

Leggere al pancione

Leggere al pancione

Il bambino nella pancia della mamma passa la maggior parte del suo tempo ad ascoltare. Là dentro c'è davvero poco da vedere, né amici né giochi con cui divertirsi. I suoni invece abbondano. Oltre al rumore del cuore e del respiro materno, c'è un vero e proprio concerto prodotto dagli organi intestinali. E poi c'è la voce della mamma, il suono più familiare e più antico che un bambino possa sperimentare prima di nascere. Il bambino nella pancia vive immerso nel suono, circondato da un paesaggio liquido che parla continuamente. Prima della nascita è del tutto assente l'esperienza del silenzio!

Solo da pochi anni sono note le percezioni uditive del bambino prima di nascere. E' stato scoperto che il bambino da metà gravidanza possiede un udito perfettamente sviluppato e maturo, in grado di sentire e decodificare con precisione i suoni. E' stato possibile dimostrare che quanto viene ascoltato può essere memorizzato e ricordato. Sono numerose le ricerche che mostrano la capacità di riconoscere dopo la nascita voci, musiche e parole ascoltate negli ultimi mesi di gestazione. Un neonato può ricordare le musiche preferite dalla mamma, ma anche le storie o le canzoni che la madre gli ha narrato o cantato mentre era nella pancia. Ritrovare i suoni all'origine della sua vita significa ritrovare equilibrio e stabilità emotiva.

Recenti studi di neuroscienze hanno permesso di capire che la voce della propria madre produce nel neonato un vero e proprio piacere, favorendo il legame affettivo e il riconoscimento del genitore. Il linguaggio affettivo di chi si prende cura del bambino, ma anche il cullamento vocale attraverso le ninne-nanne, sono in grado di aiutare lo sviluppo mentale ed emotivo

del bambino. In base a queste ricerche potremmo dire che i neonati hanno bisogno di cibo come di parole, e che le parole e suoni piacevoli sono il cibo della mente. Abbiamo anche scoperto che il cervello si sviluppa e matura in base alle esperienze precoci, e l'ascolto di voci e suoni rappresenta una esperienza essenziale sia nel periodo vissuto nella pancia sia nei primi mesi dopo la nascita.

E' per questo che da alcuni anni viene proposto alle mamme in gravidanza di dedicare tempo per parlare con il proprio bambino, raccontandogli storie o cantando per lui. Mamma e bambino possono ascoltare insieme musiche piacevoli (non necessariamente melodiche e rilassanti, vanno bene anche quella ritmiche e allegre), e sarà ancora più bello farlo con altre mamme e l'aiuto di qualche operatore preparato. Questa pratica, oltre che piacevole, è in grado di favorire lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino, soprattutto se verrà proseguita dopo la nascita attraverso la lettura insieme. Anche il papà può partecipare e dare il proprio contributo vocale e affettivo; il bambino può ricordare anche la sua voce, e ritrovarla quando sarà l'ora o quando ne sentirà il bisogno.

Per approfondire rimando al sito [Nati per la musica](#)

**Neonato, lattante, bambino,
minore, infanzia**

Neonato, lattante, bambino, minore,

infanzia

Neonato. Nato-nuovo. E' un pleonastico, perché chi nasce non può essere vecchio, chi nasce non può che essere nuovo. Basterebbe dire: 'nato'. Cioè colui che non era e ora è. Il nato non sa di essere nato, non sa ancora cosa significa essere o non essere. Sono coloro che possono chiamarlo 'nato' a definirne l'esistenza, sono gli altri a dargli significato. L'alterità dunque nasce prima di noi, ci definisce e ci dà un senso. Solo in seguito nasciamo veramente. Arriva il giorno in cui impariamo a dire 'io' e a pensare 'io sono'. A quel punto siamo nati una seconda volta (oppure siamo nati veramente). Forse siamo neo-nati ogni giorno, ogni mattina della nostra esistenza. Forse non nasciamo una volta per tutte, e il giorno che veniamo al mondo è solo l'inizio delle nostre numerose nascite.

Lattante. E' colui che mangia solo latte, nell'unico periodo della vita nel quale viviamo con una 'monodieta', con un solo alimento. In seguito diventiamo onnivori (o quasi), ma per ora nel latte troviamo tutto ciò che ci serve. Questa dieta esclusiva non riguarda solo l'acqua, i sali, le proteine, i grassi e i carboidrati, in questa dieta troviamo anche nutrimento e sazietà per la vista, guardando negli occhi chi ci sfama; troviamo nutrimento per l'udito, ascoltando la voce chi ci tiene (e se resta in silenzio riusciamo ad ascoltarne il respiro e il battito del cuore); mentre mangiamo gustiamo, annusiamo, tocchiamo. Siamo tenuti e trattieneuti, sostenuti e voluti. E' un piacere indescrivibile. Ci sentiamo veramente vivi e non ci manca nulla. Il tempo si ferma e non ci interessa ciò che è stato né ciò che sarà. Mente e corpo coincidono. Siamo vita allo stato puro, come mai forse ci capiterà di essere.

Bambino. E' il diminutivo di 'bambo', parola onomatopeica legata alle consonanti labiali B e M, le prime che impariamo a pronunciare. Ma 'bambo' è anche la forma arcaica di 'babbeo'.

Il bambino sarebbe dunque uno 'sciocchino', perché rispetto all'adulto presenterebbe scarsa capacità cognitiva. Gli studi di neuroscienze e di psicologia perinatale ci informano che il bambino piccolo ha un'intelligenza diversa da quella dell'adulto. Mentre quest'ultimo presenta competenze logico-matematiche e di pensiero astratto, il bambino dei primi anni pensa 'per emozione e sentimento', e utilizza zone del cervello molto sensibili, creative, empatiche. I bambini dunque non sono immaturi, utilizzano semplicemente le risorse neurologiche più adatte alla fase di vita che stanno attraversando. Dovremmo smetterla di giudicare i bambini utilizzando i modelli e le categorie degli adulti, anzi forse dovremmo smetterla di giudicare i bambini (e preoccuparci invece di sapere cosa pensano loro di noi).

Minore. E' in rapporto al 'maggiore', cioè all'adulto. E' solo una questione di unità di misura, e soltanto perché è l'adulto a dare le definizioni (che produce a suo comodo e a suo vantaggio). Se sono minore è perché non sono ancora divenuto maggiore, non per questo però sono incompleto e mi manca qualcosa. Sono minore e dunque sono più vicino al terreno, e questo mi dona concretezza. Sono minore è riesco a vedere i fiori negli occhi, e tutto quanto è alla mia altezza è anche mio amico. Per questo ho bisogno che tu mi prenda in braccio, altrimenti io e te siamo così lontani da non poter essere amici. Sono minore e dunque sono libero senza bisogno di compensare la mia libertà con la responsabilità; infatti non riesco a prendere decisioni da solo (anche se conosco esattamente cosa voglio e cosa mi serve). Io, fin quando posso, preferisco essere minore. Se tu sei maggiore, peggio per te.

Infanzia. Dal latino 'senza voce'. Colui che è muto. In realtà non parla, ma è ben capace di esprimersi. Infatti riesce a tenere sveglio per tutta la notte un intero condominio. Non è dunque la voce a mancargli. Dal primo respiro uscendo dal corpo materno urla con vigore e determinazione. Il suo primo

vagito non si era mai udito al mondo, tanti altri si erano sentiti, ma il suo ancora mancava. Nasciamo quando la nostra voce si aggiunge ad altre miliardi di voci. Potremmo rappresentare la vita su questo pianeta come un'interminabile serie di voci che corrono una lunga staffetta, dove il più piccolo di noi porta più avanti la voce di chi non c'è più. Quindi l'infanzia non è muta, semplicemente non usa le parole degli adulti. L'infanzia usa il proprio grido, di gioia o di dolore. L'infanzia usa il suono dell'emozione e del sentimento, rimandando a dopo l'uso della parola che esprime ragione e cognizione. L'infanzia è vita concentrata, poche gocce bastano a dare sapore a tutto il resto.

Nascere nella sussidiarietà

Nascere nella sussidiarietà

Almeno in parte, la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile.

Ivan Illich, 1976

Durante lo svolgersi del percorso nascita – dal concepimento al primo anno di vita del bambino – l'individuo e le istituzioni entrano in rapporto tra loro in una relazione progressiva e dinamica. Da una parte abbiamo una madre, un padre e un nascituro, dall'altra un discreto numero di

operatori sanitari inseriti nelle diverse organizzazioni preposte all'assistenza (ma in questo ambito istituzionale dobbiamo includere anche le conoscenze scientifiche che, tradotte in protocolli operativi, indirizzano le prassi assistenziali).

Quando l'istituzione prende il sopravvento sull'individuo, la donna in attesa e la sua famiglia si trovano ad assumere un ruolo di passività e di dipendenza. Già all'inizio, la stessa diagnosi di gravidanza può essere svincolata dalle profonde percezioni della donna e gli stessi cambiamenti fisici e mentali possono passare in secondo piano rispetto agli esami strumentali e al giudizio del professionista. L'ultima parola è spesso delle macchine, in particolare dell'ecografia; così le artificiose immagini in bianco e nero del nostro bambino 'tagliato a fette' acquistano maggiore importanza della pancia che cresce o dei piedini che scalciano.

In molti casi il sapere della donna – il più delle volte inconscio e intuitivo perché ancestrale e profondo – viene inibito dal giudizio dello specialista; nella migliore delle ipotesi le competenze individuali attendono la conferma del giudizio scientifico (con il rischio di vedere spesso confermate verità di palese ovvietà).

Nel momento del parto il conflitto tra l'individuo e l'istituzione rischia di diventare ancora più evidente: quando l'esperto prende decisioni e interviene, l'individuo il più delle volte può soltanto fidarsi ed affidarsi. In molti casi libertà di scelta, autonomia e indipendenza appaiono completamente annullate e inibite. Ad esempio, considerando soltanto la modalità del parto, il semplice criterio di sicurezza riesce a giustificare soltanto un terzo delle nascite tramite taglio cesareo (sul totale di quanto in realtà avviene nei paesi industrializzati), e spesso i diretti interessati non riescono neppure a comprendere appieno la decisione presa dal clinico.

Lo stesso neonato quando viene alla luce è spesso oggetto passivo in balia di mani che, pur esperte e competenti, non sempre tengono conto delle sue esigenze profonde e delle sue competenze innate.

Il neonato della nostra specie è il prodotto di centomila anni di evoluzione, le sue competenze per nascere, respirare, riscaldarsi e nutrirsi sono il frutto di una lunga selezione e sono quanto di meglio la natura sia riuscita ad inventarsi (e l'efficacia di questo processo è indicata dalla nostra diffusione sull'intero pianeta). Anche l'intero processo dell'allattamento è fondato su innate ed efficaci capacità di madre e bambino; ciononostante nei decenni passati l'istituzione è riuscita a inventarsi orari e quantità definite per alimentare i neonati, inibendo così ogni autonoma competenza. Lo stesso potremmo dire delle prassi per l'introduzione degli alimenti complementari all'allattamento (il cosiddetto svezzamento).

Anche nei controlli periodici cui sottoponiamo il neonato si corre il rischio di inibire ogni autonoma e individuale competenza: alla fine i due neogenitori possono soltanto attendere il responso dello specialista pediatra per convincersi che il loro bambino è sano e sta bene.

I numerosi interventi preventivi messi in atto negli ultimi decenni (primo fra tutti le vaccinazioni), in generale utili e opportuni, rischiano di produrre nei genitori la percezione che il bambino è a grande rischio di malattia se non viene sottoposto a tutto quanto la scienza moderna è in grado di offrire.

Una chiave di lettura per tentare di rendere più equilibrato il rapporto tra l'individuo e le istituzioni può arrivare dall'applicazione del principio di sussidiarietà all'evento nascita e all'esperienza genitoriale.

Questo principio è ben noto a chi si occupa di politica: 'non

faccia lo Stato ciò che i cittadini possono fare da soli'. Significa che l'individuo è principio, soggetto e fine della società e gli ordinamenti statali devono essere al suo servizio. Nel 1992 l'Unione Europea ha dichiarato che il principio di sussidiarietà rappresenta la direttrice fondamentale che deve guidare gli stati membri.

Non tutti sanno che il principio di sussidiarietà rappresenta anche uno dei fondamenti della dottrina sociale della Chiesa e un'enciclica di Pio XI del 1931 definisce con molta chiarezza questo principio. Nel documento ecclesiale troviamo ben espresse anche le motivazioni di fondo del concetto di sussidiarietà: "l'oggetto naturale di qualsiasi intervento della società è quello di aiutare in maniera suppletiva (subsidium afferre) le membra del corpo sociale, non già di distruggerle e assorbirle".

In pratica l'intervento di aiuto deve realizzarsi soltanto nel caso in cui l'individuo si trovi impossibilitato ad agire autonomamente; questo intervento dovrà essere transitorio e contenuto, con lo scopo di riportare l'individuo alla sua indipendenza originaria. Dall'applicazione di questo principio derivano cittadini liberi e responsabili, indipendenti e autonomi.

In questo modo è possibile evitare che le persone vivano in un rapporto di passività con le istituzioni, permettendo loro di esercitare una forma di controllo e di cooperazione con gli organismi pubblici che incidono sulla realtà sociale.

Alle istituzioni pubbliche rimangono comunque alcune funzioni superiori inderogabili – come il controllo, l'equità, il coordinamento e la sicurezza – che però non devono alienare i livelli inferiori (individuali e collettivi), che troveranno invece nell'azione degli organismi superiori un'occasione di promozione della propria identità.

Un'organizzazione sanitaria che con i suoi diversi

professionisti riesca ad applicare con attenzione questo criterio, si troverà a rapportarsi con genitori e neonati protagonisti della loro esperienza esistenziale, in grado di gestire con un certo grado di autonomia le modifiche fisiche, psicologiche, emotive e sociali connesse con l'evento nascita. Un'organizzazione di questo tipo non potrà che partire da quanto gli individui già conoscono, preoccupandosi eventualmente di incrementare il loro sapere e la loro consapevolezza, evitando di interferire sulle scelte e le varie opzioni (dagli esami prenatali alle profilassi successive alla nascita), limitandosi ad una disponibilità concreta per sostenere ed aiutare (subsidium) qualora questo venga richiesto.

Il vero intervento sanitario verrebbe così a realizzarsi soltanto in caso di effettiva complicazione, cioè nelle situazioni di conclamata e definita patologia, dove l'autonomia e la libertà del singolo non sono in grado di trovare soluzioni efficaci. Questo intervento specialistico e tecnologico avrà forti connotazioni di transitorietà e terminerà appena le competenze e le risorse del singolo mostreranno di controllare autonomamente il processo. L'intervento 'dall'alto' dovrà realizzarsi senza inibire completamente l'iniziativa e la partecipazione dell'individuo che dovrà mantenere un parziale controllo della situazione attraverso la possibilità di una scelta consapevole e informata o quanto meno l'opportunità di esprimere la propria volontà e opinione.

Questo approccio assistenziale è in grado di attivare un circolo virtuoso, favorendo la produzione di protocolli centrati sull'individuo e applicati dagli operatori in maniera personalizzata. Anche nelle condizioni cosiddette fisiologiche l'ostetrica potrà modulare la propria azione attuando un subsidium tarato sulle competenze già presenti nel sistema relazionale che, oltre alla madre, al bambino e al padre, comprende il suo stesso sapere (saper fare); si eviteranno

così quegli schemi assistenziali rigidi e generici capaci di condizionare negativamente anche le nascite e le gravidanze a basso rischio.

