

La relazione di allattamento:

artificiale ?

Francesca Dabrassi (*)

Antonio Imbasciati(**)

INTRODUZIONE

L'allattamento è sempre stato considerato, nel panorama storico e sociale, un tema di grande attualità, soggetto a forti discussioni che risentono di pressioni provenienti dall'organizzazione sociale (abbiamo sempre più donne inserite nel mondo del lavoro), da questioni economiche (la presenza sul mercato di latte artificiale sempre più perfezionato in grado di rispondere alle esigenze di – e a sostituire? – una madre lavoratrice), da influenze ideologiche (se da un lato le correnti naturiste ed ecologiste insieme a quelle psicologiche sulle relazioni primarie sollecitano le donne ad allattare naturalmente, dall'altro un femminismo sempre più pressante richiede che le prime cure del neonato vengano sempre più condivise con la figura paterna).

Anche la scoperta di un **neonato competente**, capace di elaborare stimoli e di agire attivamente sul mondo circostante, ha indotto gli studiosi a cercare risposta ad antichi dibattiti quali il rapporto natura e esperienza, l'individuazione di periodi critici, l'importanza della ritmicità nello sviluppo di competenze cognitive e relazionali (Giovanelli, 1997). In questo senso l'allattamento costituisce un tema di ricerca molto proficuo, soprattutto per quanto concerne l'osservazione della ritmicità spontanea del neonato (la cosiddetta suzione nutritiva), del progressivo stabilizzarsi di ritmi reciproci tra madre e bambino e dell'evolversi di una struttura comunicativa nella diade (proto-dialogo). È proprio intorno all'alimentazione che si sviluppa uno degli assi d'interazione più precoci tra madre e bambino, su cui si appoggeranno alcuni stadi successivi.

IL NEONATO

Alla nascita il neonato presenta tutta una serie di *competenze neurofisiologiche funzionali particolarmente ben sviluppate per quanto riguarda il comportamento di suzione*: il riflesso dei punti cardinali insieme alla rotazione della testa, il riflesso di fuga, il riflesso di suzione e di deglutizione, i tentativi di prensione con le dita (*grasping*).

Si può notare come fin dalla nascita ogni neonato presenti differenze individuali: abbiamo bambini “voraci” ma anche “piccoli mangiatori”; quelli con un ritmo di suzione rapido, quasi senza pausa, e quelli con un ritmo di suzione lento e con molte pause; bambini che attendono con tranquillità l'arrivo del momento dell'allattamento e bambini che invece piangono e si agitano fortemente; quelli che succhiano con occhi aperti e quelli che lo fanno ad occhi chiusi.

Ci sarebbe da domandarsi quale possa essere l'origine di tali differenze. Una spiegazione si potrebbe rintracciare nel tipo di relazione che si instaura tra madre-bambino che regola, già dalla seconda settimana di vita, il comportamento e la fisiologia stessa del bambino (Stern, 1977; Emde, Robinson, 1979). Un bambino che ha molta fame, richiamerà a gran forza la madre perché soddisfi il suo



bisogno; a seconda di come questa risponderà alla sua richiesta, se lo farà subito, se deciderà di farlo attendere, se sarà contenta di poterlo allattare o se, invece, proverà sentimenti di scoccatura e di fastidio nel farlo, il bambino si appresterà al seno in modo diverso. Possiamo avere anche situazioni contrarie dove il bambino non ha fame, o comunque non richiede di essere allattato, ma la madre sente la necessità di farlo lo stesso, questo bambino verosimilmente presenterà un ritmo di suzione e di attaccamento al seno completamente diverso dal caso precedente e, forse, questa volta sarà il bambino ad essere “scocciato” e a protestare

Ma quando il bambino impara questi comportamenti?

