

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

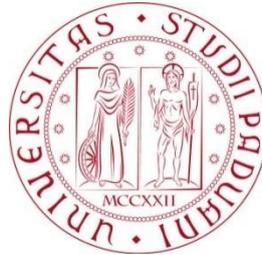
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Alessandro Martini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

L'EPIDERMIDE EMOZIONALE

**L'importanza del contatto fisico nella relazione di cura dal
neonato all'anziano: come un "tocco gentile" migliora lo
stato psicofisico della persona**

Relatore: Prof.ssa Martina Bua

Laureanda: Matilde Vecchiattini

Matricola: 1196572

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

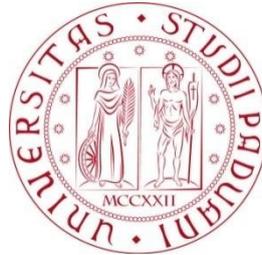
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Alessandro Martini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

L'EPIDERMIDE EMOZIONALE

**L'importanza del contatto fisico nella relazione di cura dal
neonato all'anziano: come un "tocco gentile" migliori lo
stato psicofisico della persona**

Relatore: Prof.ssa Martina Bua

Laureanda: Matilde Vecchiattini

Matricola: 1196572

Anno Accademico 2022/2023

*Ai miei nonni,
ogni mio successo,
ogni mio sorriso,
lo dedico a voi,
che siete per me fonte di vita*

ABSTRACT

L'educatore professionale è una delle figure più vicine al paziente per questo deve possedere buone capacità di ascolto per poter entrare in contatto empatico con l'altro, deve conoscere strumenti e strategie adeguate e soprattutto tenere sempre presente i bisogni primari della persona. A volte, perciò le parole non bastano e vanno integrate col contatto fisico, anche se una sempre maggiore razionalizzazione delle emozioni ha portato ad una svalutazione della sensorialità. Nella nostra società una carezza o un abbraccio sono accettati e riconosciuti spesso solo come manifestazione privata, così la parola viene ad essere il sostituto di ogni slancio verso l'altro. Il contatto fisico, soprattutto nelle persone sole, malate, emarginate, anziane, viene sempre meno. L'essere umano invece fin dagli albori della vita necessita di cure ed attenzioni, ha bisogno di essere preso in braccio e di essere coccolato. Saranno proprio le braccia della madre a far sì che il neonato riesca a percepirsi come essere a sé stante. L'educatore professionale e più in generale, ogni professionista che lavora a stretto contatto con i pazienti, deve prendere consapevolezza che prima di ogni progetto educativo, di ogni attività, prima di qualsiasi altra cosa viene la persona. Attraverso il tocco l'educatore professionale ha la possibilità di creare un rapporto di maggior fiducia con il paziente, trasmettere il desiderio di aiutare e sollecitare il desiderio della persona di essere rassicurata, oltre che garantirgli un momento di benessere emotivo; infatti, il tocco può aver effetti benefici sul nostro corpo sia dal punto di vista fisiologico che emotivo. Esistono diverse tecniche come: l'aptonomia o caring touch, il tocco gentile, il tocco armonico®, il nurturing touch... Tutte queste tecniche usate nei tempi e nelle modalità adeguate possono apportare benefici psicofisici alla persona.

PAROLE CHIAVE: tocco, educatore professionale, cura, benessere psicofisico, tocco gentile

ABSTRACT

The professional educator is one of the figures closest to the patient so he or she must possess good listening skills in order to empathize with the other person, must know appropriate tools and strategies, and above all must always keep in mind the person's primary needs. Sometimes, therefore, words are not enough and must be supplemented with physical contact, although an increasing rationalization of emotions has led to a devaluation of sensoriality. In our society a caress or a hug is often accepted and recognized only as a private manifestation, so words come to be the substitute for any impulse toward the other. Physical contact, especially in people who are lonely, sick, marginalized, and elderly, is becoming less and less. The human being, on the other hand, from the dawn of life needs care and attention, needs to be held and cuddled. It is precisely the mother's arms that will enable the infant to perceive himself as a being in his own right. The professional educator, and more generally, any professional working closely with patients, must become aware that before any educational project, before any activity, before anything else comes the person. Through touch, the professional educator has the opportunity to create a relationship of greater trust with the patient, convey a desire to help and solicit the person's desire to be reassured, as well as provide him or her with a moment of

emotional well-being; in fact, touch can have beneficial effects on our bodies both physiologically and emotionally. There are different techniques such as: haptonomy or caring touch, gentle touch, harmonic touch®, nurturing touch... All these techniques used at the appropriate times and in the appropriate ways can bring psychophysical benefits to the person.

KEY WORDS: touch, professional educator, caring, psychophysical well-being, gentle touch

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I: <u>L'IMPORTANZA DEL CONTATTO FISICO NEL BAMBINO</u>	5
1. NEONATO, CAREGIVER E CURE MATERNE	5
2. LO SVILUPPO DEL SE'	9
2.1 DIDIER ANZIEU: l'Io pelle	10
2.2 DONALD WOODS WINNICOTT: Holding, sostegno fisico ed emotivo	11
2.3 WILFRED BION: Rêverie	13
2.4 DANIEL STERN: sintonizzazione affettiva, strumento di madri ed educatori...15	
2.5 JHON BOWLBY: attaccamento	18
CAPITOLO II: <u>GLI EFFETTI DEVASTANTI DELLA DEPRIVAZIONE MATERNA</u>	25
3. RENE' SPITZ	27
4. GLI EFFETTI DELLA DEPRIVAZIONE MATERNA SUL CERVELLO	30
CAPITOLO III: <u>PROMUOVERE LE CURE PROSSIMALI</u>	33
5. EDUCARE I GENITORI AL CONTATTO	33
CAPITOLO IV: <u>GLI EFFETTI DI UN TOCCO AMOREVOLE A LIVELLO FISIOLOGICO</u>	37
6. IL RUOLO DELL'OSSITOCINA	38
7. IL POTERE DELLE CAREZZE	40
8. I BENEFICI DI UN ABBRACCIO	42
CAPITOLO V: <u>TERAPIE DI CONTATTO: LA GENTILEZZA CHE ALLEVIA LA SOFFERENZA</u>	47
9. APTONOMIA, LA SCIENZA DEL CONTATTO	51
10. IL TOCCO GENTILE	53
11. NURTURING TOUCH "IL TOCCO CHE NUTRE"	55
12. TOCCO ARMONICO®	58
12.1 INTERVISTA A LUCIA FERRARI, INFERMIERA E OPERATRICE DI TOCCO ARMONICO®	63

CAPITOLO VI: <i>L'EDUCATORE COME STRUMENTO "I CARE"</i>	67
13. L'EDUCATORE E LA RELAZIONE DI CURA	67
CONCLUSIONI	72
RINGRAZIAMENTI	75
BIBLIOGRAFIA	76
ALLEGATI.....	80

INTRODUZIONE

L'educatore professionale è una delle figure più a contatto con i pazienti ed è proprio sul “contatto” che voglio approfondire la mia tesi di laurea.

Nel nostro lavoro si parla spesso di strategie, tecniche, strumenti, modelli da seguire, ma nel rapporto di cura la cosa importante è la persona che è fatta di psiche e corpo, due entità profondamente interconnesse tra di loro. Prendersi cura della persona, significa quindi soffermarsi sulla psiche, ma senza perdere di vista anche l'altra parte fondamentale: il corpo.

Per questo nel rapporto di cura, oltre al dialogo, all'utilizzo di tecniche e strategie è importante, se non fondamentale, il contatto fisico. L'esperienza relazionale modifica il cervello per tutto l'arco della vita e il processo evolutivo inizia sin dall'epoca prenatale.

In questa tesi prenderò in esame l'importanza del contatto fisico nella relazione di cura, dalla nascita fino alle ultime fasi della vita e come un “tocco” dato nel momento, nella qualità e identità e nella durata giusta possa cambiare la vita di una persona.

Ho scelto di approfondire questo argomento perché nelle mie esperienze di tirocinio e lavorative, ho notato fin da subito, essendo stata per diverso tempo a contatto con gli anziani, di quanto avessero bisogno di vicinanza e calore umano. Gli anziani tendono a prenderti le mani e a stringertele o a farti un complimento su quanto è bella la tua giacca, quando in realtà vogliono solo farti una carezza. Descriverò uno dei tanti esempi che potrei raccontare sulla mia esperienza con gli anziani per sottolineare l'estrema utilità e il potere del contatto: un giorno una signora con demenza stava piangendo, cercava la sua mamma, allora mi sono avvicinata e molto istintivamente le ho preso il viso tra le mie mani e le ho fatto una carezza dicendole che andava tutto bene. Lei mi ha guardata, mi ha abbracciata e ha smesso di piangere ringraziandomi tantissimo. Ripensandoci quella signora aveva solo bisogno di questo. Non le si poteva spiegare che i suoi genitori erano morti, non si poteva neanche cercare di distrarla, perché il suo pensiero sarebbe ricaduto sempre lì. Quella signora cercando disperatamente sua madre voleva solo un po' di conforto trovandosi confusa, in un posto lontano da casa, in mezzo a gente che non conosceva.

Esperienze simili le ho avute svolgendo tirocini in strutture con persone con disabilità, dove il contatto fisico era inevitabile, ad esempio, un ragazzo autistico aveva un suo rituale dove per calmarsi dovevamo abbracciarci, fare cinque giri e contare fino a tre.

Inoltre, ho lavorato, e lavoro tutt'ora, in una scuola dell'infanzia che ospita bambini dagli 1-6 anni e ho avuto modo di capire ancor meglio quanto sia importante il contatto fisico nella quotidianità di un bambino, sia a livello educativo, che comunicativo. Ho inoltre sperimentato sui bambini alcune tecniche di tocco per indurre il rilassamento ed il sonno, riscontrando risultati positivi tanto da utilizzare queste tecniche quotidianamente qualora fosse necessario.

Oltre alla sfera lavorativa, essere madre e aver vissuto l'esperienza del contatto a livello simbiotico col proprio figlio, ha mosso in me ancor di più l'interesse ad approfondire questo argomento e sottolineare l'importanza cruciale che il contatto fisico ha nello sviluppo psico-fisico e sociale della persona.

Quello che muove la mia ricerca è la necessità di raccogliere materiale e riflettere sull'importanza del rapporto di cura e in particolare del tatto e del contatto, di come la pelle, l'organo più esteso del corpo sia spesso sottovalutato e di come il contatto tra bambino e chi se ne prende cura sia fondamentale per la sua sopravvivenza e come negli anziani il contatto fisico arrivi a una quasi totale scomparsa, anche se non ne diminuisce il bisogno, anzi tende ad aumentare.

L'obiettivo principale è porre l'attenzione sul ruolo della figura dell'educatore professionale e attraverso il materiale raccolto, mettere in luce gli aspetti fondamentali che favoriscono il rapporto di cura, concentrandosi in particolar modo sul contatto e sul tipo di approccio che può far la differenza nella presa in carico della persona. Questa ricerca vuole esaltare l'importanza che rivestono le doti empatiche che l'educatore professionale dovrebbe possedere, assieme alle capacità di ascolto e l'interesse autentico per il paziente. Si pone l'attenzione su come tutto il nostro corpo comunichi e su quanta attenzione, rispetto e responsabilità serva per lavorare con le vite delle persone. In tutto questo il contatto fisico può essere un valido strumento per facilitare la relazione e per fornire al paziente il sostegno di cui ha bisogno, considerando anche che un tocco consapevole apporta benefici sia fisici che mentali a chi lo riceve.

A sostegno di quanto detto ho utilizzato libri di autori e banche dati come Google scholar e Pub Med, e utilizzato siti web come stateofmind.it, psiche.org, psicologia24.it, per poi affinare la ricerca sulle banche dati citate in precedenza.

Ho poi suddiviso il mio lavoro in sei capitoli, partendo da dove tutto ha inizio, cioè dalla nascita, poiché a partire dalla relazione madre/bambino, il tatto ed il contatto hanno un'importanza fondamentale per lo sviluppo psichico: il primo legame affettivo si costituisce proprio grazie al soddisfacimento del bisogno di vicinanza fisica e di calore che il bambino sperimenta all'inizio della sua vita.

Portando in esame le teorie di alcuni autori come Anzieu, Winnicott, Bion, Sterne e Bowlby, si concretizza l'idea che il bisogno di vicinanza e cure premurose siano indispensabili per la buona riuscita di un individuo sano dal punto di vista fisico e mentale.