L'applicazione del principio di sussidiarietà all'assistenza ostetrica e pediatrica può inoltre favorire e promuovere il rispetto delle diversità etniche e culturali, evitando procedure intrusive basate su schemi che difficilmente possono essere compresi e accolti in maniera universale. Lo stesso svezzamento dei bambini che appartengono a gruppi etnici diversi dal nostro richiederebbe maggiore rispetto della cultura alimentare del gruppo di appartenenza, riservando soltanto ai casi con allergia o patologia prescrizioni specifiche.

In ambito sanitario il rispetto del principio di sussidiarietà permette di mantenere a livelli minimi il rischio iatrogeno (cioè di danno provocato dall'intervento sanitario); è possibile così incrementare l'appropriatezza delle procedure evitando tanto l'over use che l'under use delle risorse sanitarie (con probabile beneficio anche dell'aspetto economico).

Il coinvolgimento diretto e attivo dell'individuo, favorito anche da un'adeguata capacità di comunicazione del personale sanitario, può inoltre contenere i conflitti e i contenziosi medico-legali che in questi ultimi anni stanno condizionando negativamente la relazione tra il medico e il paziente.

Come avviene nell'ambito politico e sociale, anche in sanità, il principio di sussidiarietà può venire declinato nelle sue versioni cosiddette verticali e orizzontali. Nel primo caso il professionista sanitario e l'organizzazione si preoccuperanno di mantenere un atteggiamento rispettoso e non intrusivo della libertà individuale, nel secondo caso invece l'individuo potrà trovare sostegno e aiuto da altri individui o associazioni attraverso quelle relazioni peer-to-peer che in molte situazioni si sono dimostrate molto efficaci (pensiamo

soltanto ai gruppi di aiuto-aiuto per l'allattamento).

Anche all'interno dell'evento nascita quindi l'applicazione attenta e consapevole del principio di sussidiarietà può produrre effetti virtuosi rispettosi della libertà e dell'autodeterminazione dell'individuo. Questo percorso di cambiamento è però sostanzialmente di natura culturale e per essere attuato in maniera efficace è necessario attivare un vero e proprio percorso educativo (e non semplicemente formativo), in grado di coinvolgere sia gli operatori che i genitori.

Il presente articolo è stato pubblicato sulla rivista per ostetriche 'Donna & Donna', n.62, settembre 2008

Fare un figlio è approvare la creazione

Fare un figlio è approvare la creazione

PREMESSA

Diventare genitori, regalando al mondo una nuova persona, è un evento profondamente esistenziale, capace di attivare pensieri ed emozioni allo stesso tempo unici e universali. Un'esperienza così coinvolgente e permanente non può essere compresa utilizzando i semplici paradigmi biologici e neppure trovare spiegazioni attingendo alle diverse culture e aggregazioni sociali. E' necessario sviluppare una visione più olistica e integrata, facendo dialogare saperi diversi,

avviando un processo che sappia collegare le conoscenze tecnico-scientifiche a quelle eticoumanistiche.

Pensiamo che soltanto un processo profondamente multidisciplinare possa illuminare l'esperienza della nascita, eliminando fuorvianti e parziali visioni specialistiche, incrementando la necessaria consapevolezza sia nei neogenitori che negli operatori.

L'attuale istituzionalizzazione dell'esperienza generativa, rispetto al passato, ha visto un significativo incremento dell'efficacia e della sicurezza, ma ha profondamente minato la potenza e la ricchezza umana che da sempre impregnano l'atto del 'mettere al mondo'. Scopo di questo contributo è visitare la nascita e il diventare genitori attraverso i contributi di discipline diverse da quelle biologiche e mediche. Utilizzo le sollecitazioni avute da approfondimenti e letture di circa due decenni necessariamente parziali e soggettive, con l'intento di fornire un (mio) contributo, ma con la speranza che altri possano aggiungere riflessioni e 'contaminazioni di saperi'.

FILOSOFIA / IL MISTERO

Nel pensiero filosofico troviamo spunti interessanti e unici per vedere con maggiore chiarezza uno dei più difficili e controversi aspetti dell'esperienza del generare: il mistero, cioè quella parte nascosta e incomprensibile che permea sia la gravidanza che il parto, oltre al successivo periodo di accudimento che vede sbocciare una persona nuova. Pavel Evdokimov (1901-1970), è un filosofo e teologo russo, non molto noto in Italia, che tra le altre cose ha scritto: "Non è la conoscenza che illumina il mistero, è il mistero che illumina la conoscenza. Noi possiamo conoscere grazie alle cose che non conosceremo mai". Questo pensiero non è riferito alla nascita, ma la nascita può benissimo essere inclusa in questa folgorante riflessione. Come medico, ritengo che subordinare la conoscenza al mistero, metta al giusto posto la

nostra visione scientifica, necessaria e insostituibile, ma troppo minata da un ingiustificato senso di certezza (che rischia continuamente di sconfinare nel delirante e pericoloso senso di onnipotenza).

L'intuizione di Evdokimov dà ragione di quella quota di imprevedibile e di imponderabile che la nascita comprende (e che esami e strumenti sofisticati sembrano voler nascondere). A questo riguardo cito solo il 'mistero' dell'impianto del feto nell'utero che non subisce la attesa reazione di rigetto, nelle poche settimane di embriogenesi la migrazione cellulare dove ognuna di queste trova la propria collocazione perfetta, la funzione ancora non del tutto esplorata e conosciuta della miracolosa placenta senza la quale nessuna gestazione sarebbe possibile, l'induzione del parto attivata da ormoni e altri mediatori che coinvolgono sia il cervello del feto che quello della madre, la sinaptogenesi che nel primo anno di vita porta neuroni e crea miliardi di connessioni che determineranno il destino della persona.

Un significativo contributo sul rapporto nascita-mistero ci è fornito da Maria Montessori (1870-1952). Nel suo bellissimo libro "Il segreto dell'infanzia" del 1950 scrive: "C'è un segreto nell'anima del bambino che non è possibile penetrare se egli stesso non ce lo rivela a mano a mano che costruisce se stesso. Come nella segmentazione della cellula germinativa, dove non c'è nulla se non un disegno. E' per questo che solo il bambino può farci delle rivelazioni sul disegno naturale dell'uomo". Solo il bambino dunque è in grado di raccontare se stesso. In altre parole, solo 'leggendo' il bambino possiamo conoscerlo e comprenderlo.

Conoscendo il bambino conosciamo l'uomo e quindi noi stessi. Il tema del segreto e del nascondimento è intrinseco al nascere, 'al venire alla luce'. Per la filosofa spagnola Maria Zambrano (1904-1991) l'aspetto più tragico e paradossale della nascita è proprio l'entrare nella visibilità, ma l'essere umano 'è visto prima di poter vedere e di vedersi'. Ricordo, a

questo proposito, la frase di un bambino di 4 anni di Reggio Emilia, che durante un'attività a tema, ha dichiarato: 'nascere significa che si appare'.

TEOLOGIA / INCARNAZIONE

Il concetto di 'incarnazione' è generalmente attribuito alla religione cristiana. Il testo più profondo a questo proposito lo troviamo nell'incipit del Vangelo di Giovanni: "In principio era il verbo e il verbo era presso Dio e il verbo era Dio (...) In lui era la vita (...) E il verbo si fece carne ". Nel testo greco si parla di logos, cioè idea, pensiero. C'è un progetto trascendente che si incarna nella dimensione umana divenendo evento storico inserito nello spaziotempo. Per la psicoanalista francese Monique Bydlowski "qualunque gestazione realizza un'incarnazione: è la conversione di un desiderio, di un progetto, in uno sviluppo biologico" (da 'Sognare un figlio'). Limitarsi a osservare e considerare l'aspetto biologico, carnale, della nascita, impedisce la ricerca del nascosto, di quell'essenziale invisibile agli occhi tanto caro a Saint-Exupéry; ma quello che vediamo, che teniamo in braccio, in realtà è un progetto invisibile che si rende visibile.

Il filosofo ateo francese, Jean Paul Sartre (1905-1980), negli anni del carcere nel corso della II guerra mondiale, ha scritto un'opera teatrale che tratta della natività di Maria ("Bariona o il figlio del tuono" 1940). In quest'opera troviamo un brano che descrive con particolare intensità la maternità di Maria, che è poi la maternità di ogni madre: la Madonna tiene in braccio suo figlio, lo guarda e pensa: "Questo Dio è mio figlio. Questa carne divina è la mia carne. E' fatta di me, ha i miei occhi e questa forma della sua bocca è la forma della mia. Mi rassomiglia. E' Dio e mi assomiglia. E nessuna donna ha avuto dalla sorte il suo Dio per lei sola. Un Dio piccolo che si può prendere nelle braccia e coprire di baci, un Dio caldo che sorride e respira, un Dio che si può toccare e che vive". Se per la religione cristiana ogni essere

umano è 'a immagine del Creatore', ogni bambino è a immagine della madre e del padre, e ogni genitore trova affinità e somiglianze nel proprio bambino.

Nello stesso testo Sartre mette in bocca al protagonista Bariona queste parole: "Donna, questo bambino che vuoi far nascere è come una nuova edizione del mondo. Attraverso di lui le nubi e l'acqua e il sole e le case e la pena degli uomini esisteranno una volta di più. Tu ricreerai il mondo (...) Fare un figlio è approvare la creazione". Questo concetto ci porta all'idea che ogni nascita, ogni atto generativo, si inserisce nel corso dell'evoluzione e contribuisce alla storia della nostra esperienza umana.

La venuta al mondo di ognuno di noi rappresenta un evento unico e irripetibile: se ci fosse anche soltanto un altro essere umano come noi, la nostra vita non servirebbe e probabilmente non avrebbe senso. Ma ogni nascita segue altre nascite, ogni individuo rappresenta la continuità con quanti lo hanno preceduto. Siamo all'interno di una lunga staffetta dove ognuno nascendo si assume l'incarico di portare un più avanti il testimone del lungo cammino dell'umanità. Ogni nascita riassume quindi l'unicità e la continuità, l'individualità e la collettività. Ogni singolo sviluppo biologico comprende in sé anche tutto lo sviluppo vitale precedente, dai primi semplici microrganismi alle forme viventi più complesse. In estrema sintesi: l'ontogenesi ricapitola la filogenesi. Nel momento del concepimento avviene un vero e proprio Big Bang, a cui segue una rapida esplosione di duplicazione cellulare, con espansione e migrazione per giungere alla formazione dei diversi organi, come avvenne all'universo 6 miliardi di anni orsono. Alla 'creazione' iniziale è seguita una lungo e progressivo sviluppo che attraverso l'evoluzione ha portato all'attuale condizione; è quanto avviene al singolo individuo che dopo la nascita inizia un cammino di maturazione caratterizzato dall'emergere della coscienza e della consapevolezza di sé e successivamente dalla

capacità di gestire i propri impulsi e desideri.

La tappa finale del nostro processo evolutivo è rappresentata dalla capacità di entrare in relazione con gli altri, sviluppando competenze etiche ed estetiche, fino a comprendere e accettare la propria morte (o il proprio trapasso). Il mistico e filosofo indiano Osho (1931-1990) ci fornisce un'altra interessante chiave di lettura per comprendere più in profondità l'esperienza del nascere. In uno dei suoi numerosi testi scrive: "La nascita non termina il giorno in cui vieni al mondo, quel giorno è solo l'inizio: il giorno in cui hai lasciato il ventre di tua madre, non sei nato, hai iniziato a nascere". E' l'idea della nascita non come evento, ma come processo. Venire al mondo, entrare in questa dimensione esistenziale, rappresenta soltanto l'avvio di un lungo processo che comprende continui ulteriori passaggi e transizioni. Potremmo dire che ogni mattina, svegliandoci, veniamo al mondo, tornando alla vita cosciente e attiva. In questo continuo cambiamento è compreso tutto il fascino, ma anche tutta la fatica del vivere; ogni giorno, ogni ora, torniamo a nascere, questa perenne ri-nascita che può esaltare o può annientare, rappresenta l'altezza della nostra condizione. Questa consapevolezza conduce direttamente alla percezione della fine, del termine del processo di ri-nascita, ma qui entriamo nel campo del trascendente e del religioso; resta del tutto intatto lo stretto legame tra nascita e morte, tra inizio e fine. Ogni tentativo di rimozione di questa consapevolezza toglie significato e profondità alla stessa esperienza del nascere e del vivere.

FISICA QUANTISTICA / L'INTERRELAZIONE

Dopo la filosofia, la religione e la psicoanalisi proviamo a cercare altre idee tra le ultime scoperte della fisica. In particolare è la fisica quantistica a fornirci spunti interessanti e inaspettati. Da circa un secolo fisici teorici e matematici come Bohr, Heisenberg, Einstein, Dirac, hanno evidenziato tre aspetti fondamentali della realtà: la

granularità, l'indeterminismo e la relazione. La prima qualità traslitterata nel mondo della biologia rappresenta le cellule che costituiscono ogni essere vivente, la seconda caratteristica dà conto delle variabili e delle diverse possibilità intrinseche ad ogni sviluppo vitale, il terzo aspetto invece è strettamente legato ai processi intersoggettivi e ai legami relazionali che caratterizzano l'esistenza degli organismi più evoluti.

L'interrelazione tra gli esseri umani è alla base della struttura sociale che ci caratterizza, ma prima di questo rappresenta la base del nostro processo identitario. Conosciamo noi stessi attraverso la comprensione dell'altro. Senza un altro che ci funge da specchio non sapremmo giungere all'idea di noi stessi. Il fisico teorico Carlo Rovelli, in un recente testo divulgativo che tratta delle ultime scoperte della fisica quantistica ("La realtà non è come ci appare" Raffaello Cortina, 2014); scrive: "Il mondo delle cose esistenti è ridotto al mondo delle interazioni possibili. Tutte le caratteristiche di un oggetto esistono solo rispetto ad altri oggetti. E' solo nelle relazioni che si disegnano i fatti della natura. Non c'è realtà senza relazione fra sistemi fisici. Non sono le cose che possono entrare in relazione, ma sono le relazioni che danno origine alla nozione di 'cosa'. La meccanica quantistica ci insegna a pensare in termini di 'processi'. Senza interazione quindi non c'è realtà. La relazione è la causa che definisce il tutto e non una conseguenza dell'esistenza delle cose. Se questa è la caratteristica profonda della materia che ci costituisce, ognuno di noi può esistere e definirsi solo nella relazione e nell'interrelazione con l'altro. Se un feto o un neonato potessero parlare e partecipare a questa nostra discussione ci guarderebbero con stupore e un po' di compatimento e ci direbbero: 'dov'è la straordinarietà di questa intuizione scientifica? La nostra vita nella pancia e poi quella in braccio a poppare il seno sono il più chiaro esempio che questa caratteristica della materia è vera. Siete voi adulti a

esservene dimenticati, persistendo a vivere infelici e solitari un impossibile e innaturale egoismo'.

NEUROSCIENZE / LA MENTE E' TUTTO

Dopo un piccolo volo tra filosofia, teologia e fisica teorica, siamo pronti per entrare nel mondo delle neuroscienze e della psicologia. Antonio Imbasciati da anni indaga la mente umana fin dal primo periodo dello sviluppo e possiamo definirlo 'psicologo perinatale' (per periodo perinatale intendo i primi mille giorni dal concepimento, quindi tutta l'esperienza prenatale e i primi due anni di vita). Una sintesi, che definirei folgorante, del pensiero di Imbasciati la troviamo nella frase: "la mente non è per imparare, ma è essa stessa appresa". Questo concetto riassume due decenni di studi di neuroscienze e fa ben comprendere come lo sviluppo cerebrale non sia predefinito e regolato da forze innate e immutabili, ma sia il prodotto e l'effetto delle esperienze e dell'ambiente.