Sappiamo da Janniruberto e Tajani (1981) che già a 12-13 settimane di gestazione un feto mostra i primi atti di suzione e deglutizione e che a 15 settimane lo si può osservare mentre introduce il pollice in bocca e inizia a succhiare. Inoltre, a 14 settimane aumenta o diminuisce l'introduzione del liquido amniotico alla presenza di sostanze zuccherine piuttosto che amare, mostrando in questo modo una capacità di percezione gustativa precoce. Anche la capacità olfattiva è già sviluppata tra l'undicesima e la quindicesima settimana di gestazione: i neonati sono in grado di riconoscere gli stimoli olfattivi esperiti in epoca fetale e sono attratti dall'odore degli umori e del latte materno. *Tutte queste esperienze, che potremmo considerare come precursori delle esperienze che si hanno durante l'allattamento, vengono elaborate a livello percettivo dal feto che è in grado di riconoscerle, discriminarle e registrarle a livello mnestico.* Inoltre, sappiamo da molto studiosi (cfr. Imbasciati, Margiotta, 2005) che le emozioni provate dalla madre durante il periodo di gravidanza comportano una ricaduta a livello di neurotrasmettitori e ormoni nel sistema circolatorio materno e in tutti gli altri parametri corporei, cambiamenti che abbiamo visto essere percepiti dal feto.

Allora, se già dalla quindicesima settimana di gestazione un organismo fetale è in grado di fare esperienze dei cambiamenti umorali e corporei della madre, di avvertire i suoi cambiamenti di stato, ed è già in grado di succhiare (comportamento messo in atto non per soddisfare il bisogno di fame), verosimilmente possiamo pensare che quella relazione madre-bambino che osserviamo alla nascita, regolatrice del suo stesso comportamento, abbia in realtà le sue radici già a livello fetale e sia l'esperienza che influenzerà il suo modo di proporsi nell'interazione dell'allattamento. Infatti, se pensiamo che i primi apprendimenti (e quindi le prime esperienze) di un organismo fetale iniziano a strutturarsi già a partire dal terzo trimestre di gravidanza, quando lo sviluppo sensoriale e motorio è tale da permettere al feto di entrare in relazione con l'ambiente uterino e col corpo materno, forse possiamo far risalire tali differenze all'esperienza relazionale che avviene in utero.

Il momento dell'alimentazione è il prototipo delle interazioni umane

Il fatto che la suzione costituisca un bisogno in sé, non legato solo alla nutrizione lo possiamo vedere non solo per il feto, ma anche per il bambino: è possibile notarlo soprattutto in quei lattanti che consumano troppo velocemente il loro pasto e che ricercano un modo di prolungare il tempo di suzione o portando alla bocca le proprie dita o altri oggetti. In effetti, potremmo considerare il momento dell'alimentazione il prototipo delle interazioni umane: non è costituito unicamente dalla suzione e dalla soddisfazione della fame, ma è caratterizzato anche da tutti quei contatti corporei, quelle parole, quegli sguardi o dondolamenti materni che Winnicott (1989) raccoglie nel termine di “handling”.

Nel manifestare i propri bisogni il neonato mostra tutta una serie di caratteristiche proprie, che in letteratura vengono definite tutte insieme con il termine “temperamento” e che attivano e regolano l'interazione con la madre: è in questo modo che comunica con essa e stessa cosa fa la madre nel momento in cui risponde (o meno) alle sue manifestazioni. Il bambino memorizza le risposte che sono costituite da contatti, sguardi, suoni, ecc., e “apprende” che cosa sta succedendo tra lui e la madre. È la capacità dell'adulto di entrare in relazione con il piccolo, di capire e dare significato alle sue

comunicazioni che configura la qualità della relazione entro la quale si trasmette lo stile di attaccamento al bambino (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007).

Il dialogo degli sguardi nell'allattamento al seno

L'allattamento al seno favorisce il cosiddetto "dialogo degli sguardi" che pare essere la situazione privilegiata per i primi apprendimenti (Manfredi, Imbasciati, 2004). Sono stati studiati gli sguardi della mamma che allatta insieme ai movimenti degli occhi del neonato e si è visto come man mano si stabiliscono delle corrispondenze, quasi che ci fossero dei codici di comunicazione oculo-motori che hanno un qualche significato. Non è traducibile il contenuto della comunicazione, ma è evidente che ciò che viene scambiato è importante per la qualità della relazione stessa.

