

# Promuovere l'allattamento al seno mediante la promozione dei sensi di colpa (?)

M. ERSILIA ARMENI<sup>1</sup>, M. GABRIELLA DE SIMONE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra e IBCLC, Roma; <sup>2</sup>Psicologa psicoterapeuta, Cattedra di Ginecologia e Ostetricia, Università "Tor Vergata", Roma

*L'abbandono dell'allattamento al seno esclusivo già dai primi mesi è una delle calamità recenti dei Paesi poveri, mentre nei Paesi ricchi si è registrata una netta inversione di tendenza rispetto agli anni 60-70, periodo durante il quale l'allattamento al poppatoio era considerato segno di modernità. Questa ripresa è a sua volta in controtendenza rispetto al mondo che si avvia, come dice Brazelton, alla ricerca di modelli impersonali dell'accudimento. Fino a qual punto è lecito al pediatra premere con le sue convinzioni, pur scientificamente solide, sulle scelte della madre socialmente ed emotivamente condizionata? Il quesito di fondo non è molto lontano da quello che si potrebbe porre dopo la lettura dell'articolo sul fumo passivo.*

Nella pratica clinica è ricorrente sentire affermazioni di questo tipo da parte di colleghe/i:

«Non c'è dubbio che il latte materno sia il migliore alimento per i lattanti. Se, tuttavia, una mamma, dopo essersi informata, sceglie il latte artificiale, o non può fare altrimenti, io rispetto la sua scelta per non crearle sensi di colpa, e perché, dopo tutto, i bambini alimentati artificialmente crescono altrettanto bene».

Analizziamo l'ultima affermazione: «crescono altrettanto bene». È falsa. Infatti, solo perché un bambino cresce bene fisicamente, non significa che sia sano come potrebbe essere se avesse ricevuto un'alimentazione più adeguata dal punto di vista nutrizionale<sup>1</sup>. Se si guarda al tasso di mortalità, al tasso di morbilità e allo sviluppo cognitivo, vediamo che i primi due sono più alti e il terzo è più basso nei bambini alimentati artificialmente<sup>2,3</sup>.

«Se una mamma dopo essersi informata sceglie il latte artificiale...»; siamo sicuri che le informazioni sui rischi del latte artificiale vengano veicolate con la stessa chiarezza che si ha per

altre situazioni concernenti la salute? Siamo sicuri che l'etichetta sulle confezioni dei latti artificiali riporti i rischi riguardanti mortalità, morbilità e sviluppo cognitivo di cui sopra? Siamo sicuri che la polvere di latte artificiale sia esente da spore di muffe, o che la catena di produzione non sia stata contaminata da batteri come l'*Enterobacter sakazakii* di recentissima cronaca, associato a meningite nel pretermine<sup>4</sup> o nel neonato sano<sup>5</sup>? O che il contenuto di alluminio dei latti a base di proteine di soia non sia troppo elevato riguardo a possibili esiti sfavorevoli? Siamo sicuri che l'aggiunta di omega 3 e omega 6, che alcuni latti artificiali sbandierano come innovativa, non risulti essere più dannosa che utile, visto che la *Federal and Drug Administration* statunitense non l'ha approvata per i latti destinati ai bambini nati a termine, e si riserva di emettere un rapporto finale nel settembre 2003?

La preoccupazione di «non crearle sensi di colpa», poi, non dovrebbe avere spazio nel percorso decisionale di un operatore sanitario. È suo dovere professionale dare informazioni com-

plete e accurate sugli esiti di salute a breve e lungo termine che la scelta della madre comporta.