Oggi sappiamo che 'la genetica propone e l'ambiente dispone', cioè che la parte innata di quello che diventiamo agisce in misura limitata (dovremmo parlare di semplice predisposizione), mentre è predominante l'effetto delle esperienze che facciamo e delle relazioni nelle quali ci troviamo immersi. In pratica, molti dei comportamenti che un tempo consideravamo innati sono in realtà competenze acquisite molto precocemente.

Un altro importante studioso della mente è Daniel Siegel, che oltre ad una intensa produzione scientifica, ha saputo scrivere anche testi divulgativi ricchi di informazioni e riflessioni. Ne "La mente relazionale" (pubblicato nel 2001) Siegel scrive: "la mente umana emerge da processi che modulano flussi di energia e di informazioni all'interno del cervello e fra cervelli diversi. La mente si forma all'interno delle interazioni fra processi neurofisiologici interni ed esperienze interpersonali. Lo sviluppo delle strutture e delle

funzioni cerebrali dipende dalle modalità con cui le esperienze, e in particolare quelle legate a relazioni interpersonali, influenzano e modellano i programmi di maturazione geneticamente determinati del sistema nervoso”.

Si ribadisce quindi che le prime esperienze di relazione e di attaccamento sono in grado di modulare il patrimonio genetico e indirizzare le diverse predisposizioni. Oggi sappiamo inoltre che la plasticità cerebrale ha una finestra di massima sensibilità proprio tra le 28 settimane di gestazione e i primi due anni dalla nascita; sappiamo inoltre che in questo periodo si realizzano i collegamenti neuronali (processo definito tecnicamente ‘sinaptogenesi’) e subito dopo si attiva la maturazione definitiva (stadio di ‘mielinizzazione’).

E’ affascinante scoprire che acquisizioni scientifiche così tecniche e del tutto recenti, sono in realtà patrimonio del pensiero umano da diversi millenni. Una frase attribuita a Buddha recita: “tutto ciò che siamo è un riflesso di quello che abbiamo pensato. La mente è tutto.

Quello che pensiamo diventiamo”. Impressiona la limpidezza di questo pensiero, soprattutto sapendo che le più recenti ricerche scientifiche confermano quanto intuito quasi tremila anni orsono. Restando nell’ambito delle neuroscienze, la principale scoperta degli ultimi anni è stata quella dei ‘neuroni specchio’. E’ merito del gruppo del prof. Rizzolatti aver avviato lo studio di queste cellule cerebrali, che si sono dimostrate la base di caratteristiche fondamentali come l’empatia, l’intersoggettività e quindi la nostra vita sociale. Ma ascoltiamo direttamente le parole di questo studioso, tratte dal libro divulgativo “So quel che fai” (2006): “l’attivazione dei neuroni specchio è in grado di generare una rappresentazione motoria interna (atto potenziale) dell’atto osservato, dalla quale dipenderebbe la possibilità di apprendere via imitazione (...).

I neuroni specchio e la selettività delle loro risposte

determinano uno spazio d'azione condiviso, all'interno del quale ogni atto e ogni catena d'atti, nostri o altrui, appaiono immediatamente iscritti e compresi, senza che ciò richieda alcuna esplicita o deliberata operazione conoscitiva. Percezione ed esecuzione posseggono pertanto uno 'schema rappresentazionale comune' (...) Il meccanismo dei neuroni specchio incarna sul piano neurale quella modalità del comprendere che, prima di ogni mediazione concettuale e linguistica, dà forma alla nostra esperienza degli altri (...) e alla rete delle nostre relazioni interindividuali e sociali".

Quello che non è ancora del tutto noto è l'ontogenesi dei neuroni specchio, ciò che li favorisce e ciò che li inibisce (e in questo ultimo caso sono allo studio implicazioni sulla sfera autistica); è invece molto evidente che questo processo maturativo avviene molto precocemente. Il neonato, fino a quando non termina il processo identitario e raggiunge la consapevolezza di sé, vive perennemente immerso nella relazione con il genitore (o con la principale figura di accudimento) e apprende quasi tutto per imitazione. Le esperienze precoci diventano quindi determinanti sia per la direzione che prende lo sviluppo cerebrale sia per promuovere l'attivazione e la strutturazione di caratteristiche come le competenze sociali e relazionali, e l'intelligenza emozionale.

Molte scoperte scientifiche sono state precedute da intuizioni di uomini speciali, capaci di leggere in profondità la realtà dell'uomo e della natura (sono di solito poeti e letterati). I neuroni specchio non fanno eccezione. Tolstoj nel suo romanzo 'La suonata a Kreutzer' del 1889 (quindi con circa un secolo di anticipo dalla scoperta scientifica) così scrive: "la musica mi costringe a dimenticarmi di me, della mia vera situazione, mi trasporta in una situazione nuova, e che non è la mia, sotto l'influsso della musica mi pare di sentire quello che in realtà non provo, di capire quello che non capisco, di potere quello che non posso. Io lo spiego dicendo che la musica ha la stessa azione dello sbadiglio, del riso:

non ho sonno, ma sbadiglio guardando della gente che sbadiglia; non c'è ragione di ridere, ma rido sentendo della gente che ride. Essa, la musica, mi trasporta d'un colpo, immediatamente, nello stato d'animo in cui si trovava colui che ha scritto la musica. Mi fondo spiritualmente con lui e insieme a lui passo da uno stato d'animo all'altro. Ma perché lo faccio, non so" i progetti nazionali 'Nati per Leggere' e 'Nati per la Musica' si propongono di sostenere la genitorialità e favorire una positiva relazione tra i genitori e il bambino, attraverso la lettura ad alta voce e l'uso del suono vocale o strumentale. Da queste esperienze piacevoli il neonato acquisisce capacità di ascolto e di interazione positiva; 'sentendosi sentito' dall'altro conosce se stesso come davanti ad uno specchio, sviluppando empatia e sensibilità sociale. Queste interazioni permettono all'adulto di osservare e conoscere più a fondo il bambino, osservando aspetti non sempre evidenti del suo carattere e delle sue preferenze. Ne deriva un'opportunità importante per realizzare le prime forme di comunicazione e di condivisione, una solida base per gli scambi più elaborati che saranno possibili con il linguaggio vero e proprio.

NEUROENDOCRINOLOGIA / GLI ORMONI DELL'AMORE

L'ossitocina è un ormone prodotto dal cervello a seguito di stimoli piacevoli e intimi (cutanei, ma anche visivi o acustici). E' alla base degli effetti benefici del contatto pelle-pelle, ma anche di quello occhi-occhi, delle carezze e del massaggio, del bacio e dell'abbraccio. E' l'ormone degli innamorati, di qualunque età e genere. Serve per la riproduzione (orgasmo), la nascita (induzione del parto e contrazioni uterine), l'allattamento (fuoriuscita del latte), l'accudimento (sensibilità, attenzione, sacrificio), la costituzione e mantenimento dei legami sociali, le capacità sociali e le competenze comunicative positive. Questo importante ormone è inibito da altri ormoni, le epinefrine e il cortisolo, attivati dallo stress, dalla paura, dal dolore,

dal pericolo.

E' per questo che si partorisce e si allatta più facilmente in un ambiente confortevole, familiare, poco illuminato (ma lo stesso potremmo dire del rapporto sessuale). In forma chimica (spray nasale) l'ossitocina ha ridotto sperimentalmente i conflitti; inoculato in ratte vergini ha prodotto atteggiamenti materni, nei giovani macachi ha attivato comportamenti affiliativi e nei macachi adulti forme più attive di accudimento.

La prolattina nei mammiferi regola la produzione del latte, negli uccelli attiva la nidificazione e la cova; in generale promuove attenzione e protezione della prole. Questi effetti però sono sempre fortemente influenzati dall'ambiente e dal contesto di vita. In presenza di minacce (ad esempio predatori) o di stress, la loro azione viene decisamente condizionata o ostacolata. I topi che vivono in contesto sicuro e ricco di cibo hanno alti livelli di questi ormoni, sono monogami, socievoli e sviluppano cure biparentali; gli stessi animali in contesti difficili e minacciosi diventano poligami e aggressivi e le cure dei cuccioli sono riservate alle femmine.

LA FIGURA DEL PAPA' / UN MATERNAGE PATERNO ?

Ossitocina e prolattina, fini regolatori dell'allattamento, sono presenti anche nei papà. La ricercatrice Ruth Feldman, ha trovato interessanti correlazioni tra i comportamenti accudenti dei papà e i livelli di questi ormoni nel sangue e nella loro saliva. Anche la paternità quindi ha una profonda base biologica e anche i papà sono predisposti a prendersi cura dei loro bambini.

I padri con più alti livelli di ossitocina sono più coinvolti e reattivi nell'interazione con il bambino, sia nel gioco sociale sia nella verbalizzazione in motherese. Mansioni prolungate di cura della prole riducono invece i livelli di

testosterone (fin oltre il 30%), migliorando la sincronia tra madre e padre nei mesi successivi a parto. La scoperta più importante di Feldman riguarda, a mio avviso, le differenze di genere che sono emerse da queste ricerche: nelle si è evidenziato un aumento di ossitocina salivare poco prima del contatto con il bambino, mentre nei padri l'incremento è stato registrato subito dopo il contatto con il figlio. Significa che le madri dal momento del concepimento sono sempre 'accese' e coinvolte, mentre per il maschio è necessaria una attivazione.

Potremmo anche concludere che dopo il parto il contatto pelle e pelle, o il semplice tenere in braccio, è forse più importante per il papà che per la mamma. Alcuni psicoanalisti sostengono che il padre deve obbligatoriamente 'adottare' il figlio, deve cioè intraprendere un inconscio e sottile cammino di riconoscimento e affiliazione.

Un'altra importante differenza di genere tra padri e madri è emersa dalle ricerche di Massimo Ammaniti, ordinario di psicopatologia dello sviluppo alla Sapienza di Roma, che ha studiato la genitorialità nelle coppie che vivono un conflitto relazionale: mentre le madri riescono ugualmente a prendersi cura del bambino, per i padri occuparsi del figlio necessita di una relazione soddisfacente e equilibrata. Torniamo alla riflessione che per la madre il figlio è una parte di sé che la occupa fisicamente e mentalmente, mentre il padre può scegliere se farsi coinvolgere da questa profonda esperienza esistenziale oppure tenersene fuori e delegare ad altri.

Gli effetti però della 'assenza del padre' possono avere importanti conseguenze per la crescita del bambino e il comportamento in età adolescenziale e adulta; lo dimostrano indagini sociologiche svolte nei paesi scandinavi che hanno valutato gli effetti a distanza dei figli cresciuti con padri presenti o poco partecipi. Altre ricerche sociologiche, realizzate anche in Italia, hanno evidenziato che padri accudenti con i figli piccoli, nell'eventualità di separazione

dalla famiglia, negli anni successivi mantengono un atteggiamento più interessato e partecipe alla crescita del figlio.

Purtroppo è ancora presente il vecchio pregiudizio che i maschi non sanno prendersi cura dei bambini, e molti operatori sottovalutano l'importanza di coinvolgere i padri nelle diverse fasi del percorso nascita. Le stesse sedute ecografiche andrebbero considerate tappe fondamentali per la genitorialità del padre, al quale manca la percezione fisica del bambino. Un padre accudente e coinvolto renderà meno impegnativo il faticoso compito materno, e la condivisione di scelte e decisioni potrà ridurre i rischi di depressione materna. Attenzione però che i disturbi emozionali del dopo parto possono colpire anche i papà in misura non tanto diversa da quelli della madre; sono differenti le manifestazioni di questo disagio, perché nei padri si evidenziano maggiori

Manifestazioni psicosomatiche e comportamenti di 'fuga' nei confronti delle responsabilità coniugali e familiari. Per la figura del papà si potrebbe cominciare a parlare di 'maternage paterno', che però non deve sostituire la funzione materna. Occorre evitare il 'mammo': al bambino non servono due mamme, una delle quali un'inutile e pelosa imitazione. Il padre si occuperà del bambino con compiti simili a quelli della mamma, ma svolti in maniera specifica e personale; il bambino saprà distinguere tra i due e farà così la prima fondamentale esperienza di relazione diversificata, sviluppando quel percorso di separazione dalla simbiosi materna che lo porterà a maturare la propria identità e individualità.

Una relazione parentale equilibrata e armoniosa permette al bambino di apprendere le basi dell'intersoggettività e della convivenza sociale. Già dal secondo anno di vita, oltre a rapportarsi con ognuno dei genitori, il bambino imparerà a 'relazionare con una relazione'; se questa relazione è positiva le sue future competenze sociali avranno solide basi e maggiori capacità di successo. Sulla paternità, ancora una

volta, la letteratura ha anticipato la scienza. Troviamo così un autore come Joseph Roth, mai diventato padre, che nel romanzo "La cripta dei Cappuccini" del 1938 (il tema è la caduta dell'impero asburgico) scrive: "sono esistiti milioni e miliardi di padri, dacchè esiste il mondo. Io ero uno fra miliardi. Ma nell'istante in cui potei prendere fra le braccia mio figlio, provai un lontano riflesso di quella ineffabile sublime beatitudine che dovette colmare il Creatore il sesto giorno, quando Egli vide la sua opera imperfetta pur tuttavia compiuta.

Mentre tenevo fra le mie braccia quella cosina minuscola, urlante, brutta e paonazza, sentivo chiaramente quale mutamento stava avvenendo in me. Per piccola, brutta e rossastra che fosse la cosa fra le mie braccia, da esse emanava una forza indicibile.

Più, era come se in questo povero tenero corpicino si fosse accumulata tutta la mia forza, come se tenessi in mano me stesso e il meglio di me". Un altro formidabile contributo lo troviamo in Anna Karenina, scritto da Tolstoy nel 1877, dove negli ultimi capitoli il protagonista maschile, Levin, assiste al parto della moglie Kitty e alla nascita del primo figlio. Sono quattro capitoli intensi dove il parto è visto con gli occhi del maschio, un turbine di emozioni difficili da controllare che portano a una amara ma profonda conclusione: "quel che provava verso quel piccolo essere non era affatto ciò che si era aspettato. Nulla di allegro e gioioso c'era in quel sentimento, al contrario, una nuova tormentosa paura. Era la coscienza di un nuovo lato vulnerabile".

IN CONCLUSIONE / LA GENITORIALITA'

Potremmo definire la genitorialità l'insieme della sensibilità e dell'affettività inconsce della madre e del padre. Uno stato mentale e comportamentale che induce profonde modifiche neurologiche e ormonali, e permette l'accudimento e la protezione della prole, favorendo l'affinamento di empatia e

sensibilità, capacità di coping e flessibilità; aumenta l'intelligenza emozionale e si acquisisce una visione più creativa e aperta al futuro. Gli psicologi parlano di 'resilienza', cioè capacità di resistere alle rotture e di mettendo in atto capacità che non si pensava di possedere.