LA MADRE e il suo oggetto-interno-seno

Vediamo quindi come non vi sono solo i fattori che riguardano il lattante, ma anche tutte le attitudini e gli atteggiamenti che riguardano la madre: queste dipendono sì dal comportamento del bambino, dalla sua capacità di apprendimento o adattamento alle nuove situazioni, ma anche dalle caratteristiche di personalità della mamma stessa, dall'esperienza vissuta in gravidanza e dall'atteggiamento (consapevole o meno) che ha rispetto al proprio ruolo materno.

Quando si dice che la gravidanza, il parto, l'allattamento e l'accudimento del piccolo mobilitano in una donna le sue strutture affettive inconscie significa che queste - a cominciare dai suoi primi oggetti interni e, dunque, dal suo "seno interno" - si riattivano e improntano il suo stile di accudimento trasmettendosi al bimbo che, a sua volta, le assimila usandole per la costruzione della propria mente. L'oggetto-interno-seno può essere descritto come un insieme di tracce afferenziali, tattili, propriocettive, gustative, olfattive, termiche, vestibolari, motorie, viscerali e visive, che vengono assemblate in organizzazioni similpercettive. Infatti, queste derivazioni sensoriali sono tra di loro fuse e confuse con gli stati interni, corporei e mentali, del neonato, a comporre un unico "qualcosa" di psichico, che non è scomponibile in differenti e distinte percezioni, come avverrebbe invece in un adulto. Si parla così di Seno: un seno che non ha niente a che fare con nessun tipo di seno reale, né nessun tipo di biberon, anche se questi sono intervenuti nella sua composizione (Imbasciati, 2006).

Si diceva un tempo che le donne per istinto tendono ad allattare al seno il loro neonato: istinto, però, in senso scientifico significa una serie di comportamenti presenti obbligatoriamente in tutti gli individui di una stessa specie, in quanto iscritta nel codice genetico di quella specie. Autorevoli antropologi negano che negli esseri umani, ed anche in molti primati, si possa parlare di istinto (Imbasciati, Ghilardi, 1989; Ghilardi, Imbasciati, 1990). Ciò che nel linguaggio comune viene chiamato istinto è in realtà un automatismo che, come tale, viene eseguito al di là di ogni intenzione e consapevolezza, che però è stato appreso in epoche precoci della vita e dalla gran parte degli individui.

In questo senso si tratta di una tendenza presente in misura e modi variabili nella maggior parte degli individui. Questa tendenza, nel caso dell'allattamento, è legata alla fantasmatica profonda che si è strutturata in ogni singola donna, con differenze interindividuali spesso notevoli: tra le quali, agli estremi, strutture che possono implicare il rifiuto di allattare per angosce profonde. Ma la maggior parte delle donne, almeno fino a poco tempo fa, mostrava una netta propensione a prendere il proprio piccolo al seno. Oggi sembra che questa tendenza sia quasi scomparsa: *allattare al seno, o non allattare ha assunto l'aspetto di una "decisione". Cosa si è perso, allora, di quell' "istinto"? Cosa si è perso del mondo fantasmatico interno della donna che la lega al suo bimbo e che nell'uno e nell'altro infonde un reciproco attaccamento?* Sembra che l'allattamento sia visto solo come metodo nutritivo, anziché, come gli studi psicologici dimostrano, palestra relazionale di sviluppo simbolopoietico.

Cosa avviene quando l'allattamento è artificiale?

La domanda che ci si pone è che cosa avviene, allora, quando l'allattamento è artificiale? Già uno di noi (Imbasciati, 2007) ha proposto che si possa continuare a usare il termine Seno, tenendone presente il significato che attualmente dalla psicoanalisi può essere tradotto in termini di inferenze psicofisiologiche e rappresentazionali, e cioè, come sopra descritto, quell'insieme unitario dato dalla fusione delle più disparate afferenze sensoriali, nonché degli stati interiori, in un'unica "percezione" di un unico oggetto, corrispondente all'esperienza globale che nella mente del neonato si costruisce a seguito delle vicende alimentari.