Non solo, ma il sistema sanitario rifiuta di colpevolizzare le donne, mentre «sfrutta» il senso di colpa degli individui per raggiungere obiettivi di salute in altre situazioni, come nei seguenti casi: nell'area della salute dentale, quando dentisti, igienisti e pubblicità esortano a un regolare uso dello spazzolino pena la comparsa della placca e conseguenti gengivopatie; con il fumo in gravidanza, proscritto a chiare lettere perché associato, nel nascituro, a rischio aumentato di asma e broncospasmo, di policitemia, di SIDS, di basso peso alla nascita, di disturbi neurologici<sup>6</sup>; nel caso di ipercolesterolemia /ipertensione quali fattori di rischio associati a infarto, ictus e morte.

È vero che, se una donna per ragioni fisiche o mediche «non può fare altrimenti» potrebbe sentirsi sotto la «pressione» delle nuove linee-guida o degli entusiastici noti passi che promuovono l'allattamento al seno nei punti nascita. Ma il loro caso è l'ecce-

zione, non la regola. Facciamo un paragone con le gravidanze pretermine: alcune donne provano senso di colpa per non essere state in grado di portare a termine la gravidanza, come "normalmente" avviene. Dovrebbe forse il sistema sanitario astenersi in tutti i modi dal prolungare le gestazioni, per evitare che alcune madri che non ci riescono si sentano in colpa? Dovrebbe nascondere il fatto che, benché i nati pretermine possano sopravvivere e moltissimi effettivamente lo fanno, come popolazione sono a rischio di salute in termini di handicap fisici, psichici e psicologici?

La questione della colpa non si risolve sorvolando con le madri sull'importanza dell'allattamento al seno o sui rischi collegati con l'alimentazione artificiale. Uno studio ha cercato di definire questo senso di colpa<sup>7</sup>. È "colpa" il sentimento che la madre prova, o è il dolore per la perdita di una relazione veramente speciale e unica, di uno dei modi in cui essa esprime la propria sessualità? Non bisogna dimenticare che la donna è detentrica di due ruoli riproduttivi - il rapporto sessuale e l'allattamento - da cui dipende la sopravvivenza della specie e per i quali è profondamente motivata. Una donna che non ha esperienza di un rapporto sessuale o non ha mai provato un orgasmo o non ha mai allattato un bambino - per qualsiasi motivo - prova una perdita per la quale ha purtroppo ragione di soffrire.

La donna sa nel suo intimo che l'allattamento al seno è l'aspetto più importante del maternato (della maternità?). I dati della ricerca<sup>8</sup> ci confermano che, senza allattamento al seno, nella madre viene a mancare quell'ambiente chimico favorevole a un comportamento materno "normalmente buono": non allattare significa infatti niente ossitocina, niente prolattina, niente sostegno ormonale al maternato (maternità?).

Visto dunque che la madre, più che senso di colpa, prova rammarico, dispiacere, dolore, rabbia, chi è che si sente in colpa? La colpa appartiene al marito, al nucleo socio-familiare, agli operatori sanitari, che non sostengono a sufficienza l'allattamento al seno.

Gli operatori sanitari, in particolare, percepiscono, essendo persone sensibili in genere, quelle emozioni primarie che emanano dalle donne che allattano - paura, vergogna, dubbio, ambivalenza - e, nel tentativo di proteggerle da un fallimento, le escludono dall'allattamento al seno interponendo l'inanimato biberon tra loro e il proprio bambino.

I componenti (membri?) del sistema sanitario, in realtà, non stanno proteggendo la donna ma, proiettando su di essa i propri sensi di colpa per non essere riusciti ad aiutarla e il biasimo che rammenta loro i propri personali fallimenti, stanno di fatto proteggendo se stessi.

## I sensi di colpa fanno male alle mamme (?)

FRANCO PANIZON

*Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste*

**I**l dilemma delle dottoresse Armeni e de Simone non può avere, mi sembra, una soluzione a senso unico, semplicemente perché è un dilemma etico.

La superiorità dell'allattamento al seno nei riguardi dell'allattamento al poppatoio è stata interiorizzata dalla maggior parte dei pediatri, e forse anche da tutti, nel corso di molti anni di confronti di idee, di sperimentazioni controllate, di valutazioni epidemiologiche, di esortazioni, di proposte e di comportamenti esemplari, di biasimo e di censura per i comportamenti non ortodossi o devianti.