Alla fine la genitorialità è un 'fare spazio'. Dentro di sé in gravidanza, nel fisico e nella mente, ma anche nella casa, negli armadi, nell'auto ...Un fare spazio anche nel nostro tempo, che ci porta a rileggere la nostra storia passata e a immaginare un futuro nuovo. Il bambino quindi ci occupa, diventa parte di noi, senza di lui ci sentiamo incompleti. Lo spazio maggiore però lo trova nella nostra mente e nelle nostre emozioni, perché ci obbliga a pensare, progettare e immaginare un mondo nuovo. Il difficile equilibrio richiesto ai genitori è quello di mantenersi tra l'intuizione, che permette improvvisazione, creatività, e la riflessione, che fornisce la capacità di programmare e pianificare. Chi vuole aiutare le madri e i padri deve possedere la rara dote di fornire informazioni e stimoli di riflessione, senza però inibire le innate competenze (sempre presenti, anche se a volte un po' nascoste) e la personale ricerca di soluzioni. Per questo manuali e metodi per 'allevare la prole' sono particolarmente pericolosi e da maneggiare con molta attenzione; anche gli esperti (me compreso) li saluteremo con un cortese 'medico, cura te stesso' (antico proverbio ebraico citato anche nel Vangelo di Luca).

Alla fine, con la nascita del nostro bambino abbiamo dato inizio a un cammino che ha una meta, ma non ha un arrivo. Attraverso di lui torniamo alle radici della nostra esistenza, siamo condotti all'essenziale. Il bambino ci fa uscire da noi stessi e ci porta alla profondità della relazione, al noi, infatti la nascita è sempre una condivisione e può avvenire soltanto se qualcosa e qualcuno ci ha preceduti, il prima di me diventa parte di me e mi costituisce. Così al termine della vita, dopo la nostra morte, quando abbiamo generato proseguirà

il nostro cammino rendendoci partecipi di una eternità che solo in minima parte ci è concesso comprendere.

Questo articolo è tratto dagli appunti utilizzati per la conferenza tenuta il 6 maggio 2014 a Lerici nell'ambito del Festival Consapevol-Mente.

In principio era il suono

In principio era il suono

In principio era il suono, e il suono era presso la madre, e il suono era la madre.

[Download allegato](#)

Allegato – pubblicazione quaderni acp 2010

Valentina

Nascere prematuri

Valentina ormai è in prima media e vorrebbe andare a scuola da sola come molte sue amiche. La mamma però preferisce continuare ad accompagnarla; ha paura che ancora non riesca a gestire gli imprevisti, e poi la sua bambina è nata in anticipo e quindi rispetto alle amiche è meglio che attenda ancora un po'. Valentina è nata alla 28° settimana di

gestazione con un peso di 1100 grammi. La mamma ricorda come fosse ieri il giorno in cui la pancia è diventata dura e poi sono partite le forti contrazioni. Il seguito è come un film: il tracciato, la faccia preoccupata del medico, la successiva difficile spiegazione, la sua mente confusa, l'anestesista con le sue strane domande, poi la luce accecante della sala operatoria...in questa sequenza veloce e spezzata rimane incisa, come un fiore su un muro di pietra, il pianto flebile di Valentina e la sua pelle rossa e pulsante. Dopo il cesareo c'è stato il silenzio e la solitudine della pancia vuota; un attimo prima erano una cosa sola, ma ora Valentina è sparita in un altro mondo. E' ancora dolce il ricordo del papà che corre da un piano all'altro: dopo aver ricevuto notizie della piccola si precipita dalla moglie per raccontare e per consolare. Tutto questo era già capitato a due loro amici, ma non immaginavano che la stessa esperienza avrebbe colpito anche loro.

E adesso che fare? I pensieri volano in alto e lontano. Se Valentina sopravvive come sarà? Potrà laurearsi, sposarsi e avere a sua volta dei figli? E la loro vita di genitori come sarà? Bisogna cancellare tutti i progetti e i sogni, o qualcosa è possibile conservare? Queste domande non hanno risposta, anche perché non vengono formulate e rimangono nascoste dentro (e ogni tanto affiorano nel viso e nello sguardo).

I due giorni passati in ostetricia sono molto difficili, la vita è come sospesa, il dolore del cesareo non viene giustificato da un visetto che ti guarda e che ti succhia. La paura è che per troppa bontà non ti dicano la verità sulle condizioni di Valentina, e poi ogni parente cercando di consolare fornisce la propria versione della situazione e si lancia in pronostici fantasiosi.

Il terzo giorno è un grande momento, in carrozzella la mamma riesce a recarsi in reparto per conoscere la sua bambina. Ma l'incontro è una tempesta di emozioni contrastanti, la

situazione è incomprensibile e confusa. Valentina è un bambolotto nudo; al posto dei vestitini ci sono fili e tubicini, sensori e cerotti, solo il minuscolo pannolino permette di ricordare che quello è un mondo per bambini. Durante la visita le parole delicate dell'infermiera si mescolano a quelle difficili del medico, assieme al suono dei monitor e degli allarmi (che il personale sembra neppure sentire) si sente il richiamo di qualcuno che annuncia l'andata in mensa o di un altro che non ha capito se lo sciopero è revocato... ma in tutto questo Valentina dov'è? Cosa fa? Cosa pensa?

Al ritorno dalla visita la delusione è profonda, la mamma era andata per conoscere la sua bambina ma si rende conto che Valentina per lei è più sconosciuta di prima. I giorni successivi vanno meglio, guardandosi intorno si vedono tante altre Valentine e tanti altri genitori come lei. Una mamma, già lì da due mesi, appare particolarmente tranquilla e fiduciosa; racconta di come sono bravi i medici e sensibili le infermiere, e questo incoraggia e alimenta la speranza.

Valentina supera la fase acuta dell'immaturità polmonare, inizia anche un'infezione che per fortuna viene bloccata sul nascere, comincia e interrompe più volte l'alimentazione con il sondino, ma alla fine riesce a tollerare i pasti; per alcune settimane deve rimanere in incubatrice con un po' di ossigeno, mantenendo la flebo con tutte le sue pompe attaccate. Una sera i genitori di Valentina sono accolti dal responso funesto di una ecografia cerebrale che ha mostrato un sanguinamento, ma nessuno è in grado di spiegare con precisione quali conseguenze questo potrà provocare; un medico parla di un rischio del 60% ma non è in grado di dire se Valentina appartiene al gruppo che svilupperà danni o a quello che ne uscirà bene. E' in questo periodo che la mamma di Valentina non riesce più a spremersi il latte come prima: proprio adesso che la bambina mangia più latte, lei ne produce di meno.

Un giorno la mamma quasi sviene nel vedere Valentina fuori dall'incubatrice, nessuna l'aveva preparata a questo evento e lei non sa come comportarsi; fino ad ora aveva sempre toccato e accarezzato la bambina tenendo le mani dentro l'incubatrice, adesso invece ha la possibilità di tenerla in braccio, ma alla proposta dell'infermiera rifiuta, ha paura di non essere capace, di fare male, di trasmettere infezioni,...Qualche infermiera definisce questo rifiuto un segno di scarsa affettività o di iniziale depressione. Invece il giorno successivo il loro incontro riesce benissimo, si guardano e si abbracciano. Valentina è accoccolata tra i seni della mamma, ha gli occhi chiusi, è concentrata per non perdere nulla di quello splendido momento; tutti i loro sensi sono attivi per riuscire ad assorbire il più possibile l'una dell'altra. A distanza di alcuni mesi la mamma capisce che è stato in quel momento che per lei Valentina è nata; quel giorno finalmente l'ha conosciuta e da quel giorno non ha più smesso di amarla.

Negli anni successivi la mamma rinuncia al lavoro per seguire la bambina, prima per i vari controlli di follow-up e poi per favorire le diverse tappe di crescita. Per lei Valentina rimane sempre un po' più debole degli altri bambini, ogni problema viene collegato a quella nascita intempestiva, ogni scelta è condizionata dall'esperienza di quei mesi. La mamma continua a sentirsi un po' inadeguata, come in quei giorni quando Valentina era curata dalle mani esperte delle infermiere; quella paura di sbagliare e di non farcela è rimasta, rendendo più difficili le numerose sfide del diventare grandi.

In realtà Valentina già dal secondo anno di vita si è comportata come qualunque altra bambina della sua età, presentando le normali infezioni e crescendo con lentezza ma regolarmente, mangiando poco, ma manifestando l'energia necessaria e sufficiente. Neurologicamente non ha sviluppato alcun problema, soltanto molta vivacità e un po' di difficoltà nel concentrarsi a lungo.

Ora che è arrivata alle medie cerca di spiccare il volo, tentando di separarsi un po' dalla mamma che invece resiste per eccesso d'amore. Non è difficile immedesimarsi in questa mamma che dopo aver tanto sofferto per la prima nascita di Valentina, adesso è restia a lasciarla nascere un'altra volta.

Valentina è sopravvissuta senza esiti alla nascita pretermine, e questo è senz'altro l'effetto del progresso scientifico e della tecnologia; ma a questo punto possiamo chiederci quali concreti strumenti sono oggi disponibili per favorire il benessere di un prematuro e dei suoi genitori.

Provo a descrivere le due pratiche che, a mio avviso, sono oggi le più importanti, perchè basate su evidenza scientifica e applicabili in qualunque contesto indipendentemente dalle risorse disponibili: la prima si chiama KMC, la seconda NIDCAP. Per chi non ama le sigle, si tratta della Kangaroo Mother Care e della Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program.

KMC può essere tradotto in italiano in 'assistenza con il metodo marsupio'. Si tratta di una pratica assistenziale adottata oltre vent'anni orsono in Colombia che utilizza il contatto pelle-pelle tra i genitori e il neonato, con tempi e modalità variabili in base alle condizioni cliniche del bambino e alla disponibilità dei genitori (ma è necessaria anche la disponibilità di medici e infermieri).

Il metodo è applicabile ad ogni pretermine stabile (principalmente dal punto di vista respiratorio), indipendentemente dal peso e dall'età gestazionale.

Sono numerosi gli studi che mostrano la fattibilità di questa pratica, l'assenza di rischi (soprattutto di quelli infettivi) e i benefici per la mamma e il bambino. In particolare sono documentati i vantaggi nei confronti dell'allattamento al seno, della crescita del neonato e della sua stabilizzazione termica; rimangono da definire meglio gli effetti metabolici a

breve termine e quelli neurologici a lungo termine. Sono documentati i benefici nei confronti del processo di attaccamento, anche se gli effetti psicologici e relazionali sui genitori e sul neonato richiedono ulteriori approfondimenti. Questa modalità assistenziale è senz'altro in grado di contribuire fortemente all'umanizzazione delle cure, sia nei paesi a basso reddito che in quelli ricchi.

Attraverso questa pratica (indipendentemente dalla modalità di utilizzo, in forma continua o intermittente) la mamma di Valentina avrebbe partecipato maggiormente alle cure della sua bambina, limitando la delega al personale e attivando proprie risorse fisiche ed emotive. Un contatto quotidiano madre-figlia avrebbe favorito la loro conoscenza e migliorato l'equilibrio del loro rapporto; forse ansia, insicurezza e impotenza materne avrebbero potuto essere contenute, forse questa mamma avrebbe imparato presto a fidarsi delle grandi risorse e competenze della figlia.

La KMC è stata descritta dettagliatamente da una linea guida del WHO che ne ha definito le basi scientifiche (ricordiamo che a questo documento hanno collaborato Adriano Cattaneo e Riccardo Davanzo); sulla KMC la letteratura è ormai tanto ampia da aver già prodotto alcune revisioni sistematiche. Nel 2006 la Società Italiana di Neonatologia ha pubblicato e diffuso la linea guida della KMC promuovendone l'applicazione nelle UTIN del nostro paese (auspicandone l'inclusione nei curricula formativi di base). L'adozione di questa modalità assistenziale è però ancora poco uniforme e la sua applicazione non costante, dimostrando quanto è difficile modificare le tradizionali prassi di cura. L'aspetto interessante della KMC è la sua assenza di costi sia in denaro che in tempo: il personale anziché occuparsi di un neonato in incubatrice interviene su un bambino in braccio alla mamma.

Ricordiamo che la KMC può essere praticata tranquillamente anche dai papà, soprattutto nelle situazioni nelle quali la madre è impedita o non disponibile.

Per visionare la linea guida e approfondire gli aspetti tecnici si rimanda all'indirizzo:http://www.mami.org/Docs/raccomandazioni/ACTA1_02_KANGAROO.pdf

La NIDCAP è una pratica più complessa della MKC perché necessita di personale specificatamente formato e addestrato alla sua applicazione. Non si tratta di una semplice pratica assistenziale, ma di "un programma personalizzato di sostegno ambientale e di assistenza allo sviluppo, basato sulla lettura dei segnali comportamentali di ciascun neonato pretermine"; l'obiettivo finale è "la formulazione di un piano di cura atto ad accrescere e promuovere le potenzialità del neonato e a sostenerlo nelle aree di sensibilità o vulnerabilità". La NIDCAP nasce un paio di decenni orsono a Boston dal lavoro di Heidelise Als, psicologa e allieva di Berry Brazelton. Nel corso degli anni gli studi e le evidenze scientifiche sulla utilità e sulla efficacia di questo approccio al neonato sono aumentate e si sono consolidate.

I benefici a carico del neonato riguardano la funzionalità polmonare (con riduzione dei tempi di ventilazione e di ossigenodipendenza), la crescita e il comportamento alimentare, la riduzione del periodo di degenza; ancora più interessante è risultato il miglioramento neurocomportamentale e il livello di maturazione delle strutture neurologiche (documentato anche in maniera strumentale tramite EEG e RMN). I benefici sono stati valutati fino all'età di sei anni, con vantaggi nei confronti del linguaggio e delle altre attività cognitive.

Effetti positivi sono stati misurati anche sui genitori, che mostrano maggiori competenze e minori livelli di stress, e sul personale di assistenza, in particolare le infermiere che appaiono più abili nel valutare il neonato e adattare in maniera mirata le cure. E' rilevante segnalare che, come nel caso della KMC, anche questa pratica assistenziale non si accompagna ad alcun effetto negativo.

Per i dettagli pratici si rimanda alle pubblicazioni specifiche, mi interessa però evidenziare che la NIDCAP promuove una visione dell'ambiente di cura partendo dalla prospettiva dell'esperienza del neonato e mette al centro del processo assistenziale i genitori (considerati i principali co-regolatori dello sviluppo del bambino). In definitiva la proposta è quella di passare da una pratica basata su protocolli standard ad una assistenza personalizzata che minimizzi i fattori di stress e favorisca l'autoregolazione del neonato durante la relazione con l'ambiente e il caregiver. Questo approccio parte dalle competenze neurovegetative, motorie e di stato del neonato, attraverso l'osservazione fine del comportamento spontaneo durante le interazioni; in quest'ottica il neonato prematuro viene considerato un individuo complesso, attivo e reattivo agli stimoli sociali e sensoriali.

Questa modalità assistenziale richiede agli operatori intuito e sensibilità, capacità di relazione e di riflessione, impegno a non sostituirsi al genitore; per questo è necessario un percorso formativo lungo e articolato, con supervisione e tutoraggio almeno nelle fasi iniziali del processo.

Dal 2005 il gruppo di studio per la 'Care neonatale' della Società Italiana di Neonatologia ha iniziato l'approfondimento della NIDCAP, promuovendola e sviluppandola in alcune importanti UTIN nazionali; la speranza è che anche questa esperienza, come la KMC, possa diffondersi e consolidarsi trasformandosi in prassi assistenziale in tutti i centri di cura neonatali del nostro paese.