Nella Teoria del Protomentale, elaborata da uno di noi (Imbasciati, 2006), si sottolinea come una funzione fondamentale dell'oggetto-interno-seno sia quella di fungere da matrice per innescare la costruzione delle catene simbolopoietiche, che costituiscono lo sviluppo di tutte le successive capacità operative della mente. Sicuramente esiste una qualche differenza tra i due prototipi di oggetto-interno-seno, in quanto per l'allattamento artificiale il canale comunicativo tattile è stato diverso: questa differenza produrrà catene simbolopoietiche diverse e, dunque, strutture mentali differenti (Imbasciati, 2007).

La donna che mette al mondo un bimbo e che lo allatta, in modo naturale o artificiale, mette in atto, nei suoi comportamenti relazionali le proprie strutture mentali primitive, quelle che si erano formate quando era, a sua volta, bambina e veniva accudita dalla sua mamma. Possiamo allora arguire che il fatto che una donna abbia costruito il proprio primo seno interno a seguito di allattamento naturale piuttosto che artificiale potrebbe costituire una diversità tale da ripercuotersi in quello che lei stessa "farà" con il suo bimbo.

Ma le differenze, come già enunciato, possono non essere decisive. Infatti quel Seno che si viene a costruire in un bimbo allattato al seno si è organizzato a seguito di molteplici afferenze sensoriali: non solo quindi quelle del contatto di pelle e della suzione di un capezzolo, ma anche di molte altre, presenti sia nell'allattamento naturale che in quello artificiale, tra le quali di primaria importanza sono quelle mediate dal modo con cui una madre tiene in braccio il suo bimbo, e soprattutto dalle organizzazioni delle afferenze visive inerenti al dialogo degli sguardi, che comunque avviene tra caregiver e neonato.

L'allattamento artificiale non facilita il dialogo degli sguardi

Certamente l'allattamento artificiale non facilita il dialogo degli sguardi: si ricordi il ritmo del bambino, qualche succhiata e poi una pausa in cui guarda la madre, oltre al fatto che sono diverse anche le posture, che mancano le afferenze "di pelle", che comporta spesso un cambiamento continuo del caregiver, cioè della persona che dà il biberon, il che non facilita di certo lo stabilirsi di codici di comunicazione. Tuttavia può avvenire che anche una mamma che dà il biberon sia in grado di stabilire un dialogo di sguardi e di posture e che, quindi, ugualmente offra al bimbo una condizione comunicativa globalmente efficace, al pari di quella che si può offrire nell'allattamento artificiale, in modo che ugualmente si possa costruire una adeguata operatività mentale (Imbasciati, 2006, 2007).

Possiamo pertanto dire che esistono sicuramente differenze tra l'uno e l'altro tipo di allattamento ma che molto dipendono anche dalla struttura della singola madre nella singola situazione: infatti, anche nella situazione di allattamento al seno la madre può trasmettere, con i suoi comportamenti (sguardi, posture, contatti), messaggi differenti, e anche negativi.

Si pensa comunemente che un allattamento al seno equivalga ad una relazione più intensa e significativa. In realtà quello che possiamo dire è che sicuramente l'allattamento al seno prevede una maggior quantità di comunicazioni sensoriali e che l'allattamento artificiale esclude a priori una parte del contatto pelle-a-pelle. I pochi studi esistenti sugli esseri umani mostrano come le madri che

