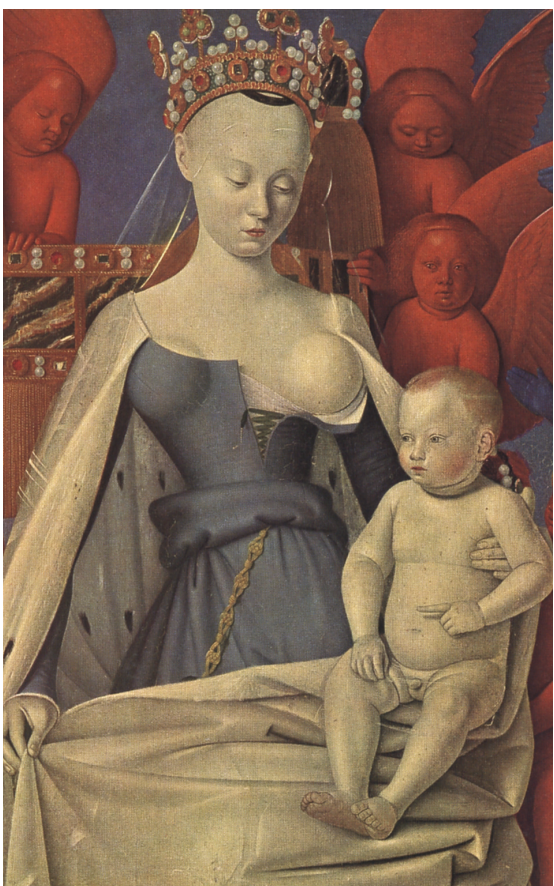
Purtroppo molto spesso "non solo le conoscenze e le competenze, ma anche l'attitudine degli operatori sanitari si rivelano spesso inadeguate. Essi sono spesso disorientati dai loro pregiudizi culturali, che li portano a vedere l'allattamento al seno come dipendente principalmente dalla volontà della donna, senza considerare il loro dovere istituzionale di sostenerla in una scelta consapevole di salute. La donna-madre viene iperprotetta, orientata spesso all'allattamento artificiale, mentre l'allattamento al seno di per sé dovrebbe portare piuttosto all'affermazione del ruolo familiare e sociale della donna che allatta. La scelta del tipo di alimentazione del proprio bambino viene sdrammatizzata per non colpevolizzare la donna (formula e latte materno pari sono), mentre si ignora la necessità di passare dalla consapevolezza dei benefici dell'allattamento al seno per la donna e per il suo bambino a una sua promozione attiva e non ambivalente¹³."

Eppure già nel 1997 l'Accademia Americana di Pediatria ha suggerito gli atteggiamenti che gli operatori sanitari dovrebbero tenere per la promozione di tale pratica: 1) assumere una posizione decisa ed entusiasta; 2) promuovere una collaborazione con l'ostetrica e con le risorse locali e territoriali; 3) migliorare la conoscenza della fisiologia e della gestione dei problemi pratici relativi all'allattamento al seno.



Nota 2. I dati sono desunti dallo studio PUER 2, coordinato dal prof. M. Giovannini della Clinica Pediatrica dell'Università di Milano.

OLTRE LO SPECCHIO



Aspetti conclusivi

Da quanto esposto, riteniamo che sia necessario per gli operatori conoscere gli elementi fondanti la relazione triadica (M-P-B) e far leva su di essi; non tanto forzandoli o cercando di "intromettersi" in essi, quanto, semmai, osservandoli e favorendoli. Una relazione "sufficientemente buona" (parafrasando Winnicott¹⁴) è substrato indispensabile per lo sviluppo e la crescita del bambino; a noi operatori il compito di facilitarla e aiutarla a compiersi. In questo senso l'allattamento materno non solo è favorito e mantenuto da una buona relazione; ma può esso stesso determinarla e mantenerla.

Indirizzo per corrispondenza:

Pier Luigi Righetti
e-mail: pl.righetti@libero.it

Le illustrazioni: l'iconografia può apparire atipica, anzi certamente lo è. Abbiamo voluto mettere in evidenza i diversi e contraddittori aspetti relazionali (e anche anti-relazionali, cominciando dalla figura del titolo), messi in moto dalla nascita e dal conseguente richiamo/rifiuto all'istinto all'allattamento.

La stampa di Hogarth (Laver J. *Stampe popolari inglesi*. Milano: Electa Editrice, 1973) sugli effetti dell'alcolismo; le statuette azteche e africane sul parto, sulla relazione madre e figlio, sulla famiglia numerosa (Rousselot J. *La medicina nell'arte*. Milano: Silvana Editoriale d'arte, 1970); la visita alla balia di Silvestro Lega (Mesirca G. *Silvestro Lega*. Firenze: Edizioni d'Arte Il Fiorino, 1985); il capezzolo non allattante della stampa giapponese (Kidder EJ Jr. "Giappone. Arte, storia e civiltà". Milano: Mondadori Electa, 2002) e infine la madre senza capezzoli di Fouquet (Skira A. *La pittura francese*. Ginevra: Editions d'Art, 1964) illustrano la molteplicità possibile di queste relazioni.

Bibliografia

1. Righetti PL, Casadei D (a cura di). Sostegno psicologico in gravidanza. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi., 2005.
2. Righetti A. Mi è nato un bambino: cosa devo fare? In: Righetti PL, Casadei D (a cura di), Sostegno psicologico in gravidanza. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi., 2005: 185-194.
3. Righetti PL, Sette L. Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2000.
4. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Voll. 1-2-3, Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1975.
5. Righetti PL. Ogni bambino merita un romanzo. Roma: Carocci Editore, 2005.
6. Goldstein K. The Organism: A Holistic Approach to Biology Derive from Pathological Data in Man. New York: American Book Company, 1939.
7. Perls F. L'io, la fame, l'aggressività. Milano: Franco Angeli Editore (ed. or. 1942), 1995.
8. Spagnuolo Lobb M (a cura di). Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica. Milano: Franco Angeli Editore, 2001.
9. Stern DN. La costellazione materna. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1995.
10. Stern DN. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1987.
11. Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
12. Davanzo R. Salute materna e allattamento al seno: storia, miti ed evidenze scientifiche. Atti del Congresso Avvenimento nascita: percorso integrato feto-neonato-madrepadre. Conegliano, 6 febbraio, 2006.
13. Davanzo R. Allattamento al seno e personale sanitario: la formazione è efficace? *Medico e Bambino* 2002;21(7): 443-8.
14. Winnicott DW. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Firenze: Martinelli Editore, 1975.