

FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO

Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa

Marcello Florita*

SOMMARIO. – Sono numerose le innovazioni inerenti alla medicina riproduttiva. Queste hanno imposto delle riflessioni etiche, sociali, culturali e mediche, ma soprattutto hanno reso ancora più urgente la necessità di un contributo della psicologia. Nell'articolo vengono proposte alcune sfide da affrontare attinenti all'ambito materno infantile, che hanno come focus il benessere dei professionisti del settore e dell'utenza di riferimento, alla luce di una rilettura dei processi di trasformazione e cambiamento del soggetto che sta per diventare genitore o figlio. Da psicoanalisti e studiosi è nostro interesse riuscire ad importare le ricerche e le acquisizioni del mondo perinatale nella psicoanalisi, perché molte di queste, seppur con un linguaggio medico, analizzano la relazione fin da prima della nascita. Il filone che viene preso maggiormente in considerazione riguarda gli studi sulle percezioni tattili nei bambini che aprono scenari sorprendenti e affascinanti. Nello specifico, l'autore cercherà di costruire un ponte tra queste discipline, creando un parallelismo tra un determinato tipo di contatto (il *gentle touch*) - recepito dalle sole Fibre CT e connesso ad un'attivazione massiva dell'insula - e il rapporto analista e paziente.

Parole chiave: Psicologia perinatale; psicoanalisi; neonato; genitori; contatto; sistemi dinamici; complessità; tocco; insula; benessere perinatale; prevenzione; efficacia psicoterapia.

Nell'ultima decade, in corrispondenza dei cambiamenti sociali (l'aumento dell'età media delle mamme) e biologici (l'incremento consistente dell'infertilità maschile e femminile), ci sono state numerose innovazioni nella medicina procreativa e quindi nei reparti materno infantili. In particolare è evidente a tutti gli specialisti del perinatale la sempre maggiore frequenza di nascite

*Psicoterapeuta e psicoanalista SIPRe. Autore di due saggi sulla psicoanalisi, *'L'intreccio'* e *'Alice il porcospino e il fenicottero'*, è anche curatore del volume *'Benessere e cura nell'esperienza perinatale'* edito dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia e autore di un romanzo *'Come respira una piuma'*. Collabora da anni con il Punto Raf ed è socio SIPRe, referente dell'Area Perinatale SIPRe Milano e responsabile scientifico del Corso di Psicologia Perinatale e cure. E-mail: florita.marcello@hsr.it ; sito: www.marcelloflorita.it

ottenute con la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), il ricorso alla fecondazione eterologa, l'accesso a percorsi di maternità surrogata, l'omogenitorialità, la monogenitorialità, così come l'aumento delle nascite pretermine o dei lutti perinatali legati ai tentativi abortiti di fecondazione assistita. Gli scenari della genitorialità sono rapidamente ed inevitabilmente mutati, senza che a questi corrispondesse un cambiamento giuridico (per esempio nella coppia omogenitoriale il padre, o la madre, non biologico non ha alcun diritto sul bambino) e una riflessione psicologica adeguata (Florita, 2020). La necessità di riflettere su queste vicende non è una questione banale o un semplice vezzo filosofico; infatti gli stessi studi scientifici ci testimoniano per esempio che, contrariamente al pensiero comune, non sia tanto l'orientamento sessuale del genitore ad essere predittivo del benessere dei figli, ma è altresì il 'vuoto legale' a metterne a rischio la salute (UNICEF, 2014). Il vero pericolo è dunque il 'vuoto' di pensiero.

Queste nuove sfide generano importanti questioni relativamente al cosa significhi prendersi cura di un soggetto e al come debba essere rivista la nostra idea di famiglia o di genitorialità. Il benessere della mamma in senso ampio, fa parte delle cure attinenti ad un centro nascita? Il benessere di una madre influenza quello del futuro nascituro o del neonato? Esistono le 'famiglie naturali' ed è dunque la natura a decidere cosa sia la cultura o viceversa? Con quali criteri va valutato il benessere dei bambini o quello delle loro famiglie? Potrebbero, tali criteri, corrispondervi adeguatamente? La funzione genitoriale ha a che fare con il genere (esiste una funzione paterna o materna legata al genere biologico) o con l'aver generato (cioè essere genitori biologici)? Quando parliamo di 'genitori' stiamo già usando un termine con una forte connotazione culturale o i 'genitori' esistono in natura? È un caso che da un fatto biologico molto semplice - un uomo e una donna che fanno un bambino - le società umane non traggano sempre le stesse conclusioni e non postulino tutte, per esempio, una coincidenza 'naturale' tra il padre e il genitore biologico, né contemplino sistematicamente l'idea che ci debbano essere due genitori? Avere un figlio è un diritto inalienabile?

Date queste premesse, personalmente credo che il nostro compito, da professionisti del materno infantile e da psicoanalisti, non sia banalizzare, né idealizzare o giudicare ma aprirci all'ascolto e cercare di comprendere la complessità dei nuovi percorsi procreativi, delle nuove famiglie e dei loro figli, cercando di favorirne il benessere (Florita, 2020). Perché il benessere della coppia genitoriale è un elemento cruciale che può influenzare la qualità della relazione e il contatto affettivo con il proprio figlio, che, secondo numerosi studi, sono le variabili determinanti la configurazione del bambino stesso (Imbasciati & Cena, 2017). Al contempo, credo che queste domande, e le questioni che ci pongono la medicina e la cultura, debbano essere chiamate in causa come le risorse per arricchire le riflessioni in ambito psicoanalitico.