Le recenti ricerche neurobiologiche mostrano una grande attivazione dell'encefalo del neonato, che velocemente si struttura in base agli stimoli sensoriali sperimentati; questo momento della vita si sta dimostrando strettamente collegato alle caratteristiche del periodo successivo, fino a condizionare l'età adulta. E' nostra opinione che in passato sia stata sottovalutata l'importanza del benessere e

dell'equilibrio comportamentale del neonato pretermine. E' giunto il momento di camminare con decisione sulla strada che alla tecnologia sa unire sensibilità, relazione e sussidiarietà.

Il presente articolo è stato pubblicato sulla rivista per ostetriche 'Donna & Donna' n.64, marzo 2009

Nascere e prenascere

Dal modello placentare al modello allevante

*Nessun uovo non fecondato si anniderà mai.
L'annidarsi è essere adottati.
La terra è mia madre.
Mia madre fu la mia terra.*

R. D. Laing (1)

Diego nasce alla 38° settimana di gestazione da taglio cesareo elettivo, la mamma è una precesarizzata. Fino a quel momento Diego aveva fatto il suo dovere, mettendosi in posizione cefalica, ma senza fretta, perché non aveva avvertito alcun segnale che gli indicava di doversi impegnare. Nessun avvertimento biochimico o ormonale, nessun segnale meccanico, nessuna comunicazione tra lui e la placenta, nessun vero dialogo tra il suo cervello e quello della mamma. Lui non poteva sapere che quel cerchietto sul calendario in cucina stava ad indicare che mercoledì mattina alle 8, in una moderna sala operatoria, il suo mondo sarebbe definitivamente cambiato. Quando la mano guantata lo estrae con attenzione, ma

senza chiedere il permesso, il suo viso è una enorme unica smorfia; esce come da un sifone trascinandosi tutto il suo liquido (è proprio suo, l'ha prodotto lui). Come giustamente si usa dire: Diego viene alla luce; la luce della vita? No, la luce della scialitica (anzi due, di fabbricazione tedesca).

Con gesti rapidi e sicuri viene immediatamente separato dalla sua placenta; 'la placenta è l'unico organo del corpo che si butta via' (2).

L'Appgar si dà al termine del primo minuto, ma Diego inizia a respirare al terzo secondo, e a otto secondi mostra già tutti i dieci punti. E continua a piangere; ma, 'neonato che piange, anestesista che ride'. In effetti tutti ridono e si complimentano a vicenda; anche Diego riceve molti complimenti, ma lui non gradisce e continua a piangere. L'ostetrica che l'ha preso per portarlo sul lettino tenta di calmarlo asciugandolo e avvolgendolo con un telo tiepido. Respira già bene e quindi non viene aspirato; anche la luce del lettino viene spenta per non disturbarlo inutilmente, ma lui continua a piangere. E' così arrabbiato da inarcarsi in opistotono, anche gli arti sono rigidi. Fortunatamente questo atteggiamento dura poco, altrimenti anche il respiro avrebbe cominciato a farsi difficoltoso.

Viene avvolto più stretto nel telino per dargli un confine e una sponda di appoggio, ma lui continua a piangere. L'anestesista ora non ride più ed è stupito da questa disperazione 'perché fa così? cosa c'è di meno traumatico che nascere da cesareo senza neppure la fatica del travaglio?'. Queste parole mi colpiscono, anche se dal punto di vista del medico, o semplicemente di un adulto, sono logiche. E' dal punto di vista di Diego che invece sono prive di senso.

Cerchiamo di capire perché.

Tecnicamente Diego nasce con un parto precipitoso; non è possibile concepire un modo per nascere più veloce di questo.

Senza travaglio non gli è stata possibile alcuna preparazione e neppure alcuna partecipazione. Soltanto aspettando l'inizio spontaneo del travaglio avremmo potuto capire quando Diego era pronto per nascere. E' anche per questo che i nati a termine da taglio cesareo senza travaglio, hanno un rischio di patologia respiratoria da difficoltoso adattamento circa sette volte maggiore dei nati da parto spontaneo (3).

La mancata partecipazione fisica ed emotiva al travaglio e al parto, impediscono l'attivazione di quei raffinati movimenti fetali di locomozione e propulsione che Milani Comparetti identificava come repertorio innato del feto, in grado di dare inizio agli automatismi primari (cioè quelle competenze geneticamente programmate che attivate dall'esperienza e dall'ambiente danno origine a importanti funzioni adattive) (4).

Cerchiamo di immaginare come Diego ha vissuto fino a pochi secondi dalla nascita.

Avvolto dal liquido, in assenza di gravità, massaggiato continuamente dalle pareti morbide, lisce e pulsanti dell'utero, accompagnato da suoni continui (interni ed esterni al corpo materno), in perenne e ritmico dondolio. Diego come tutti i feti per nove mesi è un bambino 'viziato'; in utero infatti il bisogno viene soddisfatto prima ancora di essere percepito, in quello stato è assente la percezione di mancanza. La fame e la sete vengono annullate da una placenta prodiga, simile alla manna del racconto biblico, un nutrimento pronto e non conservabile, in una posologia definibile quanto basta.

Se approfondiamo il nostro sforzo di immaginare la vita fetale di Diego, riusciamo a intuire che per lui (ancora privo di individualità consapevole) mondo interno e mondo esterno coincidono; lui è anche la sua placenta, ma anche il suo utero, e anche la sua mamma. Per alcuni mesi dopo il parto Diego non avrà una mamma, perché la mamma continuerà ancora

per un po' ad essere percepita come una parte di sé. In utero ha vissuto buona parte del suo tempo in una sorta di dormiveglia, in sonno attivo (e questo ha favorito il suo sviluppo cerebrale) (5). In realtà Diego non è in grado di distinguere tra la veglia e il sonno, tra la realtà e il sogno; e poiché quando sogna non sa di sognare, vivrà il suo sogno con la stessa intensità della veglia attiva.

Diego fino al momento della nascita ha vissuto soltanto il tempo uterino, che è un non-tempo, con caratteristiche di costanza e prevedibilità, dove il ritmo è dato dalla periodicità biologica dell'organismo materno e fetale. E' proprio questa coerenza dell'esistenza fetale a caratterizzare il mondo uterino, dove la coscienza emozionale è rappresentata da una percezione sensoriale globale, nella quale la dimensione cognitiva ed affettiva coincidono.

Come ogni feto Diego è un soggetto sinestesico, incapace di separare e catalogare con un pensiero razionale e simbolico la natura delle proprie percezioni ed emozioni. Lui è il suo corpo, ma questo corpo comprende anche l'ambiente nel quale è inserito, e il suo ambiente arriva fin dove la sua capacità percettiva è capace di giungere.

Quando Diego nasce è quindi un bambino 'viziato' che non può fare a meno dell'esperienza fatta in utero, un'esperienza che potremmo definire di 'relazione-senza relazione' (dove appunto $1+1$ fa esattamente 1); nel momento in cui nasce deve iniziare a sperimentare una nuova forma di esistenza (e a questo punto nella logica della nascita $1-1$ farà 2). Adesso occorre costruire una relazione vera tra due o più individui, ma a Diego occorreranno mesi per capire o intuire questa difficile verità.

Ritorniamo ancora a Milani Comparetti che oltre vent'anni fa, con profetica lucidità, definiva la nascita 'un evento che agisce come organizzatore di nuovi e diversificati fattori biologici e relazionali', e sottolineava la 'continuità del

processo evolutivo ontogenetico' nel quale ogni nascita è inserita (6).

Il dialogo biologico e psicologico, che caratterizza la relazione madre-bambino iniziata in utero, con la nascita non si interrompe, ma si riconverte e si riorganizza; madre e bambino iniziano un rapporto nel quale ognuno di loro è contemporaneamente soggetto e oggetto.

La voce della mamma rappresenta il primo forte collegamento con la vita prenatale; sappiamo che per buona parte della vita fetale l'udito appare ben sviluppato e attivo, permettendo quella che viene definita memoria intrinseca o evocativa (7). Il timbro, il tono e la musicalità della voce materna può essere considerato la prima forma di collegamento tra l'endo e l'esogestazione. Ogni altro suono sarà nuovo, sconosciuto, disturbante, incapace di evocare alcunché.

Studi di neurofisiologia hanno mostrato la diversa attivazione cerebrale prodotta nel neonato dalla voce materna – il motherese – rispetto alla comune voce dell'adulto, dimostrando che il neonato, fin dal settimo mese di gestazione, è capace di processare la qualità dei suoni discriminando le componenti linguistiche (5,8).

Quando il neonato si rilassa, ritrova un nuovo equilibrio sensoriale e una nuova dimensione cinestesica, arrivando ad aprire gli occhi. Inizialmente 'vedrà senza guardare' non potendo vedere nulla di noto (neppure il volto materno); occorrerà un po' di tempo per mettere in collegamento il volto della madre con la sua voce, il suo odore, il suo tocco, il suo seno, il suo latte, ...

Il contatto col seno riporta il neonato alla prevedibilità e alla coerenza uterina. Per lui la realtà è ancora sinestesica: quando succhia il seno, con la bocca beve il latte e con lo sguardo beve il viso della mamma; intanto annusa, tocca ed è toccato. Durante l'allattamento i suoi sensi sono particolarmente attivi e sinergici; così nel momento della

poppata sono tantissimi i bisogni che vengono contemporaneamente soddisfatti: fame, sete, calore, contenimento, contatto, visione, ...e per un po' si realizza una nuova rassicurante omeostasi.

Durante la suzione del seno il neonato riesce ad addormentarsi direttamente in sonno REM, cominciando immediatamente a sognare; ma a sognare cosa? probabilmente sogna di poppare oppure di essere tornato nella pancia 'dove ogni bisogno è soddisfatto prima di poter essere percepito'.

Il passaggio da feto a neonato è un processo biologico e psicologico che coinvolge principalmente il SNC (gli altri organi e apparati sono coinvolti solo secondariamente). Nelle ultime settimane di gravidanza il tronco cerebrale ha terminato la sua maturazione e la corteccia ha iniziato ad integrarsi con le strutture sottocorticali permettendo l'elaborazione delle esperienze sensoriali. Attraverso la plasticità cerebrale, le stimolazioni e le interazioni con l'ambiente producono condizionamenti e modifiche strutturali sulla maturazione cerebrale, sia nell'ultimo periodo fetale che nei primi mesi di vita (5).

Il percorso da feto a neonato potrebbe essere considerato una forma di 'ricerca di senso', inizialmente di coerenza ed equilibrio e subito dopo di maggiore organizzazione.

Potremmo anche paragonare il neonato ad un adolescente, entrambi vivono infatti una faticosa e stimolante esperienza di transizione tra un mondo definitivamente perduto e un altro completamente nuovo da costruire.

Ma come aiutare questo 'adolescente' privo di coscienza e pensiero simbolico, innamorato folle della propria madre? Come aiutare questo individuo incapace di riconoscere la realtà, ma che nella realtà si trova a vivere completamente esposto, privo di filtri e difese?

La nostra specie vive il primo semestre di vita mantenendo

funzioni di natura fetali, e per questo parliamo di esogestazione. Per Winnicott il neonato al momento della nascita non è ancora pronto per nascere e Selma Fraiberg ha osservato che 'gli avvenimenti della sua vita sono senza connessione' (9).

Se vogliamo rendere più facile al neonato la sua disperata ricerca di equilibrio, dobbiamo mettere ordine e coerenza nella 'confusione' delle sue percezioni, ricordando, come osservava J. Korzack, che egli pensa per 'emozioni e sentimento' (10).

Diego ha mostrato in modo eclatante tutto il suo bisogno di adattamento, ma anche la sua mamma e il suo papà non sono esenti da bisogni speciali ed emotivamente importanti.

Il loro primo bisogno nasce dalla necessità di vedere, di ascoltare e di toccare il bambino, di sentirlo vivo (a noi medici invece interessa la sua vitalità,... non è la stessa cosa). Ma subito dopo compare il bisogno di essere visti da lui, e poi di essere toccati, fino ad arrivare ad essere 'mangiati' da lui (anche se inizialmente è solo un piccolo assaggio).

In un attimo compare il bambino reale, quello vero, che sostituisce quello immaginato; ma il neonato immaginato è anche un po' temuto, e quindi occorre che una persona di fiducia dichiari esplicitamente: è sano e sta bene (anche se la cosa fosse già di per se evidente).

Il tenere in braccio rappresenta il termine della fatica della gravidanza e lo scopo del dolore del parto, ma è anche l'inizio vero e proprio di un progetto esistenziale che può essere guardato e toccato. In questo momento si colma, in maniera quasi automatica e inconscia, quel senso di vuoto di una pancia disabitata, dove improvvisamente non avvengono più movimenti e azioni.

Questo processo può essere rapidissimo, oppure può durare a

lungo se il neonato viene portato via, se il bambino invisibile della pancia non si mantiene in continuità col bambino tenuto in braccio; il bambino che ritorna lavato e vestito, può essere percepito come un altro bambino.

Ha scritto una mamma: il risveglio dall'anestesia del cesareo è stato strano, non c'era più la pancia e non c'era più mia figlia (...) Era tutto talmente doloroso, un vero incubo, era come se non avessi partorito, mi comportavo come se mio figlio non fosse mai nato, come se non fossi mai stata incinta, altrimenti non avrei retto quel distacco innaturale (...)

E' molto difficile per il personale ospedaliero aiutare un neonato disorientato, lo dimostra la facilità con la quale viene accettato il suo pianto. Il pianto non è una semplice forma espressiva (altrimenti i neonati canterebbero!) e neppure una ginnastica respiratoria (sic), il pianto serve per sperimentare la consolazione. Quando noi restiamo senza reagire a urla e pianti insistenti siamo come giornalisti inviati di guerra che al fronte, in poco tempo, assumono atteggiamenti distaccati e cinici; il nostro è un normale atteggiamento di difesa, ma il rischio è di creare un ambiente anaffettivo, dove anche i genitori per condizionamento e imitazione possono vedere prosciugarsi o bloccarsi la loro sensibilità e affettività inconscie (11).

Come operatori sanitari possiamo invece aiutare i genitori a essere emotivamente disponibili, favorendo la loro predisposizione all'accudimento, incoraggiando il fare, rassicurando e rispondendo ai dubbi e se necessario prevenendo i pregiudizi inespressi: 'signora, forse il bambino vuole essere preso in braccio e coccolato, provi a prenderlo con sé, adesso che è ancora piccolo non corre nessun rischio di viziarlo'.

Dobbiamo anche evitare di confondere la puericultura con il maternage: la puericultura riguarda le prassi e le modalità di comportamento degli operatori, mentre il maternage comprende

l'insieme delle azioni e degli atteggiamenti che permettono alla madre di prendersi cura del bambino. La puericultura può essere standardizzata e normata da protocolli, mentre il maternage è sempre e solo personale, unico, dinamico e creativo.

I due ambiti possono contaminarsi positivamente: gli operatori possono personalizzare il loro agire e migliorare la loro sensibilità, i genitori possono acquisire un saper fare facilitato e più fiducioso. Occorre però evitare incoerenza e confusione tra i ruoli: la mamma che diventa una brava e precisa infermiera del figlio, l'operatore che sostituisce la madre in mansioni che esprimono un'importante valenza relazionale, come ad esempio l'alimentazione o il tenere in braccio (scriveva con un po' di perfidia Winnicott: non lasciate che una persona prenda in braccio il vostro bambino, se capite che ciò non ha alcun significato per lei) (12) .

Come operatori dobbiamo puntare ad affinare sensibilità e attenzione nel cogliere le sfumature tra la relazione genitori-figlio, 'pulendo' il nostro linguaggio, favorendo intimità e rassicurazione; dobbiamo crescere nella consapevolezza che qualunque nostra procedura o azione non potrà mai essere neutra e, se non necessaria, diventerà immediatamente un ostacolo ai processi di adattamento e di bonding (13,14).

Usando per un attimo la prospettiva del neonato, proviamo a chiederci: alla nascita il neonato si aspetta di essere messo in una culla o di essere preso in braccio? Tenere in incubatrice per alcune ore dopo il parto un neonato che non ne ha bisogno, significa sostituire il dialogo uterino che si è improvvisamente interrotto, con un ambiente neutro e anaffettivo, che il neonato non è in grado di comprendere e di gestire; l'incubatrice è un oggetto col quale non è possibile interagire e che impedisce ad un neonato reattivo di organizzare una relazione primaria, minando così la sua ricerca di equilibrio col nuovo ambiente.

Sono ormai numerose le evidenze che mostrano la superiorità del contatto pelle a pelle rispetto all'incubatrice per stabilizzare la termoregolazione nell'immediato postpartum (15). Come già evidenziato per l'allattamento, anche il contatto madre-bambino subito dopo il parto assume molteplici valenze, coinvolgendo l'insieme delle componenti psicofisiche del neonato e producendo effetti di gran lunga superiori alla pratica tout court (16,17).

Siamo tutti consapevoli che il primo periodo dopo la nascita rappresenta un momento privilegiato per la costruzione dei processi di attaccamento tra i genitori e il bambino. La teoria di Bowlby è stata definita una teoria 'spaziale', nel senso che necessita di contatto diretto e vicinanza costanti, a mio avviso è anche una teoria 'temporale' che richiede tempi e modi privilegiati, il cui riferimento sono il ritmo e la periodicità uterine. In questa fase sarebbe quindi particolarmente utile posticipare gli interventi non strettamente o immediatamente necessari (18).

Occorre che riscopriamo e affiniamo un saper fare che promuova la normalità (Milani Comparetti parlava di semeiotica positiva) affinché la fisiologia possa rimanere tale e la cultura del nascere non venga contaminata da mansioni e procedure che non le appartengono.

Salvaguardare la 'normalità' di un neonato significa non aspirarlo se sputa e tossisce, significa interrompere il bagnetto se questo lo fa piangere, vuol dire attivarsi per portarlo rapidamente ad uno stato di tranquillità (Apgar 12?) (19), posticipando la profilassi antiemorragica e oftalmica almeno di una paio d'ore dopo la nascita.

Anche sul neonato è possibile fare azione di empowerment, al fine di canalizzare e finalizzare le risorse e le energie di cui la natura lo ha fornito. (20,21)

Siamo stati capaci di portare la 'mortalità perinatale' a

percentuali bassissime, ma adesso a quali percentuali pensiamo di riuscire a portare la 'felicità perinatale'?

Come operatori possiamo chiedere a noi stessi di farci educare dalle nascite e dai neonati che incontriamo ogni giorno; ma un cammino educativo presuppone la disponibilità ad un costante cambiamento, sia individuale che di gruppo.

Ai genitori invece spetta il compito di attivare sentimenti forti ed empatici, come scrive Winnicott, per 'presentare al bambino il mondo in un modo che abbia senso per lui' (12). Inizialmente soltanto la mamma (l'ambiente uterino da poco abbandonato) è in grado di fare da filtro col 'mondo esterno' minimizzando stimoli ed esperienze per il neonato incomprensibili e poco tollerabili, facilitando invece i necessari adattamenti per riconquistare l'equilibrio perduto.

In un certo senso un neonato separato dalla madre è un neonato 'malformato', perché privo di qualcosa di essenziale; egli può essere considerato un sistema omeostatico aperto, regolato dai processi di attaccamento e di interazione con la mamma. La regolazione che la madre esercita su di lui è definitiva e potrà riattivarsi anche nella vita adulta ogni volta che si realizzeranno condizioni e bisogni primari.

Attraverso l'allattamento la madre è in grado di tramutarsi da nutrimento biologico a nutrimento emotivo, trasformandosi in esperienza totalizzante. Così come dalla placenta per nove mesi sono passati i nutrienti per vivere e per crescere, dopo la nascita è il seno a fornire sostanze vitali che, come il sangue placentare, hanno origine direttamente dal corpo materno.

Già Ludovico Dolce nel 1547 definiva il latte di donna 'sangue bianco' e spiegava: 'provide la natura alla nudritura de fanciulli, convertendo con meraviglioso artificio il sangue in latte, affine che quello aspetto non spaventasse' (22). Effettivamente il latte della mamma mantiene il neonato in

stretta dipendenza biologica, permettendogli di continuare a cibarsi di lei. La separazione dal corpo materno è resa lenta e progressiva, limitando così il 'trauma' di una nascita inevitabilmente sempre troppo veloce.

Nel 1794 nel suo Discorso sopra l'allattamento de' bambini Antonio Fantini osservava che 'porgendo il seno al figlio la madre sente una porzione della sua esistenza passare in quella di lui', e questo intimo senso di comunicazione d'esistenza è così forte e così coinvolgente 'che essa di tutto si scorda in un momento, e da tutti i legami più cari si stacca; ella si chiude in casa sua, né sa più vivere che per suo figlio, che le tien luogo di tutti' (23); dopo oltre due secoli è arrivata la nostra scienza moderna a farci scoprire bonding e reverie materna.

Anche le attuali discussioni sul rooming-in e l'attaccamento precoce al seno sono state oggetto di riflessione già molti decenni orsono (almeno fin dagli anni '40) e un pediatra milanese poco noto, Ferdinando Cislighi, nel 1956 aveva il coraggio di scrivere: la nursery è comoda per molti, meno che al neonato (24). A quando una seria e onesta discussione sulla inutilità e sul danno iatrogeno prodotto per decenni dai nidi delle nostre maternità ?

Per terminare la storia della nascita di Diego, con la quale abbiamo iniziato questa riflessione, dobbiamo raccontare che quel suo pianto insistente e inconsolabile si è interrotto per pochi minuti soltanto quando è stato portato vicino alla mamma (ancora sul lettino operatorio) e ha potuto ascoltare la sua voce.

Mentre per noi operatori il mercoledì mattina in cui Diego è nato rappresenta un comune e feriale giorno lavorativo, per lui quello è stato il giorno più importante della sua vita; per sperimentare ancora un cambiamento esistenziale tanto impegnativo e significativo dovrà aspettare l'ultimo secondo della sua vita.

L'allattamento è la prosecuzione della gravidanza, allorchè il bambino si è trasferito dall'interno all'esterno, si è separato dalla placenta, ha afferrato il seno e beve non più rosso, ma bianco sangue. Beve sangue? Sì, sangue della madre, perché è questa la legge della natura.

J. Korczak, 1920

BIBLIOGRAFIA

1. *Laing R.D. I fatti della vita. Einaudi, 1976*
2. *Nathanielsz P.W. Un tempo per nascere. Bollati Boringhieri, 1995*
3. *National collaborating centre for women's and children's health. Caesarean section. Clinical guideline. London, UK: RCOG Press; 2004*
4. *Milani Comparetti A., La vita psichica del feto. La motricità fetale nel processo ontogenetico psico-biologico. Pisa, 1980*
5. *Giovanelli G. Prenascere, nascere, rinascere. Carocci, 1997*
6. *Milani Comparetti A. e Gidoni E.A. Considerazioni sulle competenze del feto, relazione alla Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Pisa 1978; vedere anche Milani Comparetti A. Semeiotica neuroevolutiva e ontogenesi delle competenze relazionali del neonato relazione del 13.12.1985, Empoli*
7. *Mancia M. Funzioni integrative del cervello e origine dello psichismo fetale: riflessioni teoriche e cliniche, in: 'La normale complessità del venire al mondo' a cura di La Sala G.B. et al. , Guerini Editore, 2006.*
8. *Saito Y, et al. Frontal cerebral flow change associated with infant-directed speech. Arch Dis Child Fetal Neonatal,*

2007;92:F113-6

9. Fraiberg S.H. *Gli anni magici*. Armando 1970
10. Korczak J. *Come amare il bambino*. (1920) Luni 1996
11. Musi E. *Concepire la nascita*. Franco Angeli, 2007
12. Winnicott D.W. *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina 1987
13. Klaus M., Kennell J., Klaus P. *Dove comincia l'amore*. Bollati Boringhieri, 1998
14. Sameroff A., McDonough S., Rosenblum K., *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, 2006
15. Christensson K et al. *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborn cared for skin-to-skin or in a cot*. *Acta Paediatr* 1992; 81:488-93
16. Ferber G.S. e Makhoul I.R. *The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo Care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*. *Pediatrics* 2004;113 (4): 858-65
17. Moore E., Anderson G., Bergman N., *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. n.; CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2
18. *WHO Care in Normal Birth: a practical guide*. WHO/FRH/MSM/96.24 (1996)
19. Volta A. *Apgar 12. Per una esperienza positiva del nascere*. Bonomi, 2006
20. Brazelton TB, Nugent K. *La scala di valutazione del comportamento del neonato*. Ed. italiana a cura di G.Rapisardi, Masson, Milano, 1997

21. Rapisardi G., Davidson A., *La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio Brazelton. Medico e Bambino*, 2003;3:171-175

22. Dolce L. *Dialogo della istitution delle donne. Venezia, Gabriele Gioito de' Ferrari, 1547*

23. Fantini A. *Discorso sopra l'allattamento de' bambini. Venezia, Stamperia Graziosi a S.Apollinare, 1794*

24. Cislaghi F. *Sul problema del rooming-in. in: Scritti in onore del prof. Ivo Nasso. Milano 1956*

Testo tratto dalle relazioni tenute al convegno "Le prime tappe del viaggio della vita viste con gli occhi del bambino", Reggio Emilia 22-23 novembre 2007 e al convegno "Da madre di padre in figlio. Nascita di una famiglia", Milano 13 ottobre 2007.

L'empatia secondo le neuroscienze

L'empatia secondo le neuroscienze

La conoscenza del sistema nervoso centrale (in particolare i meccanismi attraverso i quali l'encefalo produce i propri effetti) ha subito negli ultimi anni un vero e proprio 'scatto' in avanti a seguito delle aumentate capacità di indagine e di ricerca derivate dalle nuove tecnologie. In particolare, la Tomografia a Emissione di Positroni (PET), la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) e la Magnetoencefalografia (MEG)

, hanno permesso di studiare in profondità il funzionamento di singoli neuroni o di gruppi di essi. La ricerca sperimentale può oggi verificare le proprie ipotesi studiando in vivo, e in maniera non invasiva, sia animali (generalmente ratti e scimmie) che esseri umani (sia individui sani che 'casi clinici' patologici).

Nel passato la ricerca aveva come campo di studio l'anatomia del cervello e successivamente la fisiologia del sistema nervoso, senza riuscire (per carenze tecnologiche) a definire i meccanismi che sottendono il comportamento, il pensiero e le emozioni. Fino a pochi anni fa ci si limitava a studiare gli effetti del controllo neuromuscolare che produce il movimento; oggi è possibile capire cosa è in grado di determina un'azione, il suo scopo e la sua motivazione.

Numerose osservazioni, ottenute da branche del sapere diverse da quella medico-biologica, come la psicologia, la psicoanalisi, la pedagogia e la sociologia, hanno iniziato a trovare conferme nelle ricerche sperimentali degli ultimi anni. Lo studio del sistema nervoso centrale ha sviluppato a tal punto il proprio terreno di ricerca da inglobare diverse discipline e dare origine ad una nuova branca del sapere che va sotto il nome di Neuroscienze.

Attualmente molti gruppi di ricerca nel mondo stanno raccogliendo una grande quantità di dati che derivano da altrettanti numerosi modelli sperimentali; alcuni importanti neuroscienziati, come Antonio Damasio di Iowa City e Giacomo Rizzolatti di Parma, stanno cercando di divulgare le nuove scoperte con l'intento di renderne partecipi anche i non addetti ai lavori. Oltre a neuroscienziati che potremmo definire 'puri', esistono neuropsicanalisti e psicoterapeuti, come Allan Schore, che stanno tentando di unificare le conoscenze della neurobiologia, della neurologia comportamentale, della neuropsicologia e della neuropsicoanalisi, includendo anche le ricerche sullo sviluppo di psicologi evolutivi come Daniel Stern e Bertrand Cramer.

Negli ultimi anni inoltre sono stati meglio definiti i complessi rapporti che legano l'attività cerebrale con il sistema immunitario e con il sistema endocrino, dando piena giustificazione ai molti disturbi psicosomatici.

Volendo semplificare la grande complessità di questa materia e volendo concentrare l'attenzione sulle principali scoperte (o perlomeno quelle per le quali gli studi appaiono maggiormente 'definitivi'), possiamo analizzare due distinti argomenti:

- I neuroni specchio
- L'azione dell'emisfero cerebrale destro

I neuroni specchio sono un gruppo di cellule localizzate in una precisa parte del cervello (zona fronto-parietale) che possiedono la capacità di guidare un'azione, ma nel contempo anche di 'pensare' un atto potenziale; questi neuroni (in stretto collegamento con altri gruppi di cellule nervose) sono capaci di reagire non soltanto ad un semplice stimolo, ma anche di 'comprendere' il significato di quello stimolo. Questa scoperta conduce a stabilire che le diverse aree cerebrali non sono, come si pensava, suddivise per eseguire distintamente compiti esecutivi e compiti di controllo, ma azione e percezione risultano alla fine costituire un'unica funzione.

I neuroni specchio sono stati scoperti più di una decina di anni fa, ma solo negli ultimi si è riusciti a definire nel dettaglio il loro funzionamento e quindi anche la loro grande importanza per la conoscenza del comportamento umano. Questi neuroni hanno dimostrato di potersi attivare sia per eseguire una determinata azione sia in seguito all'osservazione di una azione simile compiuta da un altro individuo. Scrive Rizzolatti ("So quel che fai", Raffaello Cortina Editore, 2006): "l'attivazione dei neuroni specchio è in grado di generare una rappresentazione motoria interna (atto potenziale) dell'atto osservato, dalla quale dipenderebbe la possibilità di apprendere via imitazione".

Prima ancora dell'imitazione queste cellule posseggono la capacità di riconoscere e di comprendere il significato posseduto dagli atti osservati. In pratica risulta che la stessa comprensione che regola l'esecuzione delle nostre azioni, permette la comprensione delle azioni altrui. Per comprendere il significato e l'intenzione delle azioni degli altri è sufficiente che il soggetto posseda la conoscenza delle proprie esecuzioni (abbia cioè tali azioni tra il proprio patrimonio motorio). La maggior parte delle ricerche ha lavorato utilizzando modelli sperimentali che sfruttavano l'esecuzione di azioni in relazione ad un controllo visivo, ma lo stesso modello risulta valido anche per altri ambiti sensoriali, ad esempio quello relativo agli stimoli sonori (ascolto un suono, lo comprendo e lo riproduco).

Rispetto alle ricerche compiute sulle scimmie, nell'uomo il sistema dei neuroni specchio è risultato molto più esteso e complesso. Nella nostra specie queste cellule si sono dimostrate capaci di codificare sia lo scopo dell'atto osservato sia gli aspetti temporali che compongono i singoli movimenti; sono inoltre risultate capaci di rispondere ad azioni mimate. Ogni forma di apprendimento che avviene attraverso l'imitazione necessita della partecipazione di altre aree corticali, ma il sistema di controllo di questo processo è attuato dal sistema dei neuroni specchio, che può agire mettendo in atto un duplice controllo di tipo facilitatorio o inibitorio (ad esempio i neonati, che hanno una spiccata propensione per l'imitazione, possiederebbero un sistema di controllo inibitorio particolarmente debole in quanto ancora immaturo). La situazione emotiva sembra in grado di 'condizionare' l'azione di controllo facilitazione-inibizione in base ad uno specifico contesto.