Ci sono voluti molti anni perché la promozione dell'allattamento al seno diventasse un precetto operante in un insieme di 13.000 pediatri, e perché si traducesse poi in un'adesione non insoddisfacente da parte delle 500.000 donne che diventano mamme anno dopo anno. La differenza dei numeri e della cultura specifica tra i due insiemi, pediatri e mamme, fa pensare che ci vorrà ancora dell'altro tempo perché la cultura dell'allattamento al seno diven-

### Bibliografia

1. Stuart-Macadam P, Dettwyler KA. Breast-feeding: Biocultural Perspectives. Aldine de Gruyter, 1995.
2. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995; 126:696.
3. Anderson JW, et al. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
4. *Enterobacter sakazakii* infections associated with the use of powdered infant formula, Tennessee 2001. *JAMA* 2002;287(17):2204.
5. <http://www.ibfan.org/english/news/press/press10may02.html>
6. Tarani L. in <http://www.guidagenitori.it>
7. Wiessinger D. Watch your language! *J Hum Lact* 1996;12(1):1-4.
8. Altemus M, et al. Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *J Clin Endocr Metab* 1995;80:2954.

ti universale, patrimonio comune; e forse, proprio per la variabilità culturale, cognitiva e affettiva interumana, non lo diventerà mai, così come non è diventata universale la cultura del non fumare.

Io credo che ci sia qualche pericolo nel voler considerare assoluto il "paradigma medico". D'accordo, ci sono buone dimostrazioni (quantitativamente limitate, e occasionalmente anche contraddette) circa l'efficacia protettiva (statistica) dell'allattamento al seno nei riguardi dell'asma; ci sono buone evidenze della sua efficacia contro le infezioni; ci sono delle discrete dimostrazioni dell'efficacia protettiva dell'allattamento al seno nei riguardi dell'obesità; ci sono forti evidenze dell'efficacia del latte materno sullo sviluppo cognitivo del bambino pretermine, e altre, più deboli (e contestate) dimostrazioni dell'efficacia dell'allattamento al seno sullo sviluppo cognitivo del bambino a termine; ci sono delle ragionevoli ipotesi su un effetto generale "pedagogico" dell'allattamento al seno

sul sistema immunitario del bambino; ci sono delle ragionevoli ipotesi sul ruolo "pedagogico" dell'allattamento al seno sulla maturazione affettiva, sul "bonding", sull'autostima.

Abbastanza perché un pediatra "normale" possa dire alle neo-mamme che, allattando il figlio al seno, gli faranno il più bel regalo possibile; abbastanza perché possa fornir loro degli elementi di argomentazione e di giudizio per decidere; abbastanza anche per essere calorosi in quelle raccomandazioni; non abbastanza, almeno così mi pare, per forzare, per trasformare, per imporre. Ma sappiamo già che, sempre per la variabilità interumana, ci sarà un pediatra più e un pediatra meno caloroso, uno più e uno meno capace di comunicare, uno più e uno meno convincente; e forse ci sarà anche qualche pediatra più fortemente e qualche altro meno fortemente convinto. Sappiamo quindi che il trasferimento dei convincimenti e delle conoscenze non sarà mai del cento per cento e che, comunque, anche qui, l'efficacia del trasferimento dovrà tener conto di un problema inerziale e di un problema di massa critica. L'inerzia che ostacola la generalizzazione dell'allattamento al seno esclusivo e protratto si è rotta da tempo, ma non è ancora del tutto superata. Quando la massa critica delle donne che allattano "volentieri" sarà sufficiente, questo atteggiamento diventerà comune e trascinate, e l'inerzia tenderà poi a mantenerlo.

Forzare questo movimento, caso per caso, chiamando in causa il senso di colpa, è quanto meno discutibile; difficilmente può essere ritenuto un "dovere" (manca la cogenza dei presupposti).

Personalmente, e più in generale, sono portato a non riconoscere al medico il diritto di far troppo prevalere il suo modo di pensare su tutto ciò che riguarda la vita, l'esistenza, i rapporti: non sul fumo, né sulle vaccinazioni né sull'educazione né sull'alimentazione né sul peso ideale né sull'attività fisica né sul rischio di incidenti. Ho detto "far troppo prevalere", il che indica che sì, ha il diritto, e anche il dovere, di portare alla mamma le informazioni di cui è in possesso, e anche una parte della sua impostazione professionale all'esistenza, che comprende anche il parametro "valutazione del rischio", e anche i suoi personali convincimenti, visto che il rapporto medico-paziente deve essere un rapporto personale. Ma non di più; non troppo. Ognuno è padrone della sua vita.

È vero che qui c'è in ballo anche la vita di un altro, il bambino, che non può scegliere, ed è questo che dà alla faccenda una sua specificità e una sua delicatezza; ma è vero anche che i rapporti intrafamiliari, e in particolare quelli mamma-figlio, sono di una specie particolare. E anche se il medico, come componente del mondo extrafamiliare, non può (non potrebbe neanche volendolo) non influenzare questo equilibrio, deve saperlo fare nel modo più discreto possibile, lasciando alla famiglia il primato della decisione.

La puericultura è stata per molto tempo accusata, non senza motivi, di aver elaborato e imposto rigidità, dall'orario delle poppate alla composizione del latte, che poco avevano di scientifico (e che in passato comprendevano anche l'idea del latte artificiale= latte materno).

In questi anni ha fatto qualche passo

indietro, riconoscendo il valore della "naturalità"; ma non è così ovvio che debba adesso di nuovo imporre questa naturalità, riproducendo il suo atteggiamento dirigista.

Nel numero di settembre scorso, in un articolo sulla educazione all'allattamento al seno, il dottor Davanzo accennava all'efficacia paradossale della tecnica di tenere le "mani dietro la schiena" per lasciare che la mamma "faccia suo", faccia "da sé", il percorso della nutrice. Non la rinuncia all'intervento, ma un intervento non intromissivo.

Ancora una volta è questione di misura, e di dare affettuosa attenzione, rinunciando all'intervento diretto; senza per questo abdicare a un dovere pedagogico, che è proprio del medico.

È questione di scegliere un metodo, ma anche un modo di essere; di scegliere tra una pedagogia basata sull'autorità e una pedagogia basata sulla convinzione; di definirne i fini (è più importante il modo con cui si allatta o è più importante il modo di sentirsi mamma?) e di scegliere lo stile. Tutto questo non è automatico, né meramente volontario; fini, strumenti, stili sono aspetti della persona. La persona può anche mutare se stessa in funzione del fine, dello strumento, dello stile che ha deciso di scegliere, ma quando ha scelto di agire in un certo modo vuol dire che è già sulla strada del cambiamento. E fini, stili, strumenti non possono essere identici in contesti differenti.

Così io penso che questa "controversia" difficilmente possa essere chiusa dal confronto di due opinioni diverse e che poi, come sempre, stia al lettore scegliere se stesso.

## **Associazione Culturale Pediatri "Umbria" - Medico e Bambino**

### **DICIANNOVESIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE**

**Perugia, 19-21 settembre 2003**  
**Centro Congressi Camera di Commercio**

#### **Segreteria scientifica**

prof. Franco Panizon - IRCCS di Trieste  
prof. Alessandro Ventura - Clinica Pediatrica IRCCS di Trieste  
dott. Franco Passalacqua - Perugia - Tel. 075 5723650  
dott. Lucio Piermarini - Terni - Tel. 0744 403172

#### **Segreteria organizzativa**

Quickline s.a.s.  
via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste  
Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590  
cell. 333 5223519 e-mail: info@quickline.it