Prima di lasciarvi alcuni spunti su questi temi, una premessa teorica è dove-

rosa. Naturalmente, cercherò di muovermi sempre all'interno del paradigma della complessità e, in particolare, della teoria dei sistemi dinamici (Thelen & Smith, 1994) perché essa quest'ultima si occupa proprio di concettualizzare il processo di cambiamento nello sviluppo, cioè il prodursi di 'ordine e complessità emergenti' (Stolorow, 1995), il che calza a pennello con l'ambito perinatale dove lo sviluppo (del neonato o della costruzione della genitorialità) è uno degli elementi centrali. L'uomo può essere assimilato e studiato alla stregua di qualsiasi sistema vivente poiché, in quanto tale, si organizza dandosi una coerenza di per sé essenziale per la sopravvivenza del sistema stesso in toto. Rimane dunque inalienabile l'unitarietà del soggetto, che qui chiameremo Sistema Io-Soggetto (Minolli, 2015) o sistema antropologico (Florita, 2011).

Partiamo con alcune riflessioni che ho formulato a partire dalle esperienze personali, dal contatto con gli studenti del Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale e dal confronto con i professionisti che lavorano nell'ambito perinatale. Immergendomi in questa realtà, ben diversa da quella dello studio privato di uno psicoanalista, mi sono apparsi evidenti alcuni limiti e alcune opportunità di questo mondo, governato dalla medicina, ma estremamente complesso ed intrinsecamente interdisciplinare. Una realtà che è dominata e, contemporaneamente, affaticata dai paradigmi positivisti della medicina scienziata, ma che si nutre della continua interazione con figure professionali, competenze e attitudini diverse, e con soggetti che comunicano attraverso il corpo e insieme al corpo - che altro non è che il soggetto stesso -. La necessità di dar parola alle fatiche degli operatori e degli utenti e l'esigenza di rimanere al passo con le continue innovazioni della medicina e delle società mi hanno portato a pensare di lanciare delle sfide che devono essere affrontate da tutti noi. Nello specifico ne ho formulate cinque indispensabili per migliorare la qualità del nostro lavoro, e quindi la salute del bambino o di chi sta avendo un figlio (o vuole diventare genitore). Queste sfide possono essere pensate come i punti cardinali attraverso i quali noi, dell'Area Perinatale SIPRe Milano, ci orientiamo in un ambito così complesso e, apparentemente, così lontano dal mondo psicoanalitico, come quello materno infantile.

- 1) Riflettere sulla funzione genitoriale e sul significato che ha per noi diventare genitore o figlio, scollegandola dalla questione biologica o di genere

Lavorare in questo ambito impone la necessità di cercare di riconoscerci e di riflettere su quale sia la nostra idea del 'diventare genitori' e dell' 'essere figli'. Ci richiede di esplorare il significato che hanno avuto per noi queste esperienze, come le maneggiamo o come ci influenzano nella vita, nella pratica clinica e nell'ascolto dell'altro.

‘Mai come in questo campo, la genitorialità e l’essere figlio sono oggetto di studio e soggetto che osserva - con tutti i suoi a priori - l’oggetto di studio’ (Florita, 2020).

Il nostro essere stati ‘quei’ figli e aver sentito di aver avuto ‘quei’ genitori ha contribuito a impostare il nostro modo di essere, cioè la coerenza che ci siamo dati come sistemi viventi, e interferisce ineluttabilmente sul nostro modo di interagire con bambini e genitori. Peccato che questa configurazione sia così parte di noi da risultare di difficile decifrazione: individuarla è infatti parte integrante del lavoro che si fa in analisi e può essere utile al fine di tracciare con maggiore creatività le traiettorie della nostra vita. Le nostre idee di su ciò che è un genitore e ciò che è un figlio sono certamente attinenti a ‘quel’ soggetto, unico nel suo essere, ma è verosimile che abbiano anche patito l’ascendente culturale e normalizzante della società (per es. ogni bambino deve avere un babbo e una mamma). È affascinante comprendere come i nuovi scenari della filiazione e della genitorialità (l’omogenitorialità, la maternità surrogata, la fecondazione eterologa o la monogenitorialità) stanno diventando una grande opportunità per pensare in un modo nuovo, scollegato dal genere o dalla generatività, al cosa significhi essere genitore. Sebbene queste riflessioni prendano spesso spunto da studi di antropologia e di psicologia, anche le neuroscienze ci aiutano a rivedere i nostri apriori culturali. Alcuni studi sottolineano che la produzione di ossitocina nel post-parto è uguale nelle donne e negli uomini, in particolare quando questi ultimi sono coinvolti nella cura del neonato. Ma non solo. Le donne hanno solitamente un’attivazione dell’amigdala molto elevata nel post-parto a causa della gravidanza e dell’allattamento (Atzil, Hendler, Feldman, 2011). L’attivazione massiva di quest’area è connessa ad un’attenzione primaria nei confronti del neonato, ma rimane inalterata durante tutta la vita del proprio figlio. Non a caso, le donne riescono a percepire nel sonno anche il mugugno più timido del proprio bambino e vigilarlo in uno stato di perenne allerta-cura. Tutti gli studi storici hanno in passato evidenziato la minore attivazione amigdalare nell’uomo riconducendo questo dato ad un presunto substrato neurologico della funzione di cura tipicamente materna. Nello specifico l’amigdala negli uomini raggiunge normalmente un’attivazione pari a un quarto di quella delle donne, quindi drasticamente inferiore. Ma vi è un’eccezione. Questo pattern d’attivazione rimane tale a meno che l’uomo non sia, fin dal primo giorno di vita, il *tutore primario* del neonato (come nelle coppie omogenitoriali). In questa situazione l’attivazione dell’amigdala è identica a quelle delle donne (Abraham *et al.*, 2014). Anche senza gravidanza e allattamento al seno, si può avere un’attenzione e una cura primaria del neonato, e quindi questa funzione (letta dal punto di vista neurobiologico) non ha alcuna specificità di genere, né è per forza legata alla generatività biologica o al legame genetico. Quello che ci racconta la risonanza magnetica è molto di più di quello che appare poiché mette in discussione anni di studi sul padre e sulla madre, sul complesso edipico e su molto altro: ora possiamo renderci conto di quanto abbiamo cercato di ingabbiare il funzionamento umano in teo-