Scrivono ancora Rizzolatti: "i neuroni specchio e la selettività delle loro risposte determinano uno spazio d'azione condiviso, all'interno del quale ogni atto e ogni catena d'atti, nostri o altrui, appaiono immediatamente iscritti e compresi, senza che

ciò richieda alcuna esplicita o deliberata operazione conoscitiva". Percezione ed esecuzione posseggono pertanto uno 'schema rappresentazionale comune'.

E' molto probabile che dal sistema dei neuroni specchio nel corso dell'evoluzione sia originato il substrato neuronale necessario per la comparsa delle prime forme di comunicazione tra gli individui che ha portato infine allo sviluppo del linguaggio. In particolare le origini del linguaggio andrebbero ricercate, prima ancora che nelle forme di espressione vocale, nell'evoluzione di un sistema di comunicazione intenzionale attuato attraverso i gesti: prima della bocca sarebbe stata la mano a 'parlare' e la via di apprendimento sarebbe stata quella imitativa controllata da neuroni specchio specifici denominati eco.

Gli esperimenti più affascinanti riguardano il substrato anatomico-funzionale dell'empatia (la capacità di comprendere lo stato emozionale dell'altro, di percepire ciò che percepisce l'altro). Esperienze recenti indicano che osservare un viso altrui che esprime un'emozione, stimola nell'osservatore i medesimi centri cerebrali che si attivano quando lui stesso presenta una reazione emotiva analoga. Il centro neuronale deputato a questa funzione specchio sarebbe l'insula, una zona del cervello dove sono rappresentati gli stati interni del corpo e dove avviene l'integrazione visceromotoria (la cui attivazione trasforma gli input sensoriali in reazioni viscerali).

Bisogna considerare che nonostante ognuno di noi sia in grado di percepire il dolore dell'altro, la partecipazione empatica a questo dolore è diversa tra un individuo e l'altro.

Conclude Rizzolatti: "il meccanismo dei neuroni specchio incarna sul piano neurale quella modalità del comprendere che, prima di ogni mediazione concettuale e linguistica, dà forma alla nostra esperienza degli altri (...) e alla rete delle nostre relazioni interindividuali e sociali". Ha acutamente

osservato Vilayanur Ramachandran: "I neuroni specchio saranno per la psicologia quello che il DNA è stato per la biologia".

Per quanto riguarda la dominanza emisferica, numerosi studi hanno permesso di capire che il nostro cervello possiede due distinte tappe maturative durante le quali prevale uno dei due emisferi, destro e sinistro. La nostra intelligenza adulta è prevalentemente logico-matematica e procede per processi deduttivi basandosi fondamentalmente sulla capacità di astrazione che si sviluppa dopo i primi due anni di vita e il cui controllo è localizzato nell'emisfero sinistro.

Quando il bambino riesce a capire che la palla non è soltanto l'oggetto rotondo e colorato che tiene in mano, ma è anche l'immagine mentale (l'idea) che riesce a vedere col pensiero, inizia un processo per la nostra specie particolarmente importante la cui evoluzione ulteriore è rappresentata dallo sviluppo del linguaggio (scritto o parlato). Ad un certo punto della sua maturazione il bambino inizia a padroneggiare anche l'uso del simbolo, di quella parola – 'palla' – capace di evocare e rappresentare l'oggetto concreto. A questo punto dello sviluppo mentale inizia una modalità di pensiero che utilizza parole e concetti, e da questo momento in avanti la memoria utilizzerà come proprio codice la parola. E' probabilmente questo il motivo che impedisce di ricordare quanto è stato vissuto e percepito prima dei due anni di vita.

In realtà, i ricordi dei primi anni (compresi quelli della vita prenatale e del momento della nascita) restano nel nostro cervello, ma vengono archiviati in un codice che non utilizza le parole e i concetti astratti. Prima dello sviluppo del linguaggio il bambino pensa per emozioni e sentimento e la memoria è definita di tipo 'evocativo'; il bambino cioè 'ritrova' le percezioni e le emozioni già vissute. Anche il feto, mostrando fenomeni di 'abituazione', mostra di sapersi adattare e di saper fare esperienza attraverso gli stimoli e le sensazioni dell'ambiente uterino.

In questo primo momento della vita la parte di cervello dominante, anziché la sinistra, risulta essere la destra, il cosiddetto emisfero 'non verbale' dove vengono elaborate le emozioni e le percezioni sensoriali. A questa età possiamo un pensiero emotivo e la relazione con l'ambiente (oggetti e persone) può avvenire attraverso il corpo e i sensi. La sensibilità e la capacità empatica regolano la comunicazione con le figure di accudimento, fornendo una prima elaborazione della realtà (un'idea del mondo e dell'esistenza).

Secondo le ricerche e la teoria di Allan Schore l'ambiente che il bambino incontra nel primo anno di vita, mediato dalla persona che principalmente si prende cura di lui, influenza e orienta lo sviluppo e l'evoluzione delle sue strutture cerebrali, determinando la capacità futura di autoregolare le emozioni, di gestire lo stress e di modulare la relazione con gli altri. Esistono prove che supportano la supremazia della funzione sulla struttura, nel senso che sarebbe la struttura morfologica a svilupparsi in seguito ad uno stimolo funzionale primario e non viceversa.

L'emisfero destro si è dimostrato capace di controllare il linguaggio non verbale (che comprende le espressioni facciali, i toni vocali e i gesti), dominando anche nelle percezioni musicali, olfattive e tattili; avrebbe inoltre un collegamento privilegiato con il Sistema Nervoso Autonomo e quindi con le funzioni del corpo cosiddette involontarie.

Fortunatamente nel successivo periodo della vita l'attività dell'emisfero destro, emotiva e sensoriale, non viene cancellata, ma soltanto affiancata (e in parte 'soffocata') dall'esuberanza e dalla logorrea della cervello sinistro (occorre considerare inoltre che i due emisferi sono strettamente collegati e interconnessi da specifiche strutture deputate a questa funzione di integrazione). E' suggestivo riflettere come sia possibile, in particolari situazioni, che il nostro cervello 'emotivo' riesca a prendere le redini del nostro controllo per attivare comportamenti creativi o per

dare origine a mansioni ad 'alta sensibilità'. Uno di questi momenti della vita si realizza senz'altro alla nascita di un figlio oppure quando ci si trova a prestare cure e conforto a chi sta terminando la propria vita; queste situazioni sono infatti difficilmente compatibili con una occupazione o uno stile di vita che richiede calcolo e controllo (la mamma e il papà manager per un po' o saranno modesti genitori o saranno cattivi manager).

Anche durante la creazione artistica, o qualora sia necessario far prevalere intuito e sensibilità in alternativa al calcolo e all'opportunità, è ancora l'emisfero destro a prevalere (forse è per questo che raramente politica ed economia riescono ad essere al servizio dell'uomo e dei suoi bisogni più profondi). Si dice che l'artista è colui che vede al di là delle cose ("non si vede che col cuore, l'essenziale è invisibile agli occhi"), in realtà l'artista vede con occhi diversi, vede con la parte di cervello infantile e primordiale, quella che dà colore agli odori e che dà una forma fisica alle emozioni. Il poeta è forse l'artista per eccellenza perché usa le parole, un simbolo astratto e concettuale, utilizzandole in maniera impropria e originale (nel senso letterale del termine), trasformando (o sublimando) un codice che nasce per servire la logica in un codice al servizio delle emozioni.

Anche la meditazione, l'ascesi e la preghiera non hanno bisogno di logica né di concetti o di parole (e spesso si crede di pregare, quando invece semplicemente si sta pensando a Dio); in queste situazioni è necessario liberare la parte più sensibile e più ancestrale della nostra mente, quella che ha vissuto prima del linguaggio, quando (pur senza conoscere) 'sentivamo' di essere tenuti in braccio, protetti, nutriti ed amati (probabilmente, senza bisogno di grande consapevolezza, chi sa pregare col proprio cervello sensibile percepisce di essere tenuto in braccio da Dio).

Questa parte della nostra mente accompagna la nostra vita, la

nostra relazione con gli altri quando dobbiamo sostenere e rinforzare la nostra azione comunicativa utilizzando il corpo, i gesti e la mimica del viso; quando non abbiamo più parole per esprimerci, arriviamo a usare il silenzio e lasciamo che siano la nostra presenza e i nostri occhi a 'parlare'. Lo sguardo è considerato lo specchio dell'anima, in realtà gli occhi hanno la stessa derivazione embrionale del cervello e quindi sono direttamente in collegamento con quanto la mente sta vivendo; anche la pelle, come gli occhi, origina dal sistema nervoso e per questo motivo anche il contatto fisico si dimostra capace di comunicazione profonda.

Le neuroscienze hanno appena iniziato a svelare i tesori contenuti nella nostra mente e a spiegare l'origine dei nostri comportamenti più complessi ed evoluti. Probabilmente il futuro riserverà grandi sorprese, ma possiamo già da ora contare su due importanti pilastri: la certezza che la nostra identità è definita dalla relazione con i nostri simili e la scoperta che i nostri comportamenti sono strettamente collegati alle primissime esperienze della nostra esistenza.

Paternità

Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri

Premessa: negli ultimi anni il comportamento dei padri durante la gravidanza e il parto è risultato modificato rispetto al passato e orientato ad una maggiore partecipazione.

Obiettivo: indagare come i padri vivono l'attesa del figlio e quali sentimenti ed emozioni sviluppano dopo la nascita.

Valutare inoltre se la modalità del parto (spontaneo o da taglio cesareo) influisce sul loro vissuto e se la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita rappresenta un elemento di facilitazione nella relazione padre-figlio.

Metodo: 118 padri alla loro prima esperienza, consecutivamente afferiti all'Ospedale di Montecchio Emilia, sono stati valutati utilizzando questionario con scala di Likert, somministrato prima e dopo il parto. Le risposte sono state sottoposte ad elaborazione statistica tramite mediana e test di Mann-Whitney.

Risultati: dalle risposte ai questionari somministrati prima del parto emerge la consapevolezza del proprio ruolo di padre, la conoscenza delle competenze del neonato, la voglia di prendersi cura del figlio senza delegare altri, il desiderio di protagonismo al fianco della madre. Il questionario somministrato dopo il parto rileva emozioni forti, desiderio di contatto fisico col neonato, sentimenti di protezione, felicità e tenerezza alla vista della prima poppata. Non sono emerse differenze significative tra i padri che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita e quelli che non vi hanno partecipato; anche la modalità del parto (spontaneo o operativo) non sembra incidere sul vissuto dei padri.

Conclusioni: la ricerca mostra un padre consapevole delle emozioni suscitate dall'esperienza della nascita, disponibile a partecipare all'accudimento fin dai primi momenti dopo il parto. Ci sembra ormai opportuno che le equipe che assistono la nascita riflettano sulla nuova genitorialità maschile, così da fornire un sostegno e un accompagnamento adeguati.

Parole chiave: Paternità. Psicologia paterna. Nascita.

Premessa

Negli ultimi anni il coinvolgimento e la partecipazione dei

padri sembra divenuta prassi routinaria nella maggioranza dei nostri Centri Nascita. Anche le tappe più significative della gravidanza, salvo eccezioni, vengono vissute in una dimensione di coppia e gli stessi corsi di accompagnamento alla nascita prevedono ormai la partecipazione, completa o parziale, dei padri (1,2).

La realtà del 'nuovo' padre si sta rapidamente definendo come molto diversa da quella della generazione precedente, che considerava la gravidanza e la nascita esperienza esclusivamente femminile (3-7).

Alcune ricerche recenti hanno rilevato che i padri di questa generazione desiderano manifestare apertamente i propri desideri e le proprie emozioni verso la nascita del figlio, senza paura di essere giudicati poco maschili e senza preoccuparsi troppo di dover uscire dal modello classico (8-12).

Nonostante i nostri Centri Nascita abbiano aperto senza apparenti difficoltà le porte ai padri, raramente hanno avuto occasione di riflettere a fondo su questo cambiamento, limitandosi spesso ad operare le più semplici ed essenziali modifiche organizzative (13,14).

Lo scopo del presente studio è indagare come i padri del nostro territorio vivono l'attesa del loro bambino/a e quali sentimenti ed emozioni sviluppano dopo la nascita. Abbiamo inoltre valutato se, e in quale misura, la modalità del parto (spontaneo o da taglio cesareo) influisce sul loro vissuto di padri e se la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita rappresenta un elemento di facilitazione nella relazione padre-figlio.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 118 padri, con età media di 34 anni (range 20-47), in attesa del primo figlio, afferiti consecutivamente al punto nascita di Montecchio Emilia (circa

900 parti/anno). I padri che arrivano al nostro Centro per metà sono residenti a Montecchio e nei paesi limitrofi (un territorio in parte di pianura o in parte di collina) e per metà provengono dalle due città capoluogo di Reggio e Parma. Mediamente la condizione economica è medio-alta e la scolarità di livello medio-superiore.

E' presente una certa quota di immigrazione nazionale dal sud, ma senza particolari difficoltà di inserimento nel contesto locale produttivo e sociale. Sono stati esclusi dallo studio i padri di nazionalità non italiana in primo luogo a causa dell'ostacolo linguistico e secondariamente per le possibili interferenze culturali.

L'indagine è stata condotta utilizzando due questionari con scala di Likert a 7 punti. Il primo questionario, costituito da 16 domande (v. tabella 1), è stato somministrato alcune settimane prima del parto o prima del corso di accompagnamento alla nascita; il secondo questionario (v. tabella 2), costituito da 4 domande (la prima delle quali anche con possibilità di risposta aperta), è stato proposto nei giorni dopo la nascita prima della dimissione dall'ospedale.

Ai neopapà è stato chiesto di indicare a quale livello di accordo della scala ritenevano di collocarsi relativamente alla domanda o alla affermazione espressa. Il questionario è stato proposto direttamente da un operatore e accompagnato da una lettera di presentazione nella quale venivano esplicitate le finalità della ricerca e veniva chiesto consenso scritto per la partecipazione allo studio.

La valutazione statistica ha utilizzato calcoli di media e mediana e il test di Mann-Whitney per misurare eventuali differenze tra i gruppi considerati.

Le risposte dei due questionari sono state analizzate considerando separatamente i padri che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita e quelli che sono giunti

al parto senza preparazione specifica (solo recentemente siamo stati in grado di attivare corsi per coppie; nel periodo della ricerca i papà partecipavano attivamente ad un paio di incontri, anche se indirettamente potevano ricevere informazioni e stimoli attraverso la moglie).

Abbiamo valutato separatamente le risposte al 2° questionario dei padri il cui figlio è nato da parto spontaneo da quelle dei padri dei nati dopo taglio cesareo elettivo. Nel nostro punto nascita, nel caso di parto cesareo, viene praticata anestesia spinale e pertanto la madre durante l'intervento rimane sveglia e può vedere subito il bambino; il padre generalmente rimane fuori dalla sala operatoria, vede il bambino dopo alcuni minuti dalla nascita e lo accompagna al nido dove assiste al bagnetto e alla vestizione, dopodiché può tenerlo in braccio e portarlo in camera in attesa della moglie.