allattano al seno rispetto a quelle che allattano con il biberon tendono ad essere più responsive ai bisogni dei loro bambini (Wiesenfeld et al., 1985), tendono a toccarli di più sia durante il momento dell'alimentazione che del gioco (Bernal, Richards, 1970; Kuzela, et al., 1990) e tendono ad avere maggiori contatti visivi (Lavelli, Poli, 1998). Ma non è detto che avere a disposizione maggiori canali sensoriali significhi automaticamente che una mamma li adoperi tutti. Può anche succedere che una donna che utilizza il biberon per allattare il suo piccolo sia in realtà più attenta, maggiormente responsiva ai messaggi che intercorrono a comporre la relazione con il suo bambino, anche se magari utilizza meno canali sensoriali; in compenso, quelli che utilizza possono essere così intensi che il risultato è quello di un vero scambio sintonico. Viceversa può anche accadere che una mamma che allatta al seno può risultare disattenta, distratta, poco responsiva (si pensi in caso di mamme depresse e/o alestitimiche) tanto da non adoperare tutti i canali comunicativi a sua disposizione facendo risultare una relazione più povera. Possiamo pertanto dire che l'allattamento al seno è sicuramente un facilitatore della comunicazione, e quindi della relazione, che si instaura tra una mamma e il suo bambino, ma questa dipende dalla struttura di personalità della mamma stessa. In ogni caso quello che è certo è che una donna che allatta mobilita la sua struttura psichica primaria, ovvero la sua fantasmatica. Tale mobilitazione si traduce in una comunicazione e questa serve da base per l'iniziale costruzione della mente neonatale, una strutturazione irripetibilmente individuale.

Il contatto corporeo con la madre e la sua funzione di regolatore biologico-comportamentale per il bambino

Come per tutti gli eventi mentali e relazionali primari, c'è in gioco anche lo psiche-soma, ovvero l'attivazione della fantasmatica della donna si esprime anche attraverso la fisiologia del suo corpo: le sue variazioni termiche, il suo ritmo cardiaco e respiratorio, la sua regolazione circolatoria, il suo assetto ormonale, la sua secrezione latte, i suoi odori. Tutti questi eventi contengono messaggi che passano al bimbo e gli "insegnano" quella che sarà la sua regolazione. Infatti, se prendiamo in considerazione la prospettiva di Hofer (1978) secondo cui la madre svolge per il bimbo una funzione di "regolatore biologico e comportamentale" attraverso il contatto corporeo e l'allattamento, nel caso di un'esperienza primaria di sintonizzazione costantemente carente avremo più probabilità che il bambino si ammali fisicamente o sviluppi un disturbo del comportamento. Una madre che è capace di "godere" delle gioie dell'allattamento, di comunicare amore al suo bambino mentre lo allatta, che lo guarda con uno sguardo particolare, è una madre che sta creando le basi affinché avvenga lo sviluppo della "mente emozionale", garanzia per uno sviluppo di una "mente cognitiva".

La fantasmatica di una donna potrà essere improntata a un metabolismo mentale riparativo, e quindi creativo, oppure essere densa di angosce, conflitti, fantasie terrifiche, di aggressività e distruttività qualora sia improntata a un metabolismo schizoparanoideo, vale a dire psicotico (Imbasciati, 2007). L'una piuttosto che l'altra dimensione si trasmetteranno in qualche modo al bambino, creando maggiori o minori difficoltà al suo iniziale sviluppo psichico.

Sia questa comunicazione psicosomatica che quella più propriamente psichica, veicolata dai vari modi con cui una donna allatta e accudisce il suo bimbo, possono offrire situazioni ottimali al bambino che facilitano il suo sviluppo psichico, oppure situazioni difficili tanto da parlare di strutturazione mentale patologica. Si tratta in questi casi di una relazione madre-bimbo che crea al bambino situazioni di estrema difficoltà psichica e psicosomatica.

La stessa difficoltà si ripercuote anche nella donna: lo vediamo nei casi delle ipogalassie o delle agalassie, o in tutti quelle situazioni di rifiuto di allattare (spesso inconscie e mascherate da pseudo motivi di apparenza razionale), o dove il capezzolo viene offerto in modo maldestro al bambino, provocando un parziale rifiuto del bambino, o la formazione di ragadi. Allo stesso modo possiamo leggere quelle difficoltà di contatto madre-bambino, o il rigurgito che diventa vomito, le alterazioni dei ritmi sonno-veglia, le disregolazioni somatiche, le strutture psichiche non ottimali che possono

andare dall'irrequietezza all'ipercinesia, dal ritardo psicomotorio al ritardo mentale o a strutture di fondo di tipo psicopatologico (Imbasciati, 2006).