rie precostituite e di quanto le nostre teorie fossero figlie della nostra società. Sentirsi genitori e attivare le funzioni corrispondenti non è un evento ‘naturale’, né dipende per forza da un ‘istinto’: l’istinto materno è un concetto fuorviante e stigmatizzante (per chi non lo sente, e lo costruisce nella relazione con il figlio). Inoltre, se esiste una ‘*funzione paterna*’ o ‘*materna*’ questa non andrebbe comunque concepita come corrispondente all’essere biologicamente uomo o donna (Florita, 2020). Come ci suggerisce Birksted-Breen ‘l’anatomia è un dato e ognuno dei due sessi deve cimentarsi con un particolare significato dell’anatomia. Ma non è un dato ciò che ogni individuo ne fa’.

A quanto pare non si può più dire che il padre deve avere la funzione di impartire le norme, castrare o far esplorare, mentre la madre è quella che deve accudire, controllare e nutrire. A quanto pare non dovremmo neanche più parlare di funzione materna o paterna, ma di funzioni genitoriali in senso ampio, e valutarle come qualcosa che attiene alla qualità della relazione con il proprio figlio e che ne determina la sua configurazione e benessere. Insomma potremmo iniziare a pensare che, come sostiene lo psicologo evolutivo Ross Parke, ‘i processi famigliari trionfano sulla forma della famiglia’ e il nostro obiettivo rimane quello di valutare o promuovere una buona relazione con noi stessi, per quello che siamo, e con nostro figlio per quello che è.

2) Includere l’umanizzazione della cure tra i trattamenti scientifici, al pari delle terapie mediche

La premessa è che parlare di ‘umanizzazione delle cure’ è già una forzatura, perché le ‘cure’, per come le intendiamo noi, che crediamo ad un sistema antropologico unitario, dovrebbero essere umanizzate sempre. La cura dovrebbe sempre prendersi carico di tutto l’Io-Soggetto, e quindi del soggetto nella sua unitarietà, che non *ha* un corpo - inteso come oggetto disincarnato di propria pertinenza - ma che è, in sé, un tutt’uno. La cura dovrebbe sempre avere al centro la relazione con l’altro. Questa forzatura nasce dal bisogno di dialogare in un ambito dove la medicina, con la cura della ‘macchina’ corpo, è l’asso di briscola sia in termini terapeutici che di pensiero, e dove la figura dello psicologo è assente o residuale. Detto ciò, per parlare in linguaggio medico, le ricerche scientifiche dimostrano in un modo incontrovertibile che l’umanizzazione delle cure migliora la prognosi. Che la relazione è vitale e curativa. Per esempio, quando si accompagna un genitore a vivere il lutto del figlio fantastificato e l’angoscia di morte, che sono correlati alla nascita pretermine e al dolore del percorso all’interno di una Terapia Intensiva Neonatale (TIN), si sostiene la sua presenza a fianco dell’incubatrice a diventare qualitativamente migliore, in modo che anche il bambino avrà una prognosi migliore. Numerosi studi sottolineano che la presenza di un sostegno psicologico per le coppie con problemi di fertilità non solo favorisce l’elaborazione dei dolori e previene successivi

disagi, ma aumenta la probabilità di avere una gravidanza (Domar *et al.*, 2000). Per non parlare dell'importanza di un adeguato intervento psicologico sul genitore nel caso di lutto perinatale, o parallelamente sullo stesso operatore che, senza sostegno e ascolto, è particolarmente esposto a burnout o alla deriva protettiva della disumanizzazione delle cure. L'idea è che i centri materno infantili si prendano sempre più carico del Soggetto in toto (Soggetto utente ma anche operatore), senza suddivisioni aprioristiche tra corpo e mente: è necessario volgere l'attenzione non solo ad una componente (del corpo) o ad un desiderio (ti faccio avere un bambino), ma a tutto l'Io-Soggetto.

- 3) Evitare il propagarsi di 'Pensieri senza Pensatori' (Bion), cioè adoperarsi affinché i vissuti e sentimenti nei centri materni infantili trovino uno spazio di ascolto e una collocazione (un pensatore)

Anche questa riflessione che appare scontata per chi ha una provenienza psicoanalitica, dove i gruppi di supervisione, intervizione, ecc..., sono all'ordine del giorno, è tutto fuorché banale nel momento in cui la si introduce all'interno dei centri materno infantili. Quindi, sebbene proprio in questo ambito si annidi una delle angosce più spaventose, che è quella del far coesistere nella medesima stanza la vita (e la nascita) con la morte, è veramente raro che a queste equipe venga data l'occasione continuativa di avere uno spazio di ascolto, supporto ed elaborazione. Con la grave crisi sanitaria legata al COVID-19 e il conseguente sovraffollamento delle terapie intensive ci è apparso evidente il bisogno di uno spazio di ascolto da parte degli infermieri e dei medici, che si sono alternati sui social o i media in accorati appelli o SOS lanciati con rabbia o voce corrotta. Ebbene le TIN sono un luogo dove nella quotidianità si ripropone questa asfissiante convivenza tra nascita e morte, dove la vita e la morte distano quel mezzo metro che suddivide le incubatrici o i lettini (Florita, 2016). Ma quanti di questi operatori hanno avuto uno spazio di ascolto dopo l'ennesima morte di un neonato in TIN? A quanti di loro è stato dato lo spazio di elaborare il passaggio dall'onnipotenza derivante dalla nascita, e sopravvivenza, di un bambino di 450 grammi, all'impotenza e al dolore di vederne uno, magari più grande, che imprevedibilmente non ce la fa? Non solo, quanto spazio diamo affinché gli operatori elaborino, ascoltino o si assumano i propri vissuti rispetto ai nuovi scenari legati alla genitorialità? Capita, e non di rado, di sentire operatori che chiusa la porta giudichino violentemente la donna all'ennesimo tentativo di fecondazione assistita, a discapito della relazione con essa che magari è pure reduce da tentativi perpetuati, e dunque da lutti perpetuati. Capita che rispondano in modo secco esprimendo tutto il loro disappunto per quella scelta, di quel genitore, non condivisa o giudicata superficialmente. Insomma le angosce di morte, i