Risultati

Dalle risposte alle 16 domande del 1° questionario (somministrato prima del parto) (Tab. 1), emerge che i nostri padri:

- Hanno complessivamente vissuto con serenità e tranquillità il periodo della gravidanza.
- Ritengono che durante il parto la loro presenza possa essere utile alla moglie.
- Non sono sicuri che anche per il neonato la loro presenza possa essere di qualche utilità.
- Sono perfettamente consapevoli che il loro bambino subito dopo la nascita avrà bisogno, e desidererà, essere preso in braccio anche da loro.
- Nonostante siano al primo figlio non hanno nessun dubbio sulle loro capacità di cura nei confronti del bambino.
- Posseggono l'informazione che anche appena nato il bambino percepisce (sente), possiede sentimenti (paura), è in grado di sognare (attività psichica).

Non pensano si debba differenziare tra le cure che devono essere prestate ad un figlio maschio rispetto ad una figlia femmina.

- Sono consapevoli che la nascita del bambino potrà portare ad un certo grado di limitazione della loro libertà individuale.
- Ritengono che la nascita non comporterà alcuna "minaccia" alla loro vita di coppia.
- Concordano pienamente con l'affermazione che per accudire un neonato in buona salute non sia necessario l'intervento di personale esperto.
- Mostrano di aver acquisito l'informazione che il neonato è in grado di autoregolarsi e quindi di alimentarsi in base all'appetito.
- Alla domanda sul rispetto degli orari delle poppate, le idee appaiono più confuse (anche se emerge la consapevolezza che gli orari rigidi non sono né utili né necessari).
- Sono dell'opinione che il neonato anche in ospedale debba stare vicino alla mamma e non assistito lontano da lei.
- E' dominante la convinzione che l'intuito dei genitori è in grado di guidare le cure di cui il bambino ha bisogno.

Dall'analisi del 2° questionario (proposto successivamente al parto) (Tab. 2), sono risultate le seguenti risposte:

- Alla prima vista del bambino vengono riferiti sentimenti di gioia, orgoglio, voglia di prendere in braccio, un certo desiderio di comunicare la notizia; in molti padri è presente anche un po' di confusione, ma nessuno riferisce di aver provato paura; nella risposta libera alcuni riferiscono sentimenti di commozione, pace, appagamento, desiderio di proteggere.
- Alla domanda che tentava di indagare eventuali differenze tra il bambino reale e quello immaginato, non

siamo riusciti ad ottenere risposte significative: alcuni papà hanno riferito di non essersi immaginati il bambino prima della nascita, altri hanno segnalato che il bambino reale è apparso molto più bello di quello immaginato.

- Alla vista della moglie che allatta le emozioni riferite sono unanimamente di felicità e tenerezza; nessuno ha segnalato sentimenti negativi, di gelosia o di invidia, né è stata ammessa indifferenza o tristezza.
- La maggior parte si è sentito padre quando ha potuto tenere in braccio il figlio per la prima volta e in subordine al primo contatto occhi-occhi; in minore percentuale la sensazione di essere padre è comparsa alla prima vista del figlio o al suo primo pianto; qualcuno ha riferito di essersi sentito padre già alla prima ecografia o fin dall'inizio della gravidanza.

Analizzando le risposte dei padri che hanno partecipato ai corsi prima del parto rispetto a quelli che sono giunti al parto senza preparazione, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi; anche i padri del secondo gruppo hanno mostrato di arrivare al parto avendo maturato idee e informazioni sufficientemente chiare sulla nascita e sulle competenze del neonato.

Confrontando i questionari che sono stati somministrati dopo il parto ai padri con figli nati da parto spontaneo versus quelli dei nati da taglio cesareo, non sono emerse differenze significative rilevabili col test di Mann-Whitney, anche se i padri dei bambini nati da TC sembrano moderatamente più confusi alla vista del bambino, mostrando sentimenti di orgoglio meno intensi. Nella domanda a risposta aperta i papà dei nati da TC non riferiscono sentimenti di commozione e dichiarano di essersi sentiti padri alla vista del bambino (anziché nel momento in cui lo hanno potuto tenere tra le braccia come riferito dai padri dei nati da parto spontaneo). Le emozioni nel vedere il bambino attaccarsi al seno sono

state le stesse per i due gruppi.

Discussione

Dalla nostra ricerca emerge una figura di padre che già al termine di gravidanza sembra aver maturato dei sentimenti paterni e idee abbastanza chiare riguardo all'esperienza che sta vivendo. Il nostro padre sembra ben consapevole che il bambino, quando nascerà, avrà bisogno anche di lui; il legame col figlio sembra vissuto direttamente e non soltanto attraverso la moglie. Complessivamente le conoscenze sulle competenze del neonato appaiono maggiori di quanto ci si potrebbe attendere; evidentemente alcune notizie sulla vita sensoriale ed emotiva del neonato e del feto giungono ai neopapà attraverso vari canali e cominciano a far parte della cultura di base delle nuove generazioni.

Per il 'nuovo' papà il neonato sembra già una persona con la quale è possibile interagire fin dalla nascita. Il desiderio di cura sembra sincero, a volte quasi eccessivo; questo neopadre forse sopravvaluta le proprie capacità di prendersi cura del piccolo, ma sicuramente non sembra volersi mettere in disparte né delegare ad altri funzioni che considera anche sue. Emerge un padre attivo che, almeno a parole, vuole essere coinvolto e desidera partecipare alla nascita del figlio non come spettatore, ma come coprotagonista dell'evento. Non sembra avere paure particolari né sembra voler nascondere sentimenti che un tempo sarebbero stati etichettati come femminili.

Non aver riscontrato differenze significative tra i padri che hanno partecipato ai Corsi Nascita potrebbe dipendere dalla tipologia delle domande non sufficientemente selettive, oppure indicare che l'esperienza del parto è così 'forte' da annullare quella del corso; un altro motivo andrebbe ricercato nella tipologia del corso di accompagnamento alla nascita di tipo classico, forse carente o non sufficientemente significativo per la figura paterna (indicando così la

necessità di privilegiare corsi rivolti alla coppia).

Il confronto tra i padri che hanno partecipato ad un parto spontaneo rispetto ai padri dei nati da TC, mostrerebbe che la modalità di parto operativo, quando accompagnata da un concreto coinvolgimento del papà, non condiziona in maniera rilevante l'esperienza della nascita permettendo al padre di iniziare ugualmente un legame col bambino; le risposte positive di questi padri potrebbero essere determinate dal periodo di contatto col bambino sperimentato nel corso della degenza (che è indipendente dalle modalità del parto). In questa prospettiva la pratica del rooming-in appare determinante per favorire, oltre al legame madre-neonato, anche il nascente rapporto padre-figlio.

Ci sembra significativo che per la maggior parte dei nostri padri il bambino (se non sono presenti problemi di salute) non ha bisogno di essere accudito in un ambiente dedicato da personale specializzato, ma può tranquillamente restare in camera con la mamma (e quindi anche con lui).

I padri del nostro studio hanno riferito di essersi sentiti tali soprattutto quando hanno potuto tenere in braccio il figlio per la prima volta. Il tenere in braccio è stato riferito come più significativo del semplice guardare o dell'ascoltare la voce del bambino; sembra confermato quanto osservava Winnicott nel lontano 1968: "il prototipo di tutto il prendersi cura è il tenere in braccio, il contenere in braccia umane" (15).

Conclusioni

E' indispensabile premettere che le risposte registrate in questo studio sono rappresentative dei sentimenti e delle emozioni soggettivamente riferite dai padri e non permettono di valutare le loro effettive competenze genitoriali né tanto meno la qualità della relazione padre-figlio.

Il padre che emerge dalla nostra ricerca appare diverso

dall'idea posseduta dalla maggior parte degli operatori che lavorano nei Centri Nascita; probabilmente le nostre strutture e la nostra organizzazione assistenziale sottovalutano ancora i 'nuovi' padri attribuendo loro una passività e una confusione caratteristiche delle passate generazioni.

A nostro avviso è ormai opportuno e, forse anche urgente, che le equipe di assistenza alla nascita comincino a riflettere su questa nuova genitorialità maschile, così da fornire occasioni di sostegno e di accompagnamento alla nascita più adeguate. Una riflessione multidisciplinare e condivisa, potrebbe attivare il cambiamento necessario a ridurre o a limitare i numerosi fattori di ostacolo alla relazione padre-figlio che ancora troppo spesso la nostra organizzazione produce.

- [Tabella 1](#)
- [Tabella 2](#)

[**Vedi tabella 1**](#)

[**Vedi tabella 2**](#)

La **Scala di Likert** serve a misurare l'atteggiamento favorevole o contrario rispetto ad una affermazione. In pratica, attraverso una scala di giudizio graduata multi-item (dove l'item non presuppone una risposta 'corretta'), si chiede di indicare il grado di accordo o disaccordo con quanto espresso nell'item.

Il **Test di Mann-Whitney** è un metodo non parametrico che permette il confronto qualitativo tra due gruppi, utilizzando il concetto di rango, cioè della distribuzione complessiva dei valori

Bibliografia

1. *Casadei D. e al. La presenza del padre nell'evento nascita in ospedale. In: Il padre e la vita prenatale. Il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale. Anno 1. n.0 gennaio-giugno, 2001.*
2. *Quaglia R. (a cura). Il 'valore' del padre. Il ruolo paterno nello sviluppo del bambino. UTET, 2001.*
3. *Soldera G. e al. Il padre nella educazione prenatale. In: Il padre e la vita prenatale. Il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale. Anno 1. n.0 gennaio-giugno, 2001.*
4. *Nordio S. e al. Diventar padri. La famiglia che si estende, i suoi simboli, il pediatra. Franco Angeli, 1983.*
5. *Gaddini R. Sul ruolo del padre. In: Il padre e la vita prenatale. Il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale. Anno 1. n.0 gennaio-giugno, 2001.*
6. *Greemberg M. Il mestiere di papà. Il ruolo del padre nello sviluppo del bambino e nella crescita di tutta la famiglia. RED, 1994.*
7. *Fischetti F. Dal padre biologico al padre mentale e psichico. In: Il padre e la vita prenatale. Il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale. Anno 1. n.0 gennaio-giugno, 2001.*
8. *Francescato D. e al., Il cambiamento del ruolo paterno attraverso le storie di uomini, padri e figli. In: Il padre ritrovato. Franco Angeli, 2001.*
9. *Badolato G. Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali. Giuffrè, Milano, 1993.*
10. *Fabrizio C. e Segatto Barbara. Il percorso genitoriale: analisi di una realtà complessa. In: Il padre e la vita*

prenatale. Il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale. Anno 1. n.0 gennaio-giugno, 2001.

11. *Andolfi M. Vuoti di padre. In: Il padre ritrovato. Franco Angeli, 2001.*

12. *Attili G. Il padre come contesto di attaccamento nello sviluppo del bambino. In: Il padre ritrovato. Franco Angeli, 2001.*

13. *Klaus MH, Kennell JH. Dove comincia l'amore. Bollati Boringhieri, 1998.*

14. *Brazelton TB, Cramer BG. Il primo legame. Frassinelli, 1991.*

15. *Winnicott D.W. I bambini e le loro madri. Raffaello Cortina, 1987.*

Questa ricerca è stata pubblicata sulla rivista dell'Associazione Culturale Pediatri "Quaderni ACP" vol.13 n.4, luglio-agosto 2006.

Un testimone di prima mano

Un testimone di prima mano di C. Gonzales

E cosa direbbero i nostri figli se potessero parlare ? Forse qualcosa del genere: da quando ho compiuto nove mesi ho cominciato a notare che i miei genitori sono un po' insistenti con il cibo. Fino ad allora mi davano da mangiare abbastanza bene; ma da quel momento hanno iniziato a volermi dare un

cucchiaino in più quando invece io avevo già finito, e un giorno hanno provato ad infilarmi in bocca una cosa gelatinosa e ripugnante che chiamavano 'cervello' e che dicevano fosse molto nutriente.

All'inizio erano avvenimenti isolati ai quali non ho dato molta importanza. Di tanto in tanto, per renderli felici mangiavo il cucchiaino in più sebbene poi restassi appesantito per tutto il pomeriggio e dovessi prendere un cucchiaino in meno per cena. Adesso mi pento e penso che forse sarebbe stato meglio essere più rigoroso fin dall'inizio. Sarà vero ciò che dicono che se cedi ai tuoi genitori, anche solo una volta, li vizi e poi continueranno sempre a pretendere lo stesso trattamento? Io ho sempre pensato di educare i miei genitori con pazienza e dialogo, lungi dagli autoritarismi del passato....ma adesso, visto che è successo, non so più cosa pensare.

Il vero problema è cominciato un mese e mezzo fa, quando avevo dieci mesi. Improvvisamente, ho cominciato a sentirmi male. Mi facevano male la testa, la schiena e la gola. Il mal di testa era la cosa peggiore: qualunque rumore rimbombava e mi percorreva il corpo da sotto a sopra e da sopra a sotto. Quando la nonna mi diceva 'cucci, cucci' (lei mi chiama così e a me, veramente, quasi piace più di Jonathan) sentivo che la testa stava per scoppiarmi. E, per di più, non potevo nemmeno sfogarmi piangendo come le altre volte, perché il mio stesso pianto mi risuonava nelle orecchie ed era sempre peggio.

Questa specie di plastilina giallastra che a volte appare nel mio pannolino (non so da dove esca, ma la mamma non mi ci lascia mai giocare) anch'essa era cambiata: faceva cattivo odore e mi faceva spellare il cuiletto. Alberto, un mio amico del parco, che ha già tredici mesi, mi disse che era dovuto a un virus e che non era grave; e credo che di questo i miei genitori non devono capirne tanto quanto Alberto, perché sembravano preoccupati come se non sapessero che fare.

Per quasi una settimana non ho potuto nemmeno inghiottire. Fortunatamente c'è il latte della mamma che riesce sempre a entrare bene; ma la pappa proprio non riusciva a scendere, mi si bloccava nella gola, tanto che finivo col vomitare. E la cosa strana è che non avevo nemmeno fame. Io dicevo ai miei genitori cosa mi stava succedendo, ma loro non capivano niente.

A volte mi dispero con loro e penso che sarebbe ora che imparassero a parlare. Capivano tutto al contrario. Io piangevo piano e a lungo, dicendo "abbracciami tutto il tempo" e loro mi lasciavano nella culla. Io facevo una faccia che diceva chiaramente 'oggi, veramente, non mi va niente' e loro vai col darmi ancor più cibo. Io facevo smorfie che dicevano 'un cucchiaino in più e vomito' e loro si arrabbiavano e gridavano, e dicevano non so quali assurdità.

Per fortuna, il mal di testa e tutto ciò è durato solo qualche giorno. Ma i miei genitori non sono tornati ad essere gli stessi di sempre. Continuano impegnandosi nel darmi cibo che non voglio. E non un solo cucchiaino in più, come prima; ora pretendono che mangi il doppio o il triplo del normale. Si comportano in maniera molto strana: a momenti sono euforici e fanno il verso degli indiani con il cucchiaino gridando 'l'aereo, guarda l'aereo! Brrrruum'.

Ed un momento dopo diventano aggressivi e cercano di aprirmi la bocca con la forza, o si deprimono e si mettono a piagnucolare. Chissà, forse il virus ha contagiato anche loro, e forse anche a loro sta facendo male la testa e la schiena. Comunque sia, il fatto è che l'ora di mangiare è diventato un vero supplizio; al solo pensiero mi vien voglia di vomitare, e mi passa la poca fame che ho.....

Da 'Il mio bambino non mi mangia' di C. Gonzales – ed. Bonomi