LA SOCIETA' e l'influenza della cultura dominante sul tipo di allattamento

Infine, il terzo, ma non ultimo, fattore che interviene in questo scambio di interazioni è quello che riguarda la società, i significati culturali che l'alimentazione assume e le norme dell'allattamento, dello svezzamento e dell'alimentazione che impone. In ogni epoca la scelta delle donne di allattare o meno al seno è sempre stata subordinata ai valori della cultura dominante. L'allattamento, al contrario di quello che si pensa, non è tanto un comportamento naturale quanto piuttosto soggetto alle influenze culturali del momento (Knibielher, Fouquet, 1982; De Palo, Oliverio Ferraris, 1991; Hastrup, 1992). Ripercorrendo la storia di questa pratica vediamo come il neonato, nel corso del tempo, sia stato non solo allattato al seno dalla madre biologica, ma anche dalla balia (il cosiddetto allattamento baliatico), oppure alimentato con latte animale (di capra, mucca, asino) o con miscugli alimentari somministrati con corni perforati o poppatoi rudimentali (che possiamo considerare i precursori degli attuali biberon).

È dagli anni Settanta, grazie anche alle scoperte mediche e psicologiche e all'emergere di correnti naturiste ed ecologiste, che l'importanza dell'allattamento materno viene ripreso. Nel 1956 nasce negli Stati Uniti la ***Leche League***, un movimento tutt'ora molto diffuso che si propone di aiutare le donne che desiderano allattare fornendo informazioni e i supporti necessari per farlo.

Mentre nelle società occidentali l'allattamento artificiale perde terreno; ne acquista invece nei Paesi in via di sviluppo con conseguenze di morbilità e mortalità infantili a causa di un contesto economico e igienico-sanitario deprivato in cui viene attuato. Questi esiti negativi hanno avuto forti ripercussioni istituzionali tanto che l'OMS e l'UNICEF hanno dato avvio a numerose azioni di informazione e promozione che si sono confluite, dopo il 1991, nel WABA, un'associazione internazionale che ogni anno dedica una settimana mondiale all'allattamento al seno.

Jodelet e Ohana (1996) affermano che, a dispetto delle campagne promozionali per il ritorno al seno, l'allattamento è ancora una "pratica labile", non consolidata. Inoltre, sottolineano come questa bassa incidenza sia in contrasto con quanto le donne affermano nei sondaggi e nelle inchieste su vasta scala a proposito del loro desiderio di allattare. Secondo gli autori, la causa di questa discrepanza risiede nell'ambivalenza delle pratiche sanitarie e ospedaliere, che sono descritte come "guardie" che impediscono l'allattamento: il neonato non sempre viene attaccato subito al seno, in questo l'evento dipende dalla situazione ospedaliera del momento (il numero dei parti della giornata, il numero del personale ostetrico a disposizione, la sensibilità della singola ostetrica, ...). La maggior parte delle volte, a causa della dimissione in seconda giornata, le donne tornano a casa con la preoccupazione di non essere in grado di poter allattare il proprio bambino o di non essere capaci di farlo. Il risultato è che per tali timori la prima poppata può risultare deludente, faticosa per il neonato che non riesce ad attaccarsi, perché la madre è maldestra nel proporsi o dolorosa per la madre (talora per ragioni psichiche) che così decide di rinunciare all'allattamento materno.

Ma, se è vero che, come affermano alcuni autori (Kennell, Klaus, 1976), mancando il contatto precoce si possono avere conseguenze negative, è altrettanto vero che cercare di accelerare la formazione di un legame "imponendo" un contatto precoce a quelle madri che non si sentono ancora pronte a sostenerlo non ha di certo degli effetti positivi. È anzi probabile che quello che verrà trasmesso a livello non verbale sarà proprio la difficoltà della madre di avvicinarsi al bambino e di prendersi cura di lui, comunicazione che passerà attraverso il suo corpo, il suo sguardo e probabilmente anche dal suo odore. Gli stessi Kennell e Klaus (1984), che avevano promosso il contatto precoce andando a modificare le pratiche ospedaliere del tempo, si sono poi ricreduti su questa posizione: "non è verosimile che una relazione su cui si basa tutta la vita dipenda da un singolo processo (il contatto precoce subito dopo la nascita)", riconoscendo che il bonding non richiede per forza un contatto pelle-

a-pelle nel primo periodo post-partum, ma che potrebbe facilitarlo. “Vi sono molte altre strade sicure per arrivare a manifestare l’attaccamento”.

L’associazione internazionale Leche League suggerisce a questo proposito che devono essere “quella” madre e “quel” bambino a dover trovare un loro modo per stare insieme e solo in questo modo potrà essere facilitato l’arrivo della montata latte della donna. Non è pertanto auspicabile costringere una donna a tenere sul ventre il proprio bambino appena nato solo perché è una pratica ospedaliera che segue la “moda” del momento (abbiamo visto il ruolo della società e della cultura), ma bisognerebbe lasciare a lei la scelta dei modi e dei tempi di quell’“incontro”. È solo in questo modo che potrà non vivere l’allattamento come un evento costrittivo, minaccioso per il suo ruolo di donna, moglie, professionista, ...

Pertanto, non dobbiamo pensare che esistano cure ideali, più perfette di altre, intese come regole uguali per tutte le madri: l’ottimalità dipende da quanto psichicamente emana una madre, non del suo comportamento inteso a sé stante. Dobbiamo invece pensare a cure “sufficientemente buone” (con le parole di Winnicott): cioè forse imperfette, ma adeguate per un buon sviluppo del bambino e della relazione. Malgrado il pregiudizio culturale, la cura fornita da altre figure parentali che non siano la madre non è predittiva di un rapporto madre-bambino di qualità povera (Erel et al., 2000). E quindi se le cure delle figure non materne è “abbastanza buona”, possiamo ritenere che anche le cure dalle madri che allattano in modo artificiale può essere anch’essa “abbastanza buona”. In conclusione, l’allattamento al seno non è uno stato né necessario né sufficiente per lo sviluppo di un rapporto madre-bambino di alta qualità.

Qualunque cosa la mamma faccia, allattare al seno o con il biberon, importante è la disponibilità affettiva

E’ importante tenere presente che tutto ciò che è benessere o malessere per la mamma “passa” al bambino e rappresenta uno dei nutrimenti del suo sviluppo. Qualunque cosa la mamma faccia, che decida di allattare al seno o con il biberon, quello che è importante è la qualità della relazione che s’instaura, la quale, come abbiamo visto in precedenza, si basa sulla capacità di sintonizzazione e di intesa con il proprio bambino. È quindi piuttosto un problema di “disponibilità affettiva”, quella che nel linguaggio scientifico viene denominata “maternal sensitivity¹”: anche se abbiamo una mamma molto indaffarata, riuscirà ad allattare il suo bambino (al seno o anche artificialmente) guardandolo negli occhi e cercando nello stesso tempo le cose in cucina; al contrario, se abbiamo una mamma depressa, anche se allatterà al seno, sarà poco disponibile a guardare il suo bambino, ma gli darà da mangiare in modo meccanico.

Ogni diade lattante-madre rappresenta un sistema aperto, unico e irripetibile, caratterizzato da ritmi e modelli interattivi che sono specifici di quella coppia, e influenzato, come abbiamo visto, da un’infinità di variabili (fattori psicologici del bambino, quelli della madre, fattori biologici dell’uno e/o dell’altro, fattori sociali, ecc.).

Man mano che le ricerche sull’allattamento vanno avanti, diventa sempre più evidente la complessità dell’argomento e la difficoltà a giungere a risultati generalizzabili, in grado di dare risposte definitive, né tantomeno risultati su cui basare comportamenti prescrittivi con lo scopo di sedare le ansie delle madri.