dolori delle nascite complicate da problemi medici (sempre più frequenti con l'aumento delle PMA), i lutti o le scelte di tecniche illegali in Italia ma disciplinate e regolari all'estero (come la maternità surrogata) comportano una serie di vissuti, giudizi e angosce che aleggiano nelle unità di cura materno infantili. Ciò non riguarda solo gli utenti, nonché i futuri genitori, ma anche e soprattutto gli operatori. 'La vera sfida è creare e promuovere spazi di pensiero affinché questi pensieri senza pensatori, queste angosce indicibili, trovino una collocazione e un alloggio. I momenti d'incontro-ascolto per il personale medico (medici, infermiere o ostetriche), particolarmente soggetto a burnout, non possono che migliorare la qualità dello stare sul posto di lavoro, e quindi dell'intervento medico e di supporto alle famiglie, e dunque il benessere della coppia e dei futuri bambini' (Florita, 2020). Partendo dal presupposto che essendo il soggetto unitario, il suo benessere non è competenza esclusiva della sfera bio-medica, i momenti di ascolto ed elaborazione dovrebbero essere equiparati alle riunioni di reparto o ai momenti di formazione medico-clinica, perché il disagio psicologico dell'operatore è a tutti gli effetti correlato alla qualità dell'intervento e alla salute del paziente. A tal fine l'introduzione di un professionista dello 'psi', esperto in psicologia perinatale, diventa quanto mai indispensabile, considerando che il benessere dei soggetti coinvolti nell'ambito materno infantile (genitori, bambini e operatori) è una variabile interdependente e quanto mai necessaria.

4) Tenere sempre presente che diventare genitori è molto diverso da desiderare un figlio, o desiderare di essere incinta

Si può desiderare un figlio, o proprio 'quel figlio' costruito dalle nostre aspettative, ma si può non essere pronti a diventare genitori del figlio che ci capita, che sia biologico o no. Si può desiderare la gravidanza, e quindi desiderare di sentire il proprio corpo funzionante e generatore come quello della propria madre, ma si può non essere pronti alla maternità, cioè alla cura e all'accudimento di quel bambino. Queste distinzioni sono spesso difficili da leggere o intercettare nella sofferenza del genitore, ma possono far parte del travaglio verso la genitorialità. Forse, al di là di qualsiasi giudizio, questa è una delle criticità che più facilmente viene a galla nei soggetti che, dopo una reiterazione ostinata della PMA, sviluppano un disagio o hanno difficoltà ad accettare il figlio che nasce con problemi medici; o, nel caso della maternità surrogata, quando i genitori destinatari non riconoscono (e non 'ritirano') il bambino nato pretermine e a rischio di a-normalità (vedi il celebre caso della piccola Bridget, rimasta orfana e apolide a causa del mancato riconoscimento dei genitori). Sebbene in queste situazioni sembri facile individuare l'impasse, *diventare genitori è molto diverso dal desiderare un figlio* anche nella quotidianità delle famiglie tradizionali, e non soltanto nei casi in cui le innovazioni

mediche urticano la nostra morale: anche le famiglie tradizionali sviluppano disagi e sofferenze legate alla nascita di ‘quel figlio’ e al lutto del ‘figlio immaginato’ o della pancia piena. Il passaggio dal figlio desiderato, dall’onnipotenza del generare, al diventare genitori del figlio reale ha spessissimo un qualcosa di luttuoso.

‘La gravidanza appare come uno dei momenti in cui il profondo rapporto tra fantasia e realtà può andare incontro a notevoli oscillazioni a favore dell’uno o dell’altra, creando uno sbilanciamento in cui l’aspetto fantasmatico può essere preminente, con la conseguenza di un rallentamento del processo adattivo nei confronti della realtà, oppure, al contrario, vi può essere una forte limitazione delle fantasie per negare la naturale ambivalenza presente nel processo di gravidanza’ (Ammaniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995).

La genitorialità non nasce con la generazione biologica (in memoria non abbiamo difficoltà a trovare genitori biologici che non hanno assunto compiti genitoriali), né al momento della nascita (per es., non sempre i padri si sentono tali dalla nascita del figlio), né in corrispondenza di un forte desiderio di avere un figlio, ma ha a che fare con un processo tortuoso, e anche luttuoso, dove s’intrecciano percorsi fantasmatici, immaginativi e di attribuzione di significati che comportano un passaggio identitario ed esistenziale.

5) Includere le ricerche nell’ambito perinatale per la costruzione di teorie psicologiche sullo sviluppo del bambino o sulla psicoterapia

È da anni che l’*Infant Research* e l’*Infant Observation* contribuiscono nell’affinare le teorie del mondo della psicoanalisi e della psicologia in generale. Lo studio del bambino e del suo sviluppo, con metodi e tecniche sempre più raffinate, è diventato fondamentale per arricchire le riflessioni riguardanti la psicoterapia di ogni indirizzo.

Nella psicologia perinatale ho scoperto inaspettatamente una vasta gamma di studi trascurati dalla psicoanalisi. Forse perché molti di questi partono da interessi prettamente ‘medici’ o legati al funzionamento della ‘macchina corpo’, forse per la difficoltà a dialogare con paradigmi e linguaggi assai diversi. Da psicoanalista appassionato di complessità ho sempre guardato con grande interesse anche alle ricerche meno affini al mondo ‘psi’. Ho sempre creduto che il soggetto, l’‘Io-Soggetto’ (Minolli, 2015), sia unitario - l’unitarietà mente-corpo è ontologica - e dinamico, ma anche complesso e non lineare, e che benché il dialogo tra le scienze sia faticoso, ci permetta di complessificare il nostro pensiero. L’Io-Soggetto si sviluppa tramite un processo fluido auto ed eco-organizzativo. Per esempio il nostro DNA è costituito da 100mila geni, ma nel solo cervello si annoverano circa un milione di miliardi di sinapsi: non ci sono abbastanza geni per spiegare tutta la struttura del nostro cer-

vello. Il cervello non è precostituito dalla natura, se non a un livello macrostrutturale, mentre il microfunzionamento (le sinapsi) è esito delle relazioni primarie e con l'ambiente. Il genoma contribuisce a fissare un quadro generale dei circuiti, ma il quadro dettagliato si forma anche grazie all'influenza ambientale. Non vi è sviluppo senza l'interazione tra auto ed eco-organizzazione, sebbene i cambiamenti nel sistema vivente siano sempre autopoietici, cioè prodotti dal sistema stesso nel suo interno (De Robertis, 2005). L'esterno non cambia l'Io soggetto, ma può 'facilitarne' movimenti, senza dirigerli o orientarli, in quanto parte delle relazioni 'eco'. All'interno di questa prospettiva, 'anche la psicoterapia può essere pensata come un processo di automutua organizzazione tra sistemi complessi o meglio, come direbbe Bateson, una 'coevoluzione' tra sistemi viventi' (Florita, 2012).

Date queste brevissime premesse teoriche, torniamo alla psicologia perinatale. Tra i tanti studi sulla neurofisiologia del bambino, c'è un filone che ho trovato sorprendente: quello sul tocco. Ora proverò a introdurvi all'interno di queste ricerche, con l'obiettivo di tessere una trama unica tra questo filone, le riflessioni inerenti allo sviluppo del bambino, il funzionamento dell'adulto e la psicoterapia.

Innanzitutto sapete che nel grembo della mamma il bambino passa moltissimo tempo a toccarsi? Sì, tocca se stesso continuamente, anche grazie alla posizione raccolta nel quale si trova, e tocca anche la parete dell'utero. Tutto questo toccarsi pare che abbia un enorme valore per lo sviluppo sensomotorio delle mappe interne. Tanto è vero che i bambini nati pretermine, che una volta usciti nati non riescono più a toccarsi con regolarità (né sono toccati e contenuti dal grembo materno), tendono ad avere mediamente più problemi di percezione corporea (Ferrari, 2017).

E lo sapete quale è una delle cose che fa più spesso una madre quando nasce suo figlio? Senza rendersene conto la madre passa grande parte del tempo a toccare il bambino, infatti si stima che a 5 settimane di vita il tempo di contatto durante il giorno è in media di 9 ore e 7 minuti (N=1055 diadi) e, a seconda delle madri, può arrivare fino a 23 ore al giorno (Moore *et al.*, 2017), mentre a 6 mesi è stato registrato che avvenga mediamente tra il 55% e il 99% del tempo in cui interagiscono madre e bambino (Jean & Stack, 2009).

Non credo che sia azzardato ipotizzare che il tatto sia proprio uno dei più importanti canali di comunicazione durante le interazioni madre-bambino (Moszkowski & Stack, 2007).

La pelle è un organo e non serve solo per proteggere, ma anche per relazionarci. Se ci pensate ha veramente delle peculiarità uniche. Nulla come la pelle ci fa sentire profondamente la presenza dell'altro (non a caso il tatto è uno dei primi sensi ad arrivare e l'ultimo ad andarsene), ma allo stesso tempo ci protegge e ci permette di delimitare i confini affinando la sensazione di noi stessi come distinti dall'altro. Il tatto è anche uno degli organi che racchiude più evidentemente i presupposti della complessità: è l'intreccio tra essere (ed

auto-regolarsi) e essere in relazione (eco-regolarsi). Insomma, non si può essere toccati senza toccare. Non si può toccare, senza essere toccati.

Date queste premesse, va tenuto presente che c'è contatto e contatto, o meglio, c'è tocco e tocco. E ogni tocco, a seconda delle caratteristiche, attiva fibre e dunque aree cerebrali differenti.

Esistono infatti due grandi gruppi di fibre legate al contatto: fibre a conduzione rapida 'A' e fibre 'C', a conduzione lenta. Per anni si è sempre pensato che il tatto dipendesse unicamente dalle fibre di tipo A-beta, mieliniche e a conduzione veloce, mentre si riteneva che le fibre sottili mieliniche A-delta e la fibre amieliniche di tipo C codificassero solo la nocicezione, il prurito e la termocezione, ma NON il tatto (McGlone, Cerritelli, Walker, & Esteves, 2017).

Nonostante il collegamento con il tatto sia un'acquisizione recentissima, la presenza nella cute di fibre nervose 'C', mecano-sensitive amieliniche 'lente', è stata scoperta per la prima volta nel gatto moltissimo tempo fa, da Zotterman, negli anni Trenta (Zotterman, 1939): in passato, le uniche fibre considerate responsabili del senso del tatto erano, come anticipato, le fibre mieliniche 'veloci', a scapito delle fibre C, trascurate come poco rilevanti fino a tempi recentissimi.

La vera peculiarità delle fibre C tattili (CT) è che non solo si attivano al tatto, ma rispondono specificamente e solamente al tocco delicato (*gentle touch*) o, in termini più colloquiali, alla carezza. Per attivare queste fibre e per dar vita a quel tocco carezzevole bisogna rispettare 3 caratteristiche che hanno a che fare con la temperatura, la velocità-movimento e il luogo.

- i) La temperatura deve essere quella tipica cutanea e cioè circa 32°C (Ackerley *et al.*, 2014).
- ii) Il movimento deve avere una velocità pari circa ai 3 cm/sec (Loken, Wessberg, Morrison, McGlone, & Olausson, 2009) e quindi non deve essere né troppo veloce, né troppo lento (McGlone, Wessberg, & Olausson, 2014).
- iii) Ultima caratteristica è che i recettori delle fibre CT non sono mai stati trovati nella pelle glabra (Vallbo, Olausson, & Wessberg, 1999), cioè in aree del corpo con totale assenza di pelo (come il palmo della mano e l'area plantare del piede) e quindi si suppone che siano presenti solo nella pelle pelosa. Infatti le fibre CT sono numerose sul viso, sulle braccia (Loken *et al.*, 2009) e sulle gambe.

Quando noi veniamo toccati normalmente, le sensazioni vengono condotte attraverso fibre mielinizzate nella corteccia somatosensoriale. Più è intenso lo stimolo, più la risposta è veloce e intensa.

Le fibre CT invece vengono stimulate solo in concomitanza di una leggera pressione sulla pelle, un tocco dolce e carezzevole. Le afferenze tattili C sono collegate a specifiche aree del cervello: la corteccia insulare, il solco temporale superiore posteriore, la corteccia prefrontale mediale e la corteccia cingo-

lata anteriore. Queste aree sono ormai note per essere attivate, in contemporanea, esclusivamente dal tocco affettivo (McGlone *et al.*, 2014).

A questo punto vi chiederete, di che cosa si occupano la corteccia cingolata anteriore e l'insula?

La corteccia cingolata anteriore si occupa, tra le varie cose, dell'attenzione focalizzata, della regolazione emotiva e delle stimolazioni tattili piacevoli. L'insula, che è una delle *prime* aree cerebrali a differenziarsi e a maturare *precocemente* (a 27 settimane è giunta quasi a maturazione), può essere definita come un vero e proprio HUB del cervello. Infatti oltre alle emozioni sociali, in essa vengono elaborate le percezioni enterocettive.

L'enterocezione è un concetto complesso. Inizialmente si identificava come '*body-to-brain axis of sensation concerning the state of the internal body and its visceral organs*' (Sherrington, 1948), cioè 'l'asse corpo-cervello delle sensazioni relative lo stato interno del corpo e dei suoi organi viscerali'. Con il tempo, e gli studi nell'ambito, ci si rese conto che questo processo andava maggiormente articolato in termini più inclusivi e ampi (Cameron, 2001; Craig, 2016).

Attualmente l'enterocezione può essere definita come il processo attraverso il quale il sistema nervoso centrale percepisce, integra ed interpreta la comunicazione endogena, derivante da tutto l'organismo, fornendo una rappresentazione complessiva interna, che può essere sia consapevole che inconscia, e che viene aggiornata continuamente al fine di perseguire molteplici funzioni (Craig, 2016; Khalsa *et al.*, 2018).

Queste informazioni enterocettive, attivate dal tocco gentile-carezza, sono di natura sia consapevole che non, e sembrano avere a che fare con un grande momento di appropriazione di ciò che sta avvenendo internamente nel momento dato. In quell'istante di attivazione dell'insula, è come se si arrivasse a una vera risposta, a un 'come sto' o 'cosa sta avvenendo dentro di me' (Craig, 2016). Nel culmine del processo enterocettivo avviene una profonda integrazione dei dati interni (viscerali e non), che hanno come effetto un'amplificazione del senso di unità interno (Quadt, Critchley, & Garfinkel, 2018) o, come diremmo noi, dell'essere 'Io-Soggetto' in quel dato momento. Nell'istante in cui avviene quel tocco dolce, vi è dunque un vero e proprio momento di espansione della coscienza di sé (che nel caso del bambino è una coscienza grezza e corporea), con un aumento dell'attenzione e della regolazione emotiva. Visto che partivamo dal tocco dolce e delle afferenze delle fibre CT, per concludere è opportuno evidenziare che, oltre ad essere piacevoli, gli effetti delle carezze rispetto ai parametri fisiologici del neonato sono veramente di vitale importanza: stabilizzano il battito, migliorano la saturazione, aumentano l'attenzione. Nei bambini nati gravemente pretermine non è detto che la carezza sia riequilibrante e piacevole, a causa dell'imaturità che può riguardare anche le fibre CT. In questa fase della vita (in cui il contatto fisico non è previsto in natura) l'imaturità del sistema somatosensoriale potrebbe causare una sensazione di

continuo dolore, al momento del tocco. Tradotto in termini semplici, accarezzare fa bene, ma solo quando i tempi sono maturi.

Torniamo al bambino nato a termine. Come suggerisce anche Rosario Montirosso, il *gentle touch* promuove

‘un livello di consapevolezza più complesso di una semplice coscienza in risposta a stimoli esterni, poiché fornisce un supporto al Sé come entità che sperimenta emozioni, contribuendo a dare una struttura - tramite i substrati neuroanatomici - e quindi espandendo la coscienza del bambino’ (Montirosso, 2020).

Se ci pensate siamo partiti da un evento fisico e relazionale, il tocco, e parlando di uno specifico tocco - carezzevole, caldo, lento e nel posto giusto siamo arrivati a parlare di un momento di *‘espansione diadica’*, di attivazione di un processo enterocettivo, cioè di presenza a sé stessi, tramite una relazione a due. Ora possiamo rispondere in modo nuovo alla domanda sul perché le mamme accarezzano i loro bambini? Perché gli stanno co-creando il corpo (Montirosso, 2020), o meglio agevolano l’esperienza di sentire il confine del corpo e di sé, e dunque stanno promuovendo l’espansione della coscienza del bambino, e del *‘sistema soggetto’* nella sua unitarietà. In quel momento il bimbo è un po’ più presente a sé stesso.

Quel contatto genera una situazione di profonda intimità ed è da quell’intimità che il bambino distingue il suo corpo, lo sente, ne sente i limiti, integra le informazioni e si percepisce, presente, nell’essere vicino (ma non fuso) all’altro.

Tutta questa premessa aveva esattamente questo scopo: far cogliere come, nei primi mesi di vita le carezze sono uno strumento per co-creare il sistema bambino. Il sistema Io-Soggetto tramite il con-tatto, che, come direbbe Morin, è una miscela indistinta tra auto ed ecoregolazione, ha veri e propri momenti di espansione della coscienza e quindi di complessificazione del sistema stesso che, grazie ad essi, si evolve e si sviluppa.

Ma non solo. Se vogliamo spingerci oltre c’è un’altra riflessione che terrei a condividere.

Per chi lavora in un setting clinico è evidente: ci sono momenti in cui un’interpretazione o una semplice parola hanno un effetto enorme sull’altro, aiutandolo ad arrivare ad una maggiore presenza a sé stesso, altrimenti definibile come un passaggio di livello di coscienza, un momento di alta integrazione, un’autocoscienza incarnata o un momento presente. Quelle parole, o quegli interventi, creano istanti di profondo con-tatto, e quindi di intimità, che innescano la sensazione di aver toccato l’altro profondamente, promuovendo il processo enterocettivo. Si tratta di interventi che, per funzionare ed essere percepiti come stimolo, devono avere il timing giusto (non quando i tempi sono prematuri e a 3 cm al secondo), il giusto calore (32° che è il calore dei corpi) e non devono essere effettuati quando il paziente è troppo scoperto (sulla pelle troppo glabra). Sono momenti in cui si tocca e, nel contempo, come con la pelle, si viene toccati. Sono piccoli miracoli, che promuovono espansioni e proprietà emergenti dei sistemi complessi.

Forse in quei contatti intimi si attiva l'insula, forse la presenza a sé stessi ha proprio a che fare con questo processo somatosensitivo, e, forse, se potessimo guardare dentro al cervello, potremmo scoprire qualcosa di simile a ciò che avviene con quei tocchi dolci. Forse la chiave per leggere la caratteristica di quegli interventi è vederli come momenti unici di contatto, dove le parole hanno un peso parziale, se non sono inserite in un'atmosfera d'intimità tra corpi, che scaturisce solo nel momento giusto, nel luogo giusto, con i tempi giusti e con il giusto calore. Forse sono momenti che descrivono e raccontano lo stabilirsi di una relazione profonda, perché, non a caso, la *qualità della relazione* tra terapeuta e paziente (insieme alla durata del percorso cioè >1 anno ovvero più di 50 sedute) è il fattore terapeutico principale della psicoterapia, al di là dell'orientamento teorico o delle tecniche utilizzate (Baldoni & Campailla, 2017).

Ripensando a questo parallelismo, forse avventato, ma sicuramente poetico, mi viene in mente quanto nella psicoterapia e nella relazione con l'altro siano importanti queste intuizioni della psicologia perinatale. Non toccare mai l'altro quando ha la pelle troppo glabra; l'altro deve poter sentire di difendersi, anche solo con una lieve peluria, per non sentire quell'avvicinamento e quel contatto come minacciosi. Non bisogna essere troppo freddi, come schermi grigi, ma neanche troppo caldi e drammaticamente coinvolti; dobbiamo raggiungere quei 32° che ci fanno percepire corpo e persona come l'altro perché è solo così che si raggiunge l'intimità. Bisogna scegliere i tempi giusti, e non dobbiamo avere fretta, ma neanche essere troppo lenti, il timing nel contatto è fondamentale, ed è l'effetto di una contemporaneità di momenti giusti per entrambi i soggetti in causa. Ogni soggetto è a sé, qualcuno è più glabro in un punto, qualcuno in un altro; qualcuno non può essere toccato sul braccio perché s'è già scottato, qualcuno preferisce la gamba; qualcuno accarezza con la mano sinistra qualcuno con la destra e non c'è equazione per ricreare quella piacevolezza se non accettare l'unicità nostra e dell'incontro tra due pelli. Perché solo così promuoveremo quel processo enterocettivo di presenza a sé stessi, e dunque daremo una mano all'altro a sentirsi e integrare, ad un livello più elevato, tutto ciò che sta avvenendo in quell'io-soggetto in quel momento dato. Che si parli di paziente o di un bambino, la nostra presenza non dovrebbe quindi essere volta al cambiamento dell'altro; la nostra presenza deve essere carezzevole e rispettosa, con il paziente come con il bambino, perché solo così facendo l'altro potrà cogliere a pieno sé stesso, i suoi confini e le sue risorse, migliorando la qualità del rapporto con ciò che realmente è.

Per toccare non si può fare a meno di farsi toccare. Perché è solo essendoci, prendendo contatto con noi stessi per come siamo, facendoci sentire umani e caldi, presenti, misurati e rispettosi delle difese, che possiamo aiutare l'altro ad entrare in contatto più o meno cosciente con sé, integrare le informazioni interne, determinare i suoi confini e limiti, e muoversi più libero e creativo nel mondo. Un vero miracolo.

‘Una conversazione intima con una persona a noi cara per me è uno dei massimi piaceri che la vita regala. Ma perché una conversazione del genere si possa sviluppare, è necessario un partner che sappia ascoltare e nello stesso tempo confessare. Capace di franchezza, ma non intenzionato a ferire. Imprevedibile ma non minaccioso. E, naturalmente, è necessario il tempo. Che entrambe le parti abbiano abbastanza tempo per scendere in profondità. Ed è indispensabile un luogo. Che permetta a tutto questo di accadere.

Insomma, un vero miracolo, che si verifica solo di rado’

(E. Nevo, ‘L’ultima intervista’).

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2014). Father’s brain is sensitive to childcare experiences. *PNAS*, *111*(27), 9792-9797. doi:10.1073/pnas.1402569111.
- Ackerley, R., Backlund Wasling, H., Liljencrantz, J., Olausson, H., Johnson, R.D., & Wessberg J. (2014). Human C-tactile afferents are tuned to the temperature of a skin-stroking caress. *Journal of Neurosciences*, *34*(8), 2879-2883. doi:10.1523/JNEUROSCI.2847-13.2014.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Atzil, S., Hendler, T., & Feldman, R. (2011). Specifying the neurobiological basis of human attachment: Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology*, *36*(13), 2603-2615. doi:10.1038/npp.2011.172.
- Baldoni, F., & Campailla, A. (2017) Attaccamento, working alliance e relazione terapeutica: cosa rende efficace una psicoterapia? *Giornale italiano di psicologia*, *4*(4), 823-848. doi:10.1421/88770.
- Cameron, O. (2001). Interoception: the inside story - a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, *63*(5), 697-710. doi:10.1097/00006842-200109000-00001.
- Craig, A.D. (2016). *How do you feel? an interoceptive moment with your neurobiological self*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi:10.1515/9781400852727.
- De Robertis, D. (2005). Le logiche dei sistemi complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, *16*(3), 319-328.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, *73*(4), 805-811. doi:10.1016/s0015-0282(99)00493-8.
- Ferrari, F. (a cura di). (2017). *Il neonato pretermine. Disordini dello sviluppo e interventi precoci*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2011). *L’intreccio: neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2012). *Alice, il porcospino e il fenicottero*. Rimini: Guaraldi Editore.
- Florita, M. (2016). *Come respira una piuma*. Roma: Edizioni Ensemble.
- Florita, M. (a cura di). (2020). *Benessere e cura nell’esperienza perinatale*. Milano: Ordine degli Psicologi della Lombardia.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (a cura di). (2017). *Psicologia clinica perinatale*. Milano: FrancoAngeli.
- Jean, A.D.L., & Stack, D.M. (2009). Functions of maternal touch and infants’ affect during face-to-face interactions; New directions for the still-face. *Infant Behavior and Development*, *32*, 123-128. doi:10.1016/j.infbeh.2008.09.008.
- Khalsa, S.S., Adolphs, R., Cameron, O.G., Critchley, H.D., Davenport, P.W., Feinstein, J.S., Feusner, J.D., Garfinkel, S.N., Lane, R.D., Mehling, W.E., Meuret, A.E., Nemeroff, C.B., Oppenheimer, S., Petzschner, F.H., Pollatos, O., Rhudy, J.L., Schramm, L.P., Simmons,

- W.K., Stein, M.B., Stephan, K.E., Van den Bergh, O., Van Diest, I., von Leupoldt, A., & Paulus, M.P. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience neuroimaging*, 3(6), 501-513. doi:10.1016/j.bpsc.2017.12.004
- Loken, L.S., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Olausson, H. (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neurosciences*, 12, 547-548. doi:10.1038/nn.2312.
- McGlone, F., Cerritelli, F., Walker, S., & Esteves, J. (2017). The role of gentle touch in perinatal osteopathic manual therapy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 1-9. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.11.009.
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737-755. doi:10.1016/j.neuron.2014.05.001.
- Minolli, M. (2015). *Essere e Divenire. La sofferenze dell'individuo*. Milano: FrancoAngeli.
- Montirosso, R. (2020). Intervento al Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale e care; Milano, 08 febbraio 2020.
- Moore, S.R., McEwen, L.M., Quirt, J., Morin, A., Mah, S.M., Barr, R.G., Boyce, W.T., Kobor, M.S. (2017). Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. *Development and Psychopathology*, 29(5), 1517-1538. doi:10.1017/S0954579417001213.
- Moszkowski, R.J., & Stack, D.M. (2007). Infant touching behaviour during mother–infant face-to-face interactions. *Infant and Child Development*, 16(3), 307-319. doi:10.1002/icd.510.
- Quadt, L., Critchley, H.D., & Garfinkel, S.N. (2018). The neurobiology of interoception in health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 112-128. doi:10.1111/nyas.13915.
- Sherrington, C.S. (1948). *The integrative action of the nervous system*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stolorow, R.D. (1995). Sistemi dinamici, diadici ed intersoggettivi: un paradigma in evoluzione per la psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 6(2), 123-133.
- Thelen, L.B., & Smith, E. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, MA: MIT Press. doi:10.7551/mitpress/2524.001.0001.
- UNICEF. (2014). Retrived from: http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Current_Issues_Paper_Sexual_Identification_Gender_Identity.pdf
- Vallbo, A.B., Olausson, H., & Wessberg, J. (1999). Unmyelinated afferents constitute a second system coding tactile stimuli of the human hairy skin. *Journal of Neurophysiology* 81(6), 2753-2763. doi:10.1152/jn.1999.81.6.2753.
- Zotterman, Y. (1939). Touch: pain and tickling: an electrophysiological investigation on cutaneous sensory nerves. *Journal of Physiology*, 95(1), 1-28. doi:10.1113/jphysiol.1939.sp003707.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 1 ottobre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 6 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:431

doi:10.4081/rp.2021.431

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