La privazione di cure materne, argomento affrontato nel secondo capitolo, porta a scompensi fisici, mentali e addirittura alla morte, a prova di ciò Renè Spitz descriveva le conseguenze della grave privazione sensoriale, emotiva, cognitiva di bambini cresciuti in orfanotrofi nei primi anni di vita.

Per questo ritengo che sia importante educare i genitori al contatto. Ho scelto di introdurre questo terzo capitolo nella mia tesi, dopo un'attenta riflessione nata da esperienze personali, dialoghi e confronti con un numero considerevole di donne, sia neomamme che con figli già cresciuti. Esiste ancora molta disinformazione su come prendersi cura del lato psichico dei bambini e nella nostra società aleggiano ancora vecchie teorie e metodi retrogradi tramandati da generazioni che non fanno altro che accrescere dubbi e false certezze, oltre che causare danni al bambino, ma anche a chi se ne prende cura. L'educatore professionale, in una visione utopica, potrebbe essere un valido aiuto ai neo-genitori, accompagnandoli, in un percorso formativo e di crescita insieme al bambino.

Educare chi si prende cura del fanciullo all'affettività, alla ragione per cui il contatto fisico provoca uno stato di piacere e benessere nell'essere umano, cioè per la produzione di ossitocina, all'importanza delle carezze e agli innumerevoli benefici degli abbracci, tematiche trattate nel quarto capitolo, potrebbe fungere da prevenzione per crescere adulti del futuro sani.

Se il genitore deve prestare attenzione a come prendersi cura del piccolo, dal modo di tenerlo in braccio al tono della voce, così anche l'educatore professionale richiede una continua interazione con il corpo del malato.

Il quinto capitolo apre le porte al mondo delle terapie di contatto e di come gesti gentili, competenze empatiche e un tocco intenzionale, pensato e studiato, possano migliorare lo stato psicofisico della persona.

Un importante contributo in questa parte della tesi mi è stata fornita da Enzo d'Antoni, ideatore di una tecnica di massaggio lento, chiamato Tocco armonico® e da Laura Ferrari, un'infermiera presso un reparto di cure palliative di Trento, che pratica il tocco armonico ai suoi pazienti e che mi ha permesso di intervistarla.

Riprendendo il concetto che tutto di noi comunica, dal modo di parlare a quello di vestire e che quindi prima di curare gli altri bisogna essere ben sintonizzati con se stessi, si introduce il sesto ed ultimo capitolo di questa ricerca.

Mentre procedevo con le mie ricerche mi ritornava sempre alla mente un libro, scritto da una mia professoressa e letto alcuni anni fa intitolato "Presente infinito".

Dall'esperienza nei panni di paziente vissuta dall'autrice, risalta ancor meglio il concetto dell'importanza del prendersi cura della persona "con tutta la propria persona". Da qui il titolo del sesto capitolo -L'educatore come strumento "I care"-.

CAPITOLO I

L'IMPORTANZA DEL CONTATTO FISICO NEL BAMBINO

*<< la madre è il nome dell'Altro che non lascia che la vita cada nel vuoto,
che la trattiene nelle proprie mani impedendole di precipitare;*

è il nome del primo "soccorritore". >>

Rainer Maria Rilke, Le mani della madre

1. NEONATO, CAREGIVER E CURE MATERNE

Il processo evolutivo del bambino inizia nel periodo prenatale. Nell'embrione la pelle fa la sua comparsa dopo circa 60 giorni di gestazione ed è l'organo più sviluppato e resta tale per tutto l'arco della vita. (Anzieu, 1985 trad. 2005)

Durante la gestazione il feto è massaggiato dagli organi interni della madre e dal liquido amniotico. E i suoi movimenti sono la prima forma di contatto tra mamma e bambino.

“Il bisogno di contatto per gli esseri umani è confermato da recenti ricerche scientifiche sulla formazione della vita nel periodo intrauterino. Attraverso l'osservazione di gemelli nell'utero materno è stato possibile constatare che già dalla quattordicesima settimana di gestazione i due feti intenzionalmente si cercano, si toccano e si esplorano in modo delicato e preciso.” (Brunella Gasperini, 2015)

Il contatto fisico tra bambino e chi se ne prende cura, che da ora in poi chiameremo “caregiver”, durante i primi mesi di vita è fondamentale per la sua sopravvivenza fisica e psicologica.

Il tatto è quindi la prima forma di comunicazione sociale e agisce come forma di comunicazione secondaria nel corso di tutta la vita.

“Freud sottolineava ripetutamente che il lattante è indifeso e incapace di sopravvivere con i soli propri mezzi.” (Renè A. Spitz, 1958, trad. 2010, pag. 16)

La sensazione che il neonato ha quando viene al mondo e quella di “stare per cadere in mille pezzi”.

Leboyer, un medico francese che ha scritto sulla nascita senza violenza, ha mostrato quanto sia importante per il futuro benessere del bambino che il suo primo ingresso nel mondo e l'impatto esterno sulle sue funzioni corporee siano trattati con sensibilità. Leboyer ha cercato di ricostruire le prime sensazioni dei neonati, analizzando gesti ed espressioni dei minuti dopo la nascita che hanno caratteristiche comuni e ha posto la sua attenzione sul piacere o il trauma legati alla sensazione della pelle, al contatto degli occhi con la luce e al contatto delle orecchie con il suono. Quello che è sicuro è che per il bambino il passaggio dalla pancia della mamma al mondo esterno è un vero e proprio shock: i cinque sensi che fino a quel momento si erano abituati ad una determinata realtà, ovattata e protetta, ora vengono improvvisamente sollecitati. Egli entra in un mondo che è normalmente venti gradi più freddo dell'utero, passa da un mondo dominato da sensazioni cutanee a un mondo in cui una quantità sempre più grande di impressioni viene da recettori a distanza, principalmente gli occhi e le orecchie; da un mondo in cui aria e cibo passano attraverso l'ombelico, a uno in cui passano attraverso naso e bocca; da un mondo in cui i muscoli sono senza peso e sospesi nel liquido, a un mondo dove hanno una funzione antigravitazionale. (Loredana Scaletti, 2020)

Ecco perché il neonato ha bisogno di stare con la madre, soprattutto dopo la nascita, a stretto contatto fisico per creare un continuum tra grembo materno e corpo materno, ha bisogno di essere contenuto tra le braccia della madre che cullandolo, accarezzandolo e allattandolo riesce a contenere l'angoscia di frammentazione del bambino. Abbracciare un bambino che piange serve a consolarlo e a fargli capire che quell'emozione non lo distruggerà, perché ci sarà qualcuno accanto a lui nel momento del bisogno. Per quanto riguarda l'allattamento, in accordo con la metapsicologia freudiana, Anzieu (1985) fa notare che se la bocca fornisce la prima esperienza di un contatto differenziante, in questa prima fase di sviluppo l'esperienza forse più centrale risulta essere quella della replezione, cioè succhiare il latte e sentirsi pieni, di una massa centrale, un centro di gravità. Ecco perché il lattante si rilassa durante la suzione, perché sente nel proprio corpo il calore (=passaggio di latte) e il peso (=replezione), contenuto tra le braccia e le mani della madre. Il sentirsi pieno è il primo stadio del concepimento dell'essere e sentirsi una persona.

Come viene meglio sottolineato nei modelli che fanno riferimento alla teoria dell'attaccamento, in occasione della poppata e delle cure, il bambino fa inoltre un'importantissima e cruciale esperienza, quella di essere in contatto con l'altro materno, attraverso canali per mezzo dei quali è possibile sperimentare calore, odori, suoni, immagini visive, movimenti.

I bambini hanno bisogno di un contatto corporeo diretto molto più frequente e intenso, in quanto inizialmente non dispongono ancora di un linguaggio. Soltanto gli impulsi trasmessi attraverso la pelle lo guidano. Il bambino deve percepire la mamma con tutto il suo corpo: quanto più il bambino è piccolo tanto più stretto è il contatto, talvolta fino a raggiungere una intensità simbiotica, attraverso cui si sente legato alla mamma come se fosse parte di lei. "La pelle che il neonato impara a conoscere meglio è quella delle mani e dei seni della madre". (Anzieu,1985 p.32)

È solo in seguito, grazie a queste prime appaganti e rassicuranti esperienze di contatto che viene acquisita la percezione soggettiva della propria pelle, necessaria affinché possa essere garantita l'integrità dell'involucro psicocorporeo contro le angosce di frammentazione e di svuotamento.

Il contatto con la madre fa sì che il bambino riesca a regolare il battito cardiaco e il respiro, dal momento che i neonati non sanno regolare né i loro stati emotivi né i cambiamenti dei parametri fisiologici. L'interruzione della vicinanza tra caregiver e bambino modifica la fisiologia del bambino.

Per il neonato l'ambiente è costituito da un'unica figura di riferimento che non percepisce come entità distinta, ma è un tutt'uno con lui e fa semplicemente parte dell'insieme dei suoi bisogni e della sua gratificazione.

A questo proposito Esther Bick (Bick E, 1984, pp. 90-95) ipotizza che, nella loro forma più primitiva, le diverse parti che compongono la personalità non abbiano capacità coesiva, pertanto debbano essere tenute insieme, in forma passiva, dalla pelle, grazie alla sua funzione di limite periferico. Questa funzione interna di contenimento di parti del Sé dipende, inizialmente, dall'introiezione di un oggetto esterno capace di adempiere a questa funzione. Tale oggetto che contiene – la madre – si costruisce spesso durante i momenti di poppata, grazie alla doppia esperienza che il bambino fa del capezzolo materno tenuto in bocca e della propria pelle

contenuta dalla pelle della madre, dal suo odore, dal suo calore, dalla sua voce. Egli, inoltre, cerca di tenere unito se stesso attraverso il rapporto con questi oggetti, che, sul piano del comportamento manifesto, possono essere riconducibili alla ricerca di attaccamento verso la madre.

In questa fase dello sviluppo emotivo, la madre svolge un ruolo fondamentale nella regolazione delle funzioni biologiche ed emozionali del bambino, consentendogli, gradatamente, di sviluppare un senso del sé coeso e integrato, di concepirsi come individuo e di imparare a distinguere le emozioni dalle sensazioni fisiche.

Nei paesi africani, presso i popoli indigeni del Sud America, in Indonesia e in generale in tutti i luoghi in cui gli uomini seguono ancora le antiche tradizioni della natura, le madri portano i figli legati a loro tramite una fascia. Ciò avviene spesso anche per pura necessità, in condizioni di vita povere, però il bambino portato in fascia trae molti benefici: gli viene trasmessa l'affidabilità del legame, la protezione, la fiducia e soprattutto la consapevolezza di essere amato incondizionatamente. (Loredana Scaletti, 2020).

Anche nel popolo Inuit è consuetudine portare i bambini nudi legati con la fascia al centro della schiena, scaldati da pellicce e dal calore che i due corpi attaccati emanano. Madre e bambino si parlano attraverso la pelle. Quando ha fame il bambino gratta il dorso della mano e gli succhia la sua pelle; lei lo gira davanti e gli offre il seno. Il bisogno di movimento è soddisfatto dell'attività della madre. L'eliminazione urinaria e intestinale avviene senza abbandonare il dorso della madre; essa lo prende e lo pulisce per evitare il disagio più a lui che a se stessa. La madre previene tutti i bisogni del bambino che intuisce in modo tattile. Il bambino piange raramente. Per pulirlo gli lecca il volto e le mani perché è troppo costoso fondere l'acqua gelata. Da qui la successiva serenità dell'eschimese di fronte alle avversità, la sua capacità di vivere, con una fiducia di base fondamentale, in un ambiente fisico ostile; il suo comportamento altruista; le sue eccezionali attitudini spaziali e meccaniche. (Anzieu, 1985 trad.2005)

Già da diversi anni anche in Italia ci si sta avvicinando sempre al metodo di portare il bambino in fascia.

La vicinanza con la madre, o con un caregiver, fa sì che il bambino riesca a conoscere e comprendere le diverse parti di sé e i suoi rapporti con gli altri. In quest'ottica la madre diviene il contenitore, mentre gli impulsi e le emozioni frammentarie del bambino diventano il contenuto. In questo modo la vita degli impulsi può essere legata al pensiero invece di essere meramente agita e reagita. L'opportunità di conoscersi e svilupparsi come tali richiede la disponibilità di una persona accudente che abbia qualità di ricezione e reazione.

Ciò che manca al lattante viene compensato e fornito dalla madre, la quale provvede a tutte le sue necessità, affinché si sviluppino le sue potenzialità sia negli aspetti somatici che psicologici. Lo sviluppo psicologico dipende essenzialmente dalle relazioni sociali.

2. LO SVILUPPO DEL SE'

Attraverso cure amorevoli e la presenza di un caregiver con capacità ricettive ed empatiche, il bambino impara, col tempo, a riconoscere le proprie emozioni. Riconoscendo le proprie emozioni il bambino inizierà a conoscersi e ad acquisire una maggiore sicurezza di sé.

Offrendo al bambino una base sicura d'amore, disponibile sempre, il bambino si sentirà capito, protetto ed amato, questo favorirà l'accrescimento della propria autostima e permetterà al bambino di riconoscersi come persona.

A tale proposito, è importante sottolineare come le precoci esperienze tattili risultino indispensabili sia per la strutturazione di un confine tra il sé e il non-sé e per la riuscita del processo di separazione-individuazione, sia affinché si creino i presupposti perché il bambino sviluppi la cooperazione e, dunque, un adeguato sentimento sociale.

2.1 DIDIER ANZIEU: L'Io pelle

Anche lo psicanalista francese Didier Anzieu considera essenziali le prime sensazioni cutanee poiché consentono al bambino di esperire un universo sociale e relazionale sempre più complesso. Ciò avviene fin dalle prime cure di cui il piccolo è oggetto, quando cioè viene tenuto in braccio, lavato, accarezzato, coccolato dalla madre.

È infatti grazie a queste prime appaganti e rassicuranti esperienze di contatto che viene acquisita la percezione soggettiva della propria pelle, cioè una superficie che comporta una faccia interna e una esterna, un'interfaccia che permette la distinzione del dentro e del fuori ed un volume ambiente nel quale il bambino si sente immerso, superficie e volume che gli danno l'esperienza di un contenitore. Esperienza necessaria affinché possa essere garantita l'integrità dell'involucro psicocorporeo contro le angosce di frammentazione e di svuotamento.

In questo senso, Anzieu ha introdotto il concetto di Io-Pelle ed egli afferma: “L'Io-pelle è una parte della madre, in particolare le mani, che è stata interiorizzata e che mantiene la vita psichica in condizione di funzionare, almeno durante la veglia, proprio come durante lo stesso tempo la madre mantiene il corpo del bambino in uno stato di unità e solidità” (1985). Il bambino, mentre sperimenta l'appoggio esterno sul corpo della madre, può conquistare un appoggio interno; su di esso egli può addossarsi in sicurezza per mettere in atto i primi meccanismi della sua vita psichica.

Nel momento evolutivo in cui sia la madre sia il bambino vivono l'“altro” come una parte di sé, la qualità dell'esperienza relazionale è meglio interpretabile sulla base del fantasma di una pelle comune piuttosto che su una dinamica interpersonale identificatoria.

“Con Io-pelle Anzieu fa riferimento ad una rappresentazione di cui si serve l'Io (seconda topica di Freud) del bambino, durante le fasi precoci dello sviluppo, per rappresentare se stesso come Io che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo. Ciò corrisponde al momento in cui l'Io psichico si differenzia dall'Io corporeo sul piano operativo e resta invece confuso con esso sul piano figurativo. Lo stesso Freud sosteneva che “l'Io è anzitutto un'entità corporea (...) derivato da sensazioni corporee, soprattutto da le sensazioni provenienti dalla superficie del corpo.”

[...] Ogni attività psichica si appoggia su una funzione biologica. L'Io -pelle trova il proprio appoggio sulle diverse funzioni della pelle.

La pelle prima funzione, è il sacco che contiene e trattiene il buono ed il pieno che l'allattamento, le cure, il bagno di parole vi hanno accumulato.

La pelle seconda funzione, è invece rappresentata dalla barriera che consente protezione ed è la superficie di separazione (interfaccia) che segna il limite tra una dimensione interna ed una esterna.

La pelle terza funzione, infine, è luogo e mezzo di comunicazione, principio di intersoggettività e di relazioni significative con gli altri.” (Anzieu, 1985, trad. 2005 p.56)

"L'Io pelle fonda la possibilità stessa del pensiero" (ibidem, p.57)

2.2 DONALD WOODS WINNICOTT: Holding, sostegno fisico ed emotivo

“Nel 1970 la psicoterapeuta Martha Welch osservò come un abbraccio materno portava notevoli benefici nella capacità di interazione dei bambini autistici. Successivamente, propose l'utilizzo dell'abbraccio anche con bambini non autistici, verificandone i benefici nella gestione di disagi, rabbia, capricci, aggressività, negativismo e problemi a carico dell'attaccamento. Nell'abbraccio, la mamma si trasforma in un contenitore delle angosce del bambino, riuscendo a placarlo.” (Livia del Monte, 2018)

“Holding è il nome attribuito dal pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott a tale tecnica. Il termine, infatti, evoca con forza le immagini di una madre che, con presa salda seppur delicata, regge il figlio in braccio, e quando il bambino è in preda all'angoscia se lo stringe al petto. Tale funzione, secondo Winnicott, caratterizza la madre «sufficientemente buona», cioè una madre con mancanze passeggera che però non sono mai più grandi di quelle che il suo bambino può sopportare, in grado di identificarsi con i bisogni del bambino, di comprendere i suoi stati di malessere o benessere, di dare ad essi un significato e di agire o non agire, a seconda delle circostanze.

Questa immagine ci aiuta a capire i referenti esperienziali essenziali per la metafora e il concetto che vuole esprimere l'autore. Tuttavia, per la teoria psicoanalitica il significato del concetto winnicottiano di holding è assai più sottile di quanto suggerisca questa generica formulazione. Per Winnicott, infatti, l'holding è un concetto ontologico al quale egli ricorre per indagare le qualità specifiche dell'esperienza di esistere nelle diverse fasi dello sviluppo e per esplorare le mutevoli modalità intrapsichiche e interpersonali che informano il senso di continuità dell'essere-nel-tempo.” (Thomas A. Ogden, 2006 pp. 153-169)

Proprio nel corpo della madre il bambino sperimenta l'holding come prima forma di vita, esperienza definita da Winnicott come: «continuare-a-esistere». Durante il suo sviluppo, il feto si espande nell'utero e viene tenuto sempre più stretto e aderente alla parete uterina materna. Nel sentire questo confine, il bambino percepisce il ritmo dell'essere portato in modo sicuro, caldo e morbido. E anche la mamma percepisce in modo sempre più forte il benessere del bambino. Il feto si può fidare dei ritmi del corpo della mamma e si sente protetto.

“Un gruppo di ricercatori italiani e giapponesi ha dimostrato, per la prima volta, che cuccioli umani al di sotto dei 6 mesi di età e cuccioli di topo rispondono al trasporto materno attraverso una simile riduzione del movimento volontario, del pianto e della frequenza cardiaca. Solo stimolazioni tattili (l'abbraccio materno nella nostra specie e la presa alla regione dorsale del collo per il topo) e stimolazioni vestibolo-proprioceptive (il camminare) sono alla base di questo efficacissimo effetto calmante.” (Costantino Panza, 2013 p. 256).

“L'holding della madre scandisce anche il tempo del bambino, giacché il tempo è un'invenzione umana che nulla ha a che vedere con l'esperienza del neonato.

La sua presenza discreta offre al bambino delle condizioni che permetteranno alla sua costituzione di incominciare a evidenziarsi, alle sue tendenze di sviluppo di incominciare a manifestarsi e al bambino stesso di sperimentare il movimento spontaneo e di diventare padrone delle sensazioni che corrispondono a questa fase della sua vita.

Scrive lo psichiatra Jeremy Holmes (John Bowlby and Attachment Theory,1993): «Dalla costanza materna deriva il senso della storia: la affidabilità della risposta della madre al bambino diventa il nucleo della competenza autobiografica. Dall'holding materno deriva l'abilità di tenere se stessi nella propria mente: la capacità di autoriflessione e la possibilità di concepire se stessi e gli altri come persone che hanno una mente»". (Thomas A. Ogden, 2006, p.153-169).

La funzione di holding è la chiave per permettere al bambino di diventare adulto, di diventare autonomo e acquisire la capacità di essere solo in presenza della madre, fino poi a potere fare a meno. Queste esperienze consentono di formare dentro di sé una presenza calda e confortante.

2.2 WILFRED BION: rêverie

Il bambino, per placare i suoi sentimenti di frammentazione, oltre ad un contenimento fisico, ha bisogno anche di un contenimento psichico. La madre sufficientemente buona deve saper contenere l'angoscia del bambino e la propria, deve continuare a pensare di fronte alle crescenti e sconcertanti proteste dell'infante, facendo ricorso alle proprie risorse interne per offrirglielie. La madre dissipa a mano a mano l'angoscia del bambino cercando di affrontarla e non di trovarne la spiegazione. È in grado di tollerarla pur senza conoscerne l'origine. Resiste alla tentazione di deviare il vero significato dell'esperienza e di ricorrere prematuramente ad una soluzione. Gli parla con dolcezza, lo culla, lo accarezza, lo allatta, riflette fino a quando il bambino, beato in un clima di calma, e di serenità inizia a stabilirsi. Questa capacità con Bion prende il nome di rêverie. L'autore riteneva questa capacità essenziale perché il bambino potesse essere in grado di conoscere, concentrare e comprendere le diverse parti di sé e i suoi rapporti con gli altri.

“La teoria di Bion (1962) della capacità di rêverie materna, sostiene che esiste una “funzione alfa” materna, in virtù della quale l'infante proietta nella madre i contenuti intollerabili o per meglio dire li evacua, in quanto elementi grezzi, bruti, amorfi; la mente materna li metabolizza e glieli restituisce in una condizione che li rende tollerabili e pensabili. La funzione alfa materna a sua volta permette l'instaurarsi

della funzione alfa dell'infante, ed è quindi il precursore del suo apparato del pensiero. Il pensare dipende dalla riuscita introiezione della capacità di rêverie della mente materna che funge da contenitore dei contenuti grezzi, caotici, non pensabili che l'infante proietta in lei; essa è in un primo momento responsabile di una funzione di contenimento, depurazione e restituzione che poi l'infante svolgerà per conto suo. La funzione alfa agisce sulle impressioni sensoriali e sulle esperienze emotive percepite, trasformandole in elementi alfa, i quali a loro volta, a differenza delle sensazioni e delle emozioni non trasformate, possono essere utilizzati dall'apparato del pensiero per pensare.” (Stefano Fissi, 2009)

Quindi attraverso la rêverie materna evolve la capacità di pensare, le esperienze intollerabili del bambino verranno reintroiettate dalla madre e rese tollerabili acquisendo significato. La psichicità consiste nell'insieme delle funzioni mentali continuamente attivate per registrare, contenere, elaborare e rappresentare l'insieme delle sensazioni e percezioni. Con il supporto della rêverie materna si riduce il marasma sensoriale, il corpo si eclissa consentendo la nascita dei primi fenomeni mentali. (Domitilla Cataldi, 2022)

“Bion era interessato al pensiero e a ciò che lo rendeva possibile. Egli pose la capacità di pensare al centro stesso della vita mentale. Non una conoscenza o un pensiero intellettuale, ma un fatto emozionale, volto alla conoscenza di se stessi e degli altri.” (Maria Teresa Savio Hooke, 2021)

Un simile processo si verifica anche nel rapporto tra educatore professionale e paziente, dove l'educatore deve essere il contenitore delle proiezioni del paziente, cioè deve ricevere e gestire le informazioni che il paziente gli offre e restituirgliene trasformate.

Il professionista deve introiettare, non solo i fenomeni più evoluti (racconti, pensieri, sogni), ma anche gli elementi di base (percezioni, sensazioni ed emozioni iniziali), quelli che Bion chiama elementi beta, considerati nel suo pensiero il fondamento del sentimento di autenticità e di identità, nonché la matrice del pensiero (Bion,1922). (Domitilla Cataldi, 2022)

In questo modo l'emozione o la situazione può essere discussa, venir compresa, gestita ed in seguito trasformata.

2.3 DANIEL STERN: sintonizzazione affettiva, strumento di madri ed educatori

“Il nostro sistema nervoso è costruito per agganciarsi a quello degli altri esseri umani, in modo che possiamo fare esperienza degli altri come se ci trovassimo nella loro stessa pelle (Stern, 2005, p.64)”.

Nella relazione madre-bambino esiste una lingua segreta, uno scambio silenzioso di emozioni, sensazioni e complicità. Una madre “sufficientemente buona” riesce a comunicare con il proprio figlio senza usare parole o pensieri, riesce a comprendere i segnali del bambino dimostrandogli di averlo capito e riesce a cogliere il vissuto emotivo sottostante a quel comportamento riuscendo a regolarlo.

La madre riesce a svolgere questo compito quando si pone come specchio per il bambino: ne imita i balbettii e i gesti, arricchendoli con la propria componente personale.

Non ci deve essere solo una mera imitazione del bambino perché “... da questa imitazione il bambino potrebbe dedurre soltanto che la madre ha notato le sue azioni e ha riprodotto i suoi comportamenti manifesti. Non ne consegue necessariamente che lei sia partecipe della sua esperienza interiore, che provi lo stesso stato d'animo che era stato all'origine del comportamento manifesto” (Stern 1987, p.146).

Questo significa che la madre si deve sintonizzare empaticamente con lo stato d'animo del figlio. Il comportamento materno va verso “... una nuova categoria comportamentale che definiamo sintonizzazione degli affetti” (Stern 1987, p.148). Quello che distingue un'imitazione da una sintonizzazione è la comprensione materna dello stato affettivo del bambino. Quando il bambino riesce a cogliere che la madre aggiunge qualcosa in più nella comunicazione, allora accresce la potenzialità della dimensione intersoggettiva (Stern).

“La sintonizzazione può essere terreno fertile per la costruzione di funzioni più complesse come la capacità empatica, che è necessaria nella relazione per sentire la

partecipazione dell'altro e non la solitudine del rapporto. Inoltre, permette di sentirsi contenuti dall'altro, evitando il dolore del tracollo emotivo che si prova quando gli argini che devono contenere l'affettività, non si sono formati. Questi due piccoli esempi spiegano l'importanza del riconoscimento emotivo da parte della madre per lo sviluppo di successive funzioni determinanti nella crescita mentale del futuro adulto.” (Anita Gagliardini, 2018)

“Gli studi di Tronick et al. (1998), rendono evidenti gli effetti negativi che la mancata sintonizzazione affettiva può determinare. Se viene chiesto ad una madre di mantenere un'espressione del volto neutra e cercare di non rispondere alle sollecitazioni del bambino, quest'ultimo ne appare subito turbato: cercherà inizialmente di attirare l'attenzione della madre, di sollecitare in lei una risposta, ma se anche questi tentativi falliranno, distoglierà l'attenzione e mostrerà uno stato di forte disagio.” (Guest, 2017)

Per questo Stern scrisse: “Il motivo per cui i comportamenti di sintonizzazione sono così importanti come fenomeni a sé sta nel fatto che la vera imitazione non consente ai membri della coppia di risalire ai rispettivi stati interni, ma mantiene fissa l'attenzione sul comportamento manifesto. I comportamenti di sintonizzazione, invece, riplasmano l'evento e spostano l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, sulla qualità dello stato d'animo condiviso.

Per lo stesso motivo l'imitazione costituisce il miglior modo per indurre nel bambino l'apprendimento di aspetti esteriori, formali, e la sintonizzazione il modo migliore per comunicare stati interni o indicare la propria partecipazione. L'imitazione comunica la forma, la sintonizzazione i sentimenti.” (Stern 1987, p.151)

“Come sottolinea Tronick et al. (1998), singoli momenti di mancata sintonizzazione nella relazione diadica sono normali e non determinano di per sé effetti negativi sullo sviluppo, purché l'individuo possa comunque vivere esperienze di riparazione e sintonizzazione. Tali esperienze sembrano rappresentare la base per lo sviluppo di un attaccamento sicuro tra madre e bambino, oltre a favorire un senso di benessere e di crescita verso la resilienza (Siegel, 2013). Nel

momento in cui un neonato vive l'esperienza di una sintonizzazione all'interno di un sistema diadico, la sua mente raggiunge stati di maggiore coerenza e arricchimento e quest'esperienza di connessione fornisce la sensazione di "essere visti" e di sentirsi al sicuro." (Guest, 2017)

“Le neuroscienze possono offrirci una spiegazione di questo processo: la scoperta dei neuroni specchio ha offerto le basi fisiologiche per la comprensione del processo di sintonizzazione. Il nostro sistema nervoso sembra aver plasmato un canale affettivo diretto, che ci permette di entrare in risonanza con l'altro. I neuroni specchio rappresentano un particolare tipo di cellule della nostra corteccia cerebrale che si attivano non solo quando eseguiamo un certo atto motorio finalizzato ed intenzionale (ad esempio afferrare), ma anche quando osserviamo un'altra persona compiere quelle stesse azioni. Ciò significa che, nel momento in cui osserviamo un'altra persona compiere un atto motorio finalizzato ed intenzionale, si attiva in modo automatico la stessa rete neurale che si attiverebbe se fossimo noi a compiere effettivamente quell'azione (Gallese, 2001); tale meccanismo ci permette quindi di comprendere l'intenzionalità di un atto motorio altrui (Tarantino & La Mela, 2013).

Alcuni studiosi (Gallese, 2001; Carr, Iacoboni, Debeau, Mazziotta & Lenzi, 2003; Iacoboni, 2008) sostengono che i neuroni specchio sono essenziali anche per spiegare il modo in cui ci sintonizziamo con gli stati interni degli altri. Nello specifico Gallese (2001) parla di “simulazione incarnata” (embodied cognition) per definire quel processo di riproduzione automatica, non consapevole e pre-riflessiva, degli stati mentali dell'altro, che vengono compresi perché sono condivisi a livello neurale.

Iacoboni (2008) sostiene che le aree dei neuroni specchio ci aiutano a comprendere le emozioni dell'altro attraverso una sorta di imitazione o simulazione interna dell'espressione facciale osservata. Quando osserviamo l'espressione emotiva facciale del nostro interlocutore, i neuroni specchio, attraverso l'insula, inviano dei segnali al sistema limbico, che a sua volta produce in noi la sensazione dell'emozione osservata (simulazione). L'insula nuovamente raccoglierebbe le informazioni corporee e le porterebbe all'insula posteriore che registra gli stati corporei nella corteccia, ma non nelle aree prefrontali. Tale processo ci permetterebbe di avere una percezione

corticale dello stato del corpo, pur senza consapevolezza (Siegel, 2013).” (Guest, 2017)

La sintonizzazione affettiva è uno strumento indispensabile anche per l’Educatore professionale. Il modo in cui si entra in relazione con un paziente rappresenta uno dei fattori cruciali per la buona riuscita del progetto educativo. Secondo Siegel, la sintonizzazione affettiva presenta due principali dimensioni: il lato fisico, che implica la capacità di prestare attenzione non solo alla dimensione verbale, ma a tutti quei segnali non verbali, come il contatto visivo, l’espressione del volto, il tono della voce, la postura, i movimenti del corpo, i tempi e l’intensità delle risposte, e il lato soggettivo, ossia la risonanza che questi segnali hanno in noi e che permettono di vedere profondamente il nostro interlocutore e di offrire a lui l’esperienza di “sentirsi sentito” (Siegel, 2013 p.29).

JHON BOWLBY: attaccamento e base sicura interna

“La magia ultima dell’attaccamento è il tocco. E la sua magia entra attraverso la pelle.” Stern (1990)

La stretta relazione tra neonato e caregiver favorisce l’attaccamento. Fin dalle prime ore dopo la nascita, il bambino sviluppa un attaccamento significativo agli adulti che si prendono cura di lui, in particolare alla madre che lo nutre al seno e con la quale ha un rapporto fisico molto intenso.

“Era convinzione comune che l’attaccamento nei primissimi periodi di vita fosse legato solo al bisogno di cibo e ad altri bisogni fisiologici. I coniugi Harlow (Harry Frederick Harlow, noto psicologo americano e Clara Mears, tra il 1958 e il 1965) credevano che ci fosse dell’altro. Fecero così esperimenti su delle scimmie, dei macachi: alla nascita i piccoli venivano separati dalla vera madre e venivano date loro delle madri surrogate, una fatta di fili di ferro e una di peluche. Tutti i piccoli amavano afferrarsi alla mamma di peluche quando erano in cerca di conforto, sebbene sia l’una che l’altra avessero un congegno che somministrava loro il latte. Addirittura, in situazioni di stress, in presenza di rumori sconosciuti o oggetti insoliti, vicino alla madre di fili di ferro assumevano degli atteggiamenti di natura autistica o

isterica. Non si sentivano rassicurati. Secondo Harlow era evidente che un contatto confortante era un componente di estrema importanza nello sviluppo di risposte affettive, mentre la componente allattamento era meno rilevante. Il contatto oscurava quasi completamente la variabile allattamento, anzi, la disparità era tale da far ritenere che la primaria funzione dell'allattamento fosse quella di assicurare un frequente ed intimo contatto dell'infante con il corpo della madre. Quando le mamme surrogate venivano portate via dalla stanza gli effetti erano drammatici: i piccoli macachi perdevano ogni sicurezza, diventavano tristi e iniziavano ad agitarsi, gridare e piangere. Diventati adulti, si dimostrarono incapaci di relazionarsi con i propri simili, rifiutarono gli accoppiamenti o uccisero la prole una volta partorita.” (Loredana Scaletti, 2020)

Secondo Bowlby (1975), psicoanalista inglese, il bambino ha bisogno di rapporti sicuri e continui.

“In riferimento ai lavori della scuola ungherese sull'istituto filiale e sulla pulsione di aggrappamento (I. Hermann, 1930, ripreso in Francia da Nicolas Abraham, 1978) e sull'amore primario (A. e M. Balint, 1965) che propone la sua teoria sulla pulsione di attaccamento. L'idea di Herman era che i piccoli di mammifero si aggrappano al pelo della madre per trovare una doppia sicurezza, fisica e psichica. La scomparsa quasi totale della pelliccia sulla superficie del corpo umano, facilita gli scambi tattili primari significativi tra la madre e il bambino e prepara l'accesso degli esseri umani al linguaggio e agli altri codici semantici, ma rende più aleatoria nel piccolo dell'uomo la soddisfazione della pulsione di aggrappamento. Sarebbe abbracciandosi al seno, alle mani, al corpo intero, ai vestiti della madre, che egli metterebbe in moto come risposta per suo conto, condotte finora attribuite ad un utopico istinto materno. La catastrofe che ossessionerebbe lo psichismo del bambino sarebbe quella del disabbracciamento: il suo verificarsi – precisa più tardi Bion – lo piomba in un “terrore senza nome”.” (Anzieu, 1985 pp 36,37)

L'attaccamento risponde dunque ad un istinto primario di sopravvivenza (restare fisicamente vicino all'adulto “attaccato” in modo da soddisfare i bisogni primari: fame, sete, sonno, calore).

L'autore teorizza il modello operativo interno, una sorta di rappresentazione mentale che l'individuo produce rispetto al sé nell'interazione con il mondo esterno, coadiuvato da alcuni assunti sul modo in cui funzionano le relazioni interpersonali. Prodotto dalla relazione primaria con la madre, questo modello sarà in grado, una volta interiorizzato e reso inconsapevole, di orientare le scelte relazionali del bambino per tutta la vita. La relazione di attaccamento permette al bambino di interiorizzare anche la fiducia che l'adulto gli dimostra e tale fiducia, interiorizzata, diventa presto fiducia in se stesso. La presenza, seppur silenziosa ma disponibile, della madre nelle prime esperienze di esplorazione del bambino, la sua capacità di soccorrerlo in caso di caduta o di angoscia, per consolarlo e coccolarlo, infonde nel bambino la sicurezza che ci sarà sempre qualcuno disposto a venire in suo soccorso in caso di necessità. Tale sicurezza che viene definita base sicura interna (Ainsworth, 1978, a), è alla base delle capacità dell'adulto di cercare e accettare aiuto nelle difficoltà. Per Bowlby prendere in braccio il proprio piccolo che piange è la risposta più adeguata, da parte della madre, ad un segnale di disagio del bambino. Questo non si configura come un rinforzo o un condizionamento che rende il bambino “viziato”, come asseriscono alcuni comportamentisti e teorici dell'apprendimento sociale. Insieme a Mary Ainsworth ha contribuito a dimostrare come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o a un suo sostituto.

La relazione d'attaccamento può essere definita dalla presenza di tre caratteristiche: la ricerca di vicinanza di una persona preferita, l'effetto base sicura, la protesta per la separazione. La base sicura rappresenta per il bambino un trampolino per sviluppare la curiosità e l'esplorazione.

Secondo gli autori si possono sviluppare nel bambino, a seconda della qualità di relazione che intrattiene con la madre, varie forme di attaccamento:

- sicuro: la figura di riferimento è una base sicura dalla quale partire per esplorare il mondo, se il bambino viene separato improvvisamente e senza ragione manifesta angoscia, al ricongiungimento il bambino si mostra entusiasta;

- insicuro: la madre non è psicologicamente disponibile, il bambino non mostra disagio quando ne viene separato e al ricongiungimento ne evita il contatto, inconsciamente sa che quella figura non è in grado di proteggerlo;
- ambivalente: il bambino si dispera nella separazione ma al ricongiungimento non sa farsi consolare, poiché non ha certezze da una madre che non è coerentemente disponibile. (Natascia Bobbo, 2012)

“l’attaccamento della madre al bambino si modifica mano a mano che questi cresce, ma la sensazione di smarrimento quando egli la perde rimane invariato. Il bambino sopporta assenze sempre più lunghe della madre, ma rimane sempre sconvolto allo stesso modo se lei non ritorna al momento atteso. L’adolescente conserva tale reazione interiorizzandola perché ha la tendenza a nascondersela all’altro o addirittura a se stesso.” (Anzieu, 1985, p. 39)

La qualità di questo rapporto costituisce un fattore di vulnerabilità o di protezione.

“L’attaccamento è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba” (Bolwby, 1982)

Sulla base di quanto affermato, l’attaccamento sicuro e l’emergere di abilità sociali, cognitive ed emotive appropriate sono la conseguenza di una funzione riflessiva adeguata e di un atteggiamento contenitivo efficace da parte del genitore. Se, infatti, la funzione riflessiva è assente o distorta, il bambino ha una maggiore probabilità di sviluppare diverse forme di psicopatologia (Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia & Carassa, 2015), dovute all’incapacità del genitore di vedere e gestire le emozioni del piccolo oppure di fraintenderle, rispondendo in modo inadeguato.

La figura di riferimento che reagisce alle emozioni e ai segnali di stress del bambino in modo inappropriato e/o rifiutante, non riuscendo a regolarne gli stati d’animo, come ad esempio un caregiver abusante o troppo negligente, rappresenterebbe un’ipotesi all’eziogenesi dell’attaccamento disorganizzato.

Questa categoria di attaccamento è associata a gravi difficoltà nella gestione dello stress e nel comportamento dissociativo in futuro.

L’attivazione del sistema di attaccamento sembra produrre nel bambino un conflitto

irrisolvibile tra la tendenza a rivolgersi al genitore come fonte di rassicurazione di fronte ad uno stimolo spaventante e il fatto che sembra essere lo stesso genitore a suscitare paura: la tendenza ad avvicinarsi e la tendenza ad allontanarsi si inibiscono l'un l'altra e il bambino sperimenta emozioni che travolgono la sua capacità di organizzare un comportamento coerente.

Le carenze nella responsività genitoriale, manifestate per esempio attraverso il ritiro possono provocare nel bambino una paura analoga a quella sperimentata di fronte ad un comportamento direttamente minaccioso.

La risposta psicobiologica del bambino al trauma è composta da due modelli differenti: l'iperattivazione del sistema limbico e la dissociazione.

Si possono osservare da parte del bambino comportamenti evitanti e resistenti o disorganizzati quali espressioni o movimenti incompleti, interrotti o indirizzati in modo errato, stereotipie, posture anomale, immobilità, fino ad indici diretti di paura o preoccupazione nei confronti del genitore.

I bambini abusati sono molto sensibili ai cambiamenti della voce e del volto dell'altro, che percepiscono come minacce. Per questo motivo diventano diffidenti o spaventati e vivono un costante stato d'allerta che contribuisce ad una compromissione delle relazioni con i pari, fondamentali per l'acquisizione delle abilità interpersonali e di autoregolazione emotiva.

Questi bambini reagiscono in modo esagerato all'aggressività dei pari, non si accorgono dei bisogni altrui e perdono il controllo dei propri impulsi. La mancata sperimentazione di sicurezza in infanzia porta, ad età successive, a difficoltà di regolazione dell'umore e delle risposte emotive. I bambini disorganizzati potranno inoltre presentare problemi psichiatrici e livelli più elevati di stress psicologico.

Renè Spitz dalla sua esperienza negli orfanotrofi verifica la presenza di comportamenti autolesivi in bambini già di 8 mesi come tirarsi i capelli, battere la testa, manifestando disprezzo del pericolo e del dolore.

All'inizio degli anni Quaranta Bowlby grazie ad un suo studio sui comportamenti antisociali adolescenziali evidenziò che la maggior parte dei giovani delinquenti presi in esame avevano gravi carenze di cure materne e concluse che: i bambini

necessitano di “un rapporto caldo, intimo e ininterrotto con la madre (o con un sostituto materno permanente) nel quale entrambi possano trovare soddisfazione e godimento”;

la deprivazione prolungata di cure materne può avere gravi effetti sul carattere e favorire lo sviluppo di disturbi psicologici e di comportamenti antisociali che permangono nell'età adulta.

Winnicott ne “L'assistenza al bambino in salute e in crisi” (1962, pp 80-81) spiega la gravità della carenza delle cure materne che sfocia nel disturbo mentale: “se la carenza si verifica prima che il bambino sia diventato una persona, essa provoca la schizofrenia infantile, disturbi mentali non organici, la predisposizione a successivi disturbi mentali; se la carenza provoca invece un trauma in un essere già abbastanza evoluto da essere suscettibile di traumatizzazione, induce la predisposizione ai disturbi affettivi e alle tendenze antisociali; se si verifica quando il bambino cerca di conquistarsi la propria indipendenza , produce la dipendenza patologica, l'opposizione patologica, le crisi di collera” (Anzieu, 1985, trad. 2005 p. 40)

CAPITOLO II

GLI EFFETTI DEVASTANTI DELLA DEPRIVAZIONE MATERNA

“la fame di stimoli ha la stessa importanza della fame di cibo”

(Eric Berne)

La discontinuità delle cure materne rende il bambino sconcertato e confuso. Un'assenza emotiva troppo prolungata viene avvertita come una forma di contenimento non sicuro, e il bambino vive stati di frammentazione come se crollasse a pezzi. L'impulso immediato del bambino è di liberarsi dall'esperienza dolorosa, spingendola altrove, proiettandola. Piangere, fare peti, urinare, vomitare possono rappresentare tentativi impulsivi sia sul piano emotivo sia sul piano fisico di espellere il sentimento di angoscia. Il bambino utilizzerà alcuni meccanismi, ma se si è costretti a ricorrere troppo spesso o un periodo di tempo prolungato, questi meccanismi potranno venire incorporati come aspetti del carattere, invece di funzionare come sollievo momentaneo. Se la madre non raccoglie dentro di sé la proiezione, l'impressione che il neonato avverte è che la sua sensazione di stare per morire è stata spogliata di senso, ciò che reintroietterà non sarà più una paura di morire resa tollerabile, ma un terrore senza nome. L'espressione «terrore senza nome» descrive l'esperienza di un bambino, il quale non solo non ha a disposizione una mente entro cui poter proiettare la sua ansietà, ma che vede anche la propria angoscia accresciuta in modo spaventoso, esperienza alla quale non può essere dato un nome, una forma un senso. Quando la sofferenza psichica non viene contenuta e viene quindi avvertita come insopportabile si può avere una chiusura in se stessi e arrivare ad uno stato di isolamento emotivo completo. In alcuni casi vi può essere un vero e proprio rifiuto ad accogliere cose dentro di sé, come per esempio nei disturbi della condotta alimentare. Il bambino cercherà un equivalente psichico della pelle fisica che avvolge il suo corpo, tenterà di crearsi la sensazione che in qualche modo è possibile tenere insieme le parti elementari della sua personalità. Tale modalità viene definita da Esther Bick «seconda pelle». Vi sono molti modi in cui il neonato cerca di produrre questa struttura difensiva ed ognuno di questi ha una peculiare qualità «collante» o adesiva per esempio fissare l'attenzione su un oggetto sensoriale, visivo (luce), uditivo (suono ripetuto) tattile (esperienza di essere vestito o di un contatto superficiale) tonico-muscolare (tendere o contrarre o rilasciare parti del corpo) oppure eseguire movimenti ripetitivi (accarezzare, leccare, gingillarsi), o un fragile attaccamento superficiale agli oggetti e alle esperienze sensoriali.

In uno studio condotto in un orfanotrofio libanese si vide che quanto più a lungo i bambini venivano tenuti in istituto, tanto più gravi rimanevano i loro deficit, bambini adottati prima dei 2 anni presentavano un QI di 100 in adolescenza, mentre bambini adottati tra i 2 e i 6 anni riportavano valori di circa 80. Uno studio su bambini rumeni in tempi più recenti ha presentato risultati simili, i bambini adottati in età inferiore miglioravano sensibilmente rispetto a quelli adottati più tardi. Perry e Pollard hanno evidenziato differenze significative rispetto alla norma della circonferenza fronto-occipitale.

“Durante la prima metà del ventesimo secolo molti psicologi credevano che mostrare affetto ad un neonato fosse un’abitudine gestuale che non aveva un reale scopo, addirittura secondo molti studiosi dell’epoca, l’affetto poteva solo sviluppare disagi e portare a problemi psicologici in età adulta. Al riguardo sono stati fatti diversi esperimenti, spesso controversi. L’imperatore Federico II (1194-1250) per individuare quali fossero i presupposti per lo sviluppo del linguaggio. Fece nutrire e lavare alcuni neonati dalle balie, proibendo però loro qualsiasi tipo di affettività. I neonati pagarono questo esperimento con la loro vita: essi non potevano vivere senza essere accarezzati.

Nel 1915, durante il periodo della Prima guerra mondiale, in un orfanotrofio di Baltimora il 90% dei neonati, nonostante fossero nutriti adeguatamente, moriva in meno di un anno. Quello stesso anno un pediatra di New York, il Dottor Henry Chapin, pubblicò un resoconto dove riportava che in dieci istituzioni di diverse città americane, era il 99% dei neonati che moriva entro l’anno. In tali istituzioni, le poche inservienti avevano il tempo soltanto di allattarli, e mai di coccolarli. Quando il personale aumentò il numero di decessi diminuì notevolmente. Se ne deduce che una mancanza di stimolazione può dare al corpo gli stessi effetti negativi della malnutrizione.” (Loredana Scaletti, 2020)

"Salvo cause accidentali, le affezioni della pelle conservano stretti rapporti con lo stress dell'esistenza, con le spinte emotive e con le faglie narcisistiche e le insufficienze della strutturazione dell'Io. Tali affezioni spesso sono conservate ed aggravate da un bisogno di grattarsi che le trasformano in sintomi di cui il soggetto

non può più liberarsi.

Il prurito è anche un modo per attirare l'attenzione su di sé, in particolare sulla pelle, in quanto questa non ha potuto incontrare nella prima infanzia, da parte dell'ambiente familiare e materno, i contatti dolci, caldi, fermi, rassicuranti e significativi. Il prurito è un richiamo di essere compreso dall'oggetto amato.

La reazione del bambino sotto forma di eczema invece, può essere sia una richiesta rivolta alla madre per incitarla a toccarlo più spesso, sia un modo di isolamento narcisistico per il fatto che, grazie all'eczema, il bambino si procura da solo nel campo somatico gli stimoli che la madre gli rifiuta. [...] l'ipotesi più attendibile per è la seguente: <<la profondità dell'alterazione della pelle è proporzionale alla profondità dell'attacco psichico>>" (Anzieu, 1985, trad. 2005 pp. 48-50)

3. RENE' SPITZ

René Spitz (1887 – 1974) psicoanalista austriaco, è stato uno dei primi ricercatori che hanno utilizzato l'osservazione del bambino, concentrandosi sullo sviluppo del bambino sottolineando gli effetti della deprivazione materna ed emotiva.

Nei primi anni 40 in USA descriveva le conseguenze della grave deprivazione sensoriale, emotiva, cognitiva di bambini cresciuti in orfanotrofi nei primi anni di vita e i netti miglioramenti a livello corporeo, emotivo e cognitivo che si verificavano dopo che questi venivano collocati in famiglie che li accudivano e sostenevano adeguatamente.

Nell'osservazione del bambino, Spitz ha concentrato la sua ricerca sui bambini che hanno sperimentato una separazione improvvisa e a lungo termine da chi si occupava di loro.

La Depressione Anaclitica era il termine da lui proposto per descrivere la reazione di un bambino alla separazione; dolore, rabbia e apatia dovuta alla deprivazione emotiva.

Descrisse in ordine progressivo i comportamenti di bambini che vengono separati dalla persona che si prendeva cura di loro.

Tali comportamenti furono:

- Primo mese: lamentele e richiami;
- Secondo mese: pianto e perdita di peso;
- Terzo mese: rifiuto del contatto fisico, insonnia, ritardo nello sviluppo motorio, assenza di mimica, perdita continua di peso;
- Dopo il terzo mese: cessazione del pianto, stato letargico.

Se il bambino si ricongiunge all'oggetto d'amore entro tre-cinque mesi, il recupero è rapido, ma dopo cinque mesi, il piccolo mostrerà una sintomatologia molto più grave. Gli studi di René Spitz sono stati i primi a dimostrare sistematicamente che le interazioni sociali con gli altri esseri umani sono essenziali per lo sviluppo dei bambini.

“Tra il 1945 e il 1946 Spitz mise a confronto due gruppi di bambini. Uno era costituito da 220 bambini, figli di donne detenute che avevano la possibilità di dedicarsi personalmente ai loro piccoli in un asilo nido annesso alla struttura. L'altro comprendeva 91 infanti abbandonati e ricoverati in un brefotrofia dove restavano soli per ore e ore, in uno stanzone enorme, con tanti altri bambini, sdraiati costantemente con il viso verso l'alto, dove vedevano sempre e solo il soffitto. In entrambe i casi i bambini venivano adeguatamente nutriti e curati dal punto di vista igienico, ma nel secondo gruppo, malgrado la presenza di operatrici professioniste, formate per l'assistenza ai lattanti, i bambini presentavano un quadro clinico preoccupante.” (Loredana Scaletti, 2020)

All'età di 4 mesi, lo stato di sviluppo dei due gruppi di bambini era simile; i bambini in orfanotrofia segnavano anche punteggi più alti in alcuni test.

Ad 1 anno, le prestazioni intellettuali dei bambini cresciuti in orfanotrofia erano molto ritardate rispetto al secondo gruppo. Oltre ad essere meno giocosi e curiosi, molti non crescevano regolarmente, soffrivano di ritardi nello sviluppo cognitivo e

motorio, si riscontrava un marcato abbassamento delle difese immunitarie (il 37,3% di essi morì entro il secondo anno di vita).

Durante il loro secondo e terzo anno di vita, i bambini cresciuti in carcere con le loro madri camminavano e parlavano, mostrando uno sviluppo paragonabile a quello di bambini cresciuti in normali famiglie.

Solo 2 dei bambini cresciuti in orfanotrofio a 26 mesi, riuscivano a camminare e gestire alcune parole.

René Spitz afferma:

“Questi sintomi scompariranno solo quando il bambino ritrova la madre o trova qualcuno che voglia prendersi cura di lui.”

Da questi studi Spitz concluse che un trauma del genere non si risolve del tutto in poco tempo, anzi qualora non dovesse essere superato, quello che si presenta è un ritardo nello sviluppo nella totalità dei soggetti osservati e un aumento del tasso di mortalità. I sorrisi, le carezze, il tono della voce della mamma e il contatto fisico con il corpo di lei stimolano nel piccolo una reazione positiva assolutamente necessaria per il proprio corretto sviluppo. Privato del contatto e dell'affetto della madre, il piccolo diventa apatico e indifferente, perde peso, si ammala facilmente perché il suo corpo non produce gli ormoni necessari alla crescita. Queste sintomatologie non vennero invece riscontrate nel gruppo dei figli cresciuti in carcere.

La maggior parte degli psicologi afferma che proprio i primi tre anni di vita del bambino rappresentano la fase più importante per lo sviluppo della personalità. Sostengono quanto sia importante l'incontro corporeo tra madre e figlio, come il neonato abbia bisogno di un contatto intenso con la madre e soprattutto che deve essere lei a occuparsi di lui. (FCP, gli effetti devastanti della deprivazione materna)

Un articolo molto documentato dall'americana Barrie B. Biven (1982), “The role of skin in normal and abnormal development, with a note of the poet Sylvia Plath”, scrive che in pazienti che hanno sofferto di deprivazioni precoci, il suicidio può venire da loro cercato per ristabilire un comune involucro con l'oggetto d'amore. (Anzieu, 1985 trad.2005)

4. GLI EFFETTI DELLA DEPRIVAZIONE MATERNA SUL CERVELLO

“Sappiamo che i bambini deprivati di cure affettive subiscono effetti simili a quelli traumatizzati in modo attivo.” (S. Hart, 2008).

Mentre nei bambini con un attaccamento di tipo sicuro le connessioni ed i neuroni si sviluppano in modo rigoglioso, nei bambini non adeguatamente curati e stimolati affettivamente l'enorme patrimonio di neuroni presente alla nascita tende progressivamente ad impoverirsi sia quantitativamente che qualitativamente: le cellule non adeguatamente stimolate finiscono per auto-eliminarsi ed oltretutto non si sviluppano sufficienti connessioni inter-cellulari impedendo la buona integrazione che permetta alle varie aree cerebrali di esercitare pienamente le proprie funzioni. Si verifica quindi un deficit di connessione tra i due emisferi che impedisce all'emisfero sinistro di esercitare la propria funzione analitica e classificatoria, indispensabile per contestualizzare le esperienze emotive gestite dall'emisfero destro.

Una delle possibili conseguenze sarà l'impossibilità per l'individuo, una volta adulto, di tradurre l'esperienza emotiva in una narrazione condivisa, coerente e orientata temporalmente nella propria biografia. Il bambino trascurato potrebbe sviluppare un deficit di consapevolezza e di regolazione emotiva che si manifesta con atteggiamenti impulsivi e poco modulati; anche se questo non intacca direttamente le capacità cognitive e intellettive di quell'individuo, la disregolazione affettiva ha un impatto negativo sulle relazioni con gli altri e sulla propria possibilità di condivisione.

La mancanza di sintonizzazione tra adulto e bambino è un elemento stressante, non solo nel momento in cui questo si manifesta, ma addirittura come fattore scatenante di stress cronico. (Chu, 2001)

Numerose ricerche neuro-scientifiche dimostrano fuor di ogni ragionevole dubbio lo strettissimo legame tra i traumi subiti e svariate patologie sia di ordine psichico che di ordine fisico. La famosa ricerca di Felitti del 2012 sulle esperienze avverse durante l'infanzia (ESI) dimostra quanto queste siano in grado di influenzare in modo significativo la resilienza e la salute degli individui. Le esperienze sfavorevoli

infantili sono associate al 44% dei disturbi psichici durante lo sviluppo e al 30% dei più frequenti disturbi psicologici nel corso della vita. Felitti ha permesso anche di riscontrare una stretta correlazione causa-effetto tra l'esposizione alle Esi e i fattori di rischio che costituiscono le principali cause di morte degli adulti.

Le ricerche di Martin Teicher hanno mostrato che la trascuratezza costituisce un fattore di alta vulnerabilità sui minori e contribuisce a modificare organicamente alcune regioni chiave del cervello, rendendo i soggetti più vulnerabili all'insorgenza di depressione, disturbi da dipendenza e disturbo post traumatico da stress.” (Marta Zighetti, 2018)

Altre ricerche che dimostrano i gravi danni della deprivazione materna sono quelle del neurofisiologo americano Dottor Prescott, giunto alla conclusione che la causa principale dei disturbi emotivi, come la depressione, l'iperattività, le perversioni sessuali, l'abuso di droghe, l'aggressione, sia da collegare alla deprivazione di contatto, di tocco e di movimento fisico. Secondo i suoi studi la presenza di piacere fisico inibisce la violenza e la collera non è possibile: questo è stato dimostrato calmando istantaneamente degli animali inferociti con una elettrostimolazione dei centri nel cervello collegati al piacere. (Loredana Scaletti, 2020)

CAPITOLO III

PROMUOVERE LE CURE PROSSIMALI

“tu non sei più vicina a Dio di noi; siamo lontani tutti. Ma tu hai stupende benedette le mani. Nascono chiare in te dal manto, luminoso contorno: io sono la rugiada, il giorno, ma tu, tu sei la pianta.”

(Rainer Maria Rilke, Le mani della madre)

6. EDUCARE I GENITORI AL CONTATTO

Le cure prossimali che la madre concede al neonato, fin dai suoi primi giorni di vita, sono essenziali per lo sviluppo psichico e fisico del bambino.

Tramite le carezze, l’abbraccio sicuro della madre, l’allattamento, l’essere preso in braccio quando piange, il bambino scopre di esistere, scopre di possedere una pelle, capisce che esiste un dentro di sé e un fuori. La vicinanza al genitore, o a chi se ne prende cura, favorirà la relazione di attaccamento e permetterà al bambino di interiorizzare la fiducia che l'adulto gli dimostra e tale fiducia, interiorizzata, diventerà presto fiducia in se stesso.

Nei corsi pre-parto, che generalmente una gestante frequenta qualche mese prima del parto, di solito vengono impartite nozioni base, come ad esempio la respirazione per rilassare i muscoli ed affrontare al meglio il travaglio, i passaggi che il feto compie per nascere, le tecniche migliori per allattare e favorire la suzione.

Le ostetriche accompagnano la donna durante il travaglio a superare le contrazioni, l’aiutano a dare alla luce il bambino e successivamente supervisionano l’allattamento. Una volta che il bambino è nato, un’équipe di medici controlla tutti i parametri per constatare lo stato di salute dell’infante e per i due giorni successivi lo sottopongono a numerosi controlli.

In tutto questo non esiste una figura che prepari la futura madre all’esperienza psichica del neonato.

In questo contesto l'educatore professionale, se inserito nel tempo e nel modo adeguato, avrebbe un'importanza cruciale per favorire il benessere psichico ed emotivo sia della madre che del nascituro e prevenire l'insorgere di stati ansiosi o depressivi nella madre, fornendole nozioni, competenze e tecniche necessarie nel tentativo di arginare l'angoscia di frammentazione del neonato.

Oltre alla madre, agirebbe da prevenzione anche per il benessere futuro del bambino, poiché la mancanza di cure materne adeguate può portare all'insorgere di problemi nella regolazione delle emozioni, disturbi di natura mentale, psicosomatica e nei casi di privazione grave anche fisica.

“I costi dei disturbi mentali in Europa sono altissimi. Le statistiche più recenti sulla psicopatologia, indicano che in Europa si spendono (in miliardi di euro) per:

disturbi dell'umore	113.4
disturbi psicotici	93.9
dipendenze	65.7
disturbi d'ansia	74.4
disturbi di personalità	27.3
disturbi somatoformi	21.2
disturbi alimentari	0.8

(Olesen et al. 2012)

tabella I

Purtroppo nella nostra società, che trabocca di vecchi metodi educativi, tradizioni e consigli dispensati da nonni, zie, madri e quant'altro..., sono ancora tante le pratiche di accudimento controverse, come lasciar piangere i neonati perché è credenza molto diffusa che abituarli a stare tra le braccia della madre sia sbagliato. “Molta strada deve ancora essere percorsa verso una presa di coscienza del ruolo dei cosiddetti traumi passivi, associati per lo più alla trascuratezza fisica ed emotiva.” (Marta Zighetti, 2016)

Anche sull'allattamento al seno esiste molta disinformazione. Sia sul metodo di somministrazione, che sui tempi, i benefici e tutto ciò che concerne l'allattamento in sé.

“Per la promozione del legame madre-bambino i neonati devono poter stare per tutto il periodo dopo la nascita accanto alla madre e non essere collocati nei “nidi”; devono potersi trovare tra le braccia della madre e attaccarsi al seno sin da subito. Queste indicazioni sono peraltro contenute nella dichiarazione congiunta OMS e UNICEF “L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno” che risale al 1989 e che contiene i cosiddetti “10 passi per la promozione dell'allattamento al seno”. La prova dell'efficacia di queste strategie nel promuovere il legame madre-bambino è dimostrata dalla netta riduzione di abbandoni negli ospedali che hanno adottato queste pratiche virtuose in quelle realtà del mondo dove l'abbandono del neonato era pratica frequente; inoltre, si è avuta un'importante ricaduta sulla promozione dell'allattamento al seno, sulla riduzione del pianto, sulla migliore regolazione termica e metabolica e sul legame madre-bambino.” (Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella, 2007)

Oltre ai corsi pre-parto, servirebbero dei corsi “al contatto”. L'educatore dovrebbe fare degli incontri con entrambi i genitori prima della nascita del figlio, nei quali vengono affrontati argomenti quali l'attaccamento, l'holding, la rêverie ad esempio e le funzioni genitoriali sia della madre che del padre.

Questo sicuramente, oltre a fornire una maggiore preparazione a quello che sarà, porterebbe ai genitori maggiore consapevolezza sulle necessità del bambino.

Pratiche di accudimento sbagliate, come riportato nei capitoli precedenti, possono compromettere l'intera vita della persona.

Una soluzione a questo problema è la prevenzione. Educare ed informare le persone sui benefici e l'importanza del contatto fisico e sulle conseguenze che la deprivazione di cure amorevoli possono provocare, sarebbe sicuramente il primo grande passo per crescere bambini e successivamente adulti emotivamente stabili.

“Mi soffermo su queste argomentazioni perché trovo necessario, oggi più che mai, prendere coscienza che gli investimenti sul capitale umano nei primi mesi di vita non possono essere lasciati al buonsenso del singolo. Si tratta di un compito sociale e collettivo, esattamente come l’educazione e l’allevamento, poiché i danni complessivi esercitati dalla trascuratezza riguardano tutti e hanno costi sociali enormi. Investire sul capitale umano, sulla relazione primaria e su quelle agirebbero da prevenzione di altissimo profilo che, oltretutto, permetterebbe alla società di risparmiare enormi risorse per la cura di successive patologie sia psicologiche che organiche. Intervenire sul “cambio di paradigma” nella percezione dell’importanza delle emozioni e delle relazioni primarie di attaccamento, validando buone pratiche di contatto soprattutto nella relazione madre/figlio (ma più in generale contribuire a creare un contesto sociale adeguato) è un’attività da perseguire almeno per tre buone ragioni:

- 1 Contribuire e formare esseri umani più resilienti, sia dal punto di vista fisico che psichico
- 2 Contribuire a formare esseri umani più performanti, creativi e produttivi
- 3 Collaborare con la natura umana per potenziare il nostro vero vantaggio competitivo, come esseri umani, che è la cooperazione

Non possiamo lasciare inascoltato il “grido di attaccamento” che deve sollecitare non solo i genitori o noi addetti ai lavori, ma in cerchi sempre più ampi dovrà coinvolgere chi ricopre ruoli apicali ed ha la possibilità di modificare realmente le condizioni di allevamento, le politiche sociali del lavoro, le politiche sanitarie e tutto ciò che possa adeguare la nostra cultura alla nostra natura.” (Marta Zighetti, 2016)

In un modello di sanità utopica, educatori ed ostetriche dovrebbero lavorare in stretta relazione per permettere questa prospettiva e garantire anche dopo il parto la dovuta assistenza ai genitori ospitanti una nuova vita, attraverso un lavoro di rete sul territorio a sostegno della genitorialità.

CAPITOLO IV

GLI EFFETTI DI UN TOCCO AMOREVOLE A LIVELLO FISIOLÓGICO

“... ci dimentichiamo che il tatto non è solo basilare per la nostra specie, ma è la chiave”

(Scamberg, 1995)

I nuovi strumenti di indagine medica e gli studi sul cervello hanno contribuito ad una conoscenza più completa e profonda di come funziona l'essere umano, della sua natura e di ciò di cui ha bisogno, ma già John Bowlby, intorno agli anni '50 del Novecento, aveva capito l'importanza della relazione per la salute emotiva ed organica degli esseri umani.

“Dagli studi di Alexander Lowen, allievo di Wilhelm Reich, si scopre che il tocco affettuoso della pelle, anche il suo semplice sfioramento, rilascia le tensioni dei muscoli a cui sono connesse le ansie dell'anima. Dunque, toccando l'involucro esteriore si tocca l'essenza interiore, di conseguenza procurando benessere al primo si procura benessere anche alla seconda. Sotto l'aspetto chimico, il tocco affettuoso aumenta i livelli di ossitocina, la quale è antagonista del cortisolo, l'ormone della paura e dello stress. Il cortisolo è utilissimo per farci evitare le minacce, in quanto funge da neurotrasmettitore ai muscoli per indurci a fronteggiare i pericoli mediante lo stimolo “attacco-fuga”. Tuttavia, se i livelli di cortisolo permangono elevati, come nel caso di ansia e stress, produce l'accelerazione dei processi di invecchiamento e la riduzione dei fattori immunitari. Per evitare tali conseguenze è necessario ripristinare i livelli di ossitocina; dunque, è necessario che le persone vengano toccate, accarezzate e abbracciate.” (Davide Enrico, Abbracci che guariscono)

Ma cosa succede nel nostro cervello quando entriamo in relazione con qualcuno?

“[...] Numerosi studi sono ormai concordi nell'affermare che i due emisferi del cervello umano differiscono fra loro nella macrostruttura, nella ultrastruttura, nella fisiologia, nella chimica e nel controllo comportamentale. In effetti, nei vertebrati la parte sinistra del cervello è specializzata nel controllo di schemi comportamentali ben definiti in circostanze ordinarie e familiari. Per contro, la parte destra è il luogo deputato al risveglio emotivo e all'elaborazione di nuove informazioni. Si è anche d'accordo nel sostenere che l'elaborazione di informazioni verbali, consce, razionali

e seriali avviene nell'emisfero sinistro, mentre l'elaborazione delle informazioni emotive non verbali, inconscie, olistiche e soggettive avviene in quello destro (Allan Schore, 2016).

Fino ai 24 anni di età, gli esseri umani migliorano le proprie strutture (stiamo parlando della neuroplasticità) in un quadro di rimodellamento continuo, favorito da ogni rapporto connotato affettivamente.

È possibile quindi affermare che le relazioni ci costruiscono.” (Marta Zighetti, 2018)

7. IL RUOLO DELL'OSSITOCINA

Esiste una ragione per cui il contatto fisico provoca uno stato di piacere e benessere nell'essere umano ed è per una questione chimica che si innesca nella diade madre-bambino il processo di attaccamento. Il merito è da attribuire all'ossitocina.

L'ossitocina fa parte di una famiglia di ormoni presente solo nei mammiferi, e che include altre molecole essenziali come la vasopressina. È un ormone peptidico di 9 aminoacidi prodotto dai neuroni dei nuclei ipotalamici, questi neuroni proiettano i loro assoni terminali nella neuroipofisi, rilasciando di lì l'ormone nel torrente sanguigno, in base all'attivazione del gene definito appunto OXT. (Santo Di Nuovo, Anna Zagara, 2016). L'OT inoltre è sintetizzata nei neuroni parvocellulari del nucleo paraventricolare dell'ipotalamo e in altri nuclei del sistema limbico che mostrano estese proiezioni in tutto il sistema nervoso centrale, determinando influenze sul comportamento sociale.

Alcuni recettori cerebrali per l'OT appaiono transitori, altri sono presenti solo durante l'infanzia o lo sviluppo, altri regolati dagli steroidi gonadici, altri ancora presenti costantemente.

Perifericamente organi bersaglio di questo ormone sono mammella, utero, ovaio, testicolo, prostata, ma anche rene, cuore e sistema vascolare, timo, cellule adipose, pancreas, surrene.

L'OT è un ormone prosociale e sovrintende a una serie di funzioni implicate con la trasmissione dei geni e la conservazione della specie quali l'accoppiamento, la nascita, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari.

È secreta in seguito a generici stimoli cutanei non dolorosi (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle) quali si producono per il contatto intimo con altri esseri viventi, ma anche in seguito a stimoli cutanei specifici collegati alle funzioni della riproduzione e dell'allevamento della prole quali il rapporto sessuale, il parto, la suzione della mammella.

Ma l'OT viene secreta anche in seguito a contatti meno "ravvicinati" di quelli pelle a pelle, per esempio alla semplice visione della persona amata o nel corso di transazioni interumane tra pari caratterizzate dalla fiducia reciproca, quindi per stimoli esclusivamente psichici.

L'ormone determina e regola la produzione degli stati della mente e delle emozioni che favoriscono l'accoppiamento, il legame parentale e l'accudimento della prole.

La competenza genitoriale è, a sua volta, garantita dal "legame" emozionale che tiene uniti i partner riproduttivi tanto da farne una coppia di genitori e dal "legame" emozionale che lega la madre, che di solito è il caregiver primario, al bambino, tanto da indurla a scegliere di tenerlo presso di sé con perseveranza, di proteggerlo dai pericoli e di accudirlo nel migliore dei modi. La natura, dunque, provvede a creare le condizioni per le quali il neonato e la madre, attraverso una serie di meccanismi finemente regolati, si legano di un legame "amoroso" che li tiene costantemente vicini e che è, esso stesso, indotto dalla vicinanza, così che la madre può fornire al bambino cure adatte alla sua sopravvivenza e alla sua crescita. Le cure "prossimali" sono uno dei fondamenti della naturale attitudine degli esseri umani a essere efficienti genitori." (Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella, 2007)

8. IL POTERE DELLE CAREZZE

“La nostra pelle possiede recettori e neuroni che rispondono esclusivamente alle carezze. Queste fibre afferenti sensitive amieliniche sono assenti sulle superfici glabre e si trovano solo sulle zone della pelle provviste di pelo, per esempio la superficie dorsale dell’avambraccio, rispondono solo a uno stimolo a bassa soglia, come un leggero tocco o uno sfioramento, e la loro attivazione persiste per diversi secondi anche dopo l’estinzione dello stimolo. Le fibre si proiettano verso la corteccia insulare, regione coinvolta nei meccanismi di elaborazione dello stimolo emozionale e dove sono rappresentati i nostri sentimenti. Questa area valuta e integra l’importanza emotiva e motivazionale dello stimolo ed è considerata una porta di passaggio dal sistema sensoriale verso il sistema della gestione delle emozioni nel lobo frontale: un processo somatosensoriale dal basso verso l’alto, ossia a partire dalla pelle, che risponde solo alla carezza ma non ad altri stimoli tattili, come una compressione o una percossa, per giungere alle aree cerebrali deputate al riconoscimento delle emozioni positive e all’altruismo.” (Costantino Panza, 2013)

Un articolo dell’ansa pubblicato il 21 maggio 2014 scrive:<< Individuati alla Liverpool John Moores University, Inghilterra, sono le terminazioni ribattezzate 'nervi sociali' perché reagiscono alle carezze e al tocco gentile e non ad altri stimoli tattili. Lo studio è pubblicato su Neuron, rivista edita da Cell. Simili alle terminazioni che hanno il compito di rilevare il dolore o il calore attraverso la pelle, servono però a funzioni opposte perché sono capaci di veicolare gratificazione e piacere e potrebbero essere compromessi in alcune forme di autismo in cui anche solo il contatto con gli abiti provoca disagio.

"Ricoprono un ruolo di primo piano nei rapporti umani, seppure le carezze vengano sempre più trascurate nell’era dei rapporti virtuali" precisa Francis McGlone, che ha partecipato allo studio.

"Con una serie di tecniche abbiamo iniziato a caratterizzare tali nervi – spiega il ricercatore – che svolgono un ruolo fondamentale nelle nostre vite, dalla carezza data ad un bebè alla pacca rassicurante sulla schiena. L’individuazione di tali strutture potrà essere utile per mettere a punto terapie specifiche nei casi in cui le carezze inneschino sensazioni opposte al piacere".

"La carenza di empatia da parte di alcuni soggetti autistici nelle situazioni sociali potrebbe in parte dipendere dalla carenza di tali input nervosi" conclude McGlone. >>

È stato anche dimostrato che tocchi gentili sui neonati, hanno un potere calmante, non solo a livello emotivo ma anche fisiologico in quanto regolerebbero il battito cardiaco.

“Gli esperimenti condotti da Merle Fairhurst del the Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences a Leipzig i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista Psychological Science dimostrano che i neonati sono da subito sensibili alle carezze e reagiscono ad uno stimolo tattile gentile con il rallentamento del ritmo cardiaco e la loro sensibilità a questo tipo di stimoli sembra corrispondere a quella dei genitori.

Gli esperti tedeschi hanno voluto studiare l'effetto di stimoli tattili di vario tipo sulla pelle di neonati: i piccoli erano tenuti sulle gambe di un genitore e gli psicologi sfioravano il loro braccio con un pennello a differenti velocità. Le reazioni corporee dei piccoli sono state valutate con vari strumenti, misurando ad esempio il ritmo cardiaco del neonato. I bimbi sono risultati sensibili a stimoli tattili gentili simili a quelli di una carezza (ottenuti sfiorando il loro braccio col pennello a media velocità).

I ricercatori sostengono che la capacità di percepire ed essere sensibile al tocco piacevole di una carezza è vitale sin dai primi mesi di vita per il bambino a causa del ruolo fondamentale che gioca il contatto fisico nell'avvicinamento, nella formazione del legame affettivo genitore-bebè e nella sincronia che si stabilisce tra i bambini e genitori.” (Ansa, 2014)

“Una carezza migliora i processi cognitivi ed emotivi nel corso di una comunicazione. La carezza può amplificare l'elaborazione dello stimolo comunicazionale senza modificare la qualità del processo mentale ma può anche favorire una diversa motivazione all'elaborazione dell'informazione emotiva.

Ad esempio, se durante l'interazione con il lattante, il quale ha una predisposizione innata a osservare i lineamenti del volto riconoscendone la qualità affettiva, la madre presenta un volto inespressivo (un'esperienza comune in caso di depressione materna), il bambino esprimerà segni di protesta e di stress con un conseguente rifiuto di guardare il volto della madre. La carezza può supplire le difficoltà presentate dalla madre depressa; infatti, mantenendo il contatto tattile tramite la carezza, l'effetto del volto inespressivo è significativamente ridotto: il bimbo continua a sorridere e a vocalizzare mantenendo lo sguardo sulle mani che lo carezzano." (Costantino Panza, 2013 p. 256).

9. I BENEFICI DI UN ABBRACCIO

L'abbraccio è un gesto primordiale e rappresenta il primo momento di contatto tra la mamma e il bambino dopo la sua nascita. L'abbraccio è il più naturale e spontaneo gesto d'affetto tra mamma e bambino. Come si è visto nei capitoli precedenti, se il bambino piange, non c'è nulla di più efficace di un abbraccio per calmarlo e contenere le sue angosce.

Se l'abbraccio, e il contatto fisico più in generale, è così importante per i bambini, tanto da precluderne o meno lo sviluppo e il benessere psico-fisico, altrettanto importante lo è per gli adulti e ancora di più per gli anziani.

Non esiste un'età che non richiede questo bisogno, eppure più si invecchia e più la tendenza a non toccarsi aumenta.

Nella nostra società sono radicati ancora molti preconcetti e tabù riguardo lo scambio di gesti affettuosi, probabilmente questo deriva da dogmi e concezioni religiose di cui la nostra società è impregnata.

L'identificazione dell'abbraccio con la sessualità induce i genitori a tenere a distanza i loro figli.

La funzione del padre dal punto di vista dell'abbraccio è di fornire un contatto affettuoso più saldo e solido per via della sua maggiore forza muscolare rispetto alla madre. Molti figli, specialmente adolescenti, hanno molto bisogno di questo contatto

corporeo solido quando devono liberare una tensione interna, eppure le convinzioni sociali riguardo questo gesto, tendono ad allontanare sempre di più le persone, soprattutto per quanto riguarda il genere maschile.

Il toccarsi è impedito da un tabù, perciò non sapendo come toccare e abbracciare per dare consolazione e affetto in un modo che non sia interpretato come gesto sessuale, il buon genitore non tocca per niente, o smette di farlo più che altro quando il figlio è troppo grande. Ma nessuno di noi è mai troppo grande da non poter essere tenuto stretto per ricevere consolazione e affetto. La mancanza di contatto non sessualizzato tra due corpi, una mancanza che domina il nostro mondo civilizzato, lascia alle persone un profondo senso di solitudine. Si pensi agli anziani nelle strutture, lontani dai loro parenti e dalla loro casa; un abbraccio potrebbe offrire loro quel po' di calore umano di cui avrebbero bisogno per ovviare al senso d'abbandono che si portano dentro.

La mancanza dell'abitudine al contatto rischia di tramandarsi di generazione in generazione.

Avviene anche che il preconcetto sociale eserciti degli effetti che si riflettono in varie parti del nostro corpo: si crea una tensione generale derivante da una mancanza di abbracci, tensione che aumenta per la sensazione d'imbarazzo o di vergogna quando ci si trova di fronte all'idea del contatto. Un'altra barriera contro l'abbraccio deriva dal fatto che quando una persona è troppo tesa, come accade spesso, l'abbraccio non mette a proprio agio, ma aggrava la tensione.

Eppure, l'essere umano è un essere sociale e per tanto ha bisogno di continue interazioni e scambi fisici. L'abbraccio è un gesto semplice e gratuito, non costa nulla e non richiede molto tempo. È un vero e proprio dono reciproco, benefico per entrambe le persone che si abbracciano, che si donano calore e conforto a vicenda. È inoltre un gesto di riappacificazione. Aiuta le persone a sfogarsi e ad aprirsi agli altri, lasciando una sensazione di benessere. Inoltre, stimola nel nostro organismo la produzione di sostanze benefiche che permettono l'autoguarigione e l'autoriparazione delle cellule e dei tessuti. (Loredana Scaletti, 2020)

La psicologia si è molto interessata al rapporto tra abbracci e benefici psicofisici. Gli abbracci che ci diamo durano sempre troppo poco, non più di 3 secondi. Tuttavia, recenti studi hanno scoperto che quando un abbraccio dura almeno 20 secondi si verifica un vero e proprio effetto terapeutico sul corpo e sulla mente. Quali sono i benefici che si riscontrano?

- Gli abbracci stimolano il nostro corpo a produrre le endorfine, sostanze prodotte dal cervello nel lobo anteriore dell'ipofisi, dotate di proprietà analgesiche e fisiologiche simili a quelle della morfina e dell'oppio. Per questo motivo, un abbraccio sincero è in grado di donarci piacere, gratificazione e felicità, aiutandoci a sopportare e fronteggiare meglio il dolore e situazioni di stress.
- Abbracciarsi è un ottimo rimedio per alleviare lo stress. Lo hanno dimostrato gli scienziati della Medical University di Vienna. Il merito è dell'ossitocina, una sostanza conosciuta come ormone del buonumore. L'ossitocina viene rilasciata dal nostro organismo durante gli abbracci favorendo un effetto antistress, che sarebbe maggiore tra persone che si conoscono e che si vogliono bene.
- Un abbraccio libera anche altri ormoni, la serotonina e la dopamina, che hanno un effetto sedativo, producono quindi una sensazione di calma e tranquillità. Questi effetti non si ottengono solo quando ci si abbraccia, ma si prolungano molto anche dopo. Alcuni dati scientifici affermano che tanto gli abbracci quanto le carezze hanno un maggiore effetto sulle donne che sugli uomini, sebbene entrambi i sessi ne traggano beneficio.
- Gli abbracci aiutano il cervello a ridurre il livello di cortisolo, l'ormone dello stress, aiutandoci a fronteggiare le avversità della vita con maggiore calma e consapevolezza;
- Abbracciarsi migliora la memoria. Per stimolare il nostro cervello a ricordare, impariamo ad abbracciarci più spesso. Come nel caso dell'effetto antistress dell'abbraccio, il merito sarebbe ancora una volta dell'ossitocina, come sottolineato dai ricercatori austriaci. Se tra le due persone che si abbracciano esiste una fiducia reciproca, la terapia dell'abbraccio funziona meglio.

- L'abbraccio può essere considerato come una terapia naturale e completamente gratuita contro la depressione. Gli scienziati del Canadian Community Health Survey hanno scoperto che coloro che ricevono frequenti dimostrazioni di affetto, che si manifestano con abbracci e carezze, presentano un rischio inferiore di andare incontro a depressione e disturbi mentali rispetto a coloro a cui non vengono mai dedicati gesti gentili.
- Un semplice abbraccio contribuisce a migliorare la salute del cuore. Uno studio ha evidenziato che gli abbracci producono effetti positivi sulla salute del cuore, con particolare riferimento alle donne. Nelle donne, dopo una serie di abbracci, è stato evidenziato un calo della pressione sanguigna e del cortisolo, a beneficio del cuore e della circolazione sanguigna.
- Studi scientifici hanno dimostrato che ricevere e donare un abbraccio migliora l'autostima e le capacità intellettive sia della persona che abbraccia che di chi viene abbracciato, oltre che sviluppare le competenze linguistiche nei bambini.
- Gli abbracci favoriscono la creazione di globuli bianchi, questo porta a un rafforzamento del sistema immunitario;

Riguardo all'ultimo punto, riporto un articolo dell'Ansa pubblicato il 19 dicembre 2014 dal titolo << Una 'cura' a base di abbracci aiuta a prevenire il raffreddore >>.

“Una cura degli abbracci per prevenire raffreddori e influenza? E' la possibilità suggerita da una ricerca secondo cui tali manifestazioni di affetto rinforzano il sistema immunitario e difendono dalle infezioni.

Lo studio è stato condotto presso la Carnegie Mellon University (CMU) da Sheldon Cohen e pubblicato sulla rivista Psychological Science.

All'aumentare del numero degli abbracci mediamente ricevuti ogni giorno, diminuisce il rischio di contrarre infezioni e, se anche un'infezione dovesse arrivare, risulterebbe più blanda e di breve durata.

Già era noto da precedenti ricerche che le persone esposte ad alti livelli di conflitto

con gli altri sono meno in grado di combattere infezioni quali il classico raffreddore di stagione.

Così l'esperta ha chiesto a 404 soggetti sani di 'calcolare' quante volte venissero abbracciate ogni giorno e poi ha esposto ciascun volontario al virus del raffreddore.

Ebbene è emerso che si ammalavano con più facilità coloro che ricevevano mediamente meno abbracci e che i soggetti più fortunati che godevano di frequente di questi segni di affetto, anche se contraevano il raffreddore, lo prendevano in una forma più blanda e guarivano subito.

E' possibile che il contatto fisico dell'abbraccio sprigioni molecole che a loro volta rinforzano il sistema immunitario e che a livello psicologico sentirsi amati e coccolati abbia effetti protettivi sull'organismo.”

“Per ottenere benefici quotidiani dagli abbracci e stimolare le endorfine ne servirebbero dai quattro ai dodici. Mentre due persone si abbracciano, avviene una specie di sincronizzazione cerebrale, i tracciati elettroencefalografici che inizialmente sono diversi divengono via via analoghi fino a sovrapporsi ed armonizzarsi tra loro. ” (Livia del Monte,2018)

“I vantaggi dell'abbraccio sono sia fisici che psicologici e possono coinvolgere chiunque, tanto che anche in Italia è nata una rete dedicata agli Abbracci Liberi, conosciuti all'estero come Free Hugs.” (Loredana Scaletti, 2020)

La psicoterapeuta statunitense Virginia Satir diceva: “Ci servono 4 abbracci al giorno per sopravvivere. Ci servono 8 abbracci al giorno per mantenerci in salute. Ci servono 12 abbracci al giorno per crescere.”

CAPITOLO V
TERAPIE DI CONTATTO: LA GENTILEZZA CHE ALLEVIA LA
SOFFERENZA

*“Che un nonno, una nonna, che forse non può più parlare,
che è paralizzato, e il nipote o il figlio arriva e gli prende
la mano, e in silenzio l'accarezza, niente di più.*

Questa è la cura della vita”

(Papa Francesco)

L'educatore professionale richiede una continua interazione con il corpo del malato: un corpo a volte ferito, a volte deformato, sofferente, stanco, stressato. Ogni gesto di cura instaura un contatto intimo con il corpo e questo espone sia il paziente che l'educatore ad un impatto sensoriale ed emozionale intenso.

Il corpo del paziente non è un semplice “oggetto” sul quale mettere in atto pratiche assistenziali, terapeutiche e riabilitative, ma un “soggetto incarnato”, carico di esperienze, vissuti e aspettative. (Barbara Bertagni, 2008)

Con l'idea della vita a tutti i costi, con la fatua fantasia della guarigione attraverso i potenti mezzi della medicina e della tecnica, la morte, anche quella dei propri anziani genitori, viene allontanata, rifiutata, negata. È