¹ La “maternal sensitivity” è stata definita come la capacità da parte della madre di comprendere i bisogni, non solo fisici, del bambino e di rispondere ad essi in modo adeguato e contingente (Ainsworth et al., 1974, 1978; Pederson et al., 1998). In italiano viene spesso tradotto come “sensibilità materna” ma siamo dell’idea che il termine sensibilità lascia spazio a possibili fraintendimenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ainsworth M.D.S., Bell S.M., Stayton D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P.M. Richards (a cura di). *The integration of a child into a social world*. Cambridge University Press, London.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Erlbaum, Hillsdale.
- Bernal J., Richards M.P.M. (1970). The effect of bottle- and breastfeeding on infant development. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 247-252.
- De Palo L., Oliverio Ferraris A. (1991). Un affare da uomini. Risvolti psicologici e sociali dell'allattamento nella Firenze rinascimentale. *Psicologia Contemporanea*, 106, 33-39.
- Emde R.N., Robinson J. (1979). The first two months: recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn. In Noshpitz J.D. (a cura di). *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Vol.1. Basic Books, New York.
- Erel O., Oberman Y., Yirmiya N. (2000). Maternal versus nonmaternal care and seven domains of children's development. *Psychological Bulletin*, 126, 727-747.
- Ghilardi A., Imbasciati A. (1990). L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile. *Rivista di Sessuologia*, 14(2), 101-116.
- Giovanelli G. (1997). *Prenascere, nascere e rinascere*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Hastrup K. (1992). L'allattamento al seno in Islanda nel XVII e XVIII secolo. Cultura e ragione. In Maher V. (a cura di), *Il latte materno. I condizionamenti culturali di un comportamento*. Rosenberg e Sellier, Torino.
- Hofer M.A. (1978). Hidden regulatory processes in early social relationship. In Bateson P.P.G., Klopfer P.H. (a cura di). *Perspective in Ethology*. Vol.3. Plenum Press, London.
- Imbasciati A. (2006). *Il sistema protomentale*. LED, Milano.
- Imbasciati A. (2007). *Fantasmatica dell'allattamento e comunicazione*. In Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di). *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di). *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1989). Il concetto di istinto e il suo uso in psicoanalisi. *N.P.S. Neurologia, Psichiatria, Scienze Umane*, 9(6), 1035-1056.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005). *Compendio di Psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova.
- Janniruberto A., Tajani E. (1981). Ultrasonographic study of fetal movements. *Seminars in Perinatology*, 5, 175-181.
- Jodelet D., Ohana J. (1996). Rappresentazioni sociali dell'allattamento materno: una pratica sanitaria fra natura e cultura. In Petrillo G. (a cura di). *Psicologia sociale della salute*. Liguori, Napoli.
- Kennell J., Klaus J.H. (1976). *Maternal-infant bonding*. Mosby, St. Louis, MO.
- Kennell J., Klaus M.H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence, *Developmental Review*, 4, 275-282.
- Knibielher Y., Fouquet C. (1982). *Histoire des mères*. Hachette Pluriel, Paris.
- Kuzela A.L., Stifter C.A., Worobey J. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 185-194.
- Lavelli M., Poli M. (1998). Early mother-infant interaction during breast- and bottlefeeding. *Infant Behavior e Development*, 21, 667-684.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004). *Il feto ci ascolta... e impara*. Borla, Roma.
- Pederson D.R., Gleason K.E., Moran G., Bento S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 34, 925-933.
- Stern D. (1977). *The first relationship*. Harvard University Press, Cambridge MA.
- Wiesenfeld A.R., Malatesta C.Z., Whitman P.B., Granrose C., Uili R. (1985). Psychophysiological response of breast- and bottlefeeding mothers to their infants' signals. *Psychophysiology*, 22, 79-86.
- Winnicott D.W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.

(*) **Dottore di ricerca in Psicologia, Assegnista di ricerca – UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA**

(**) **Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Direttore della Sezione di Psicologia – UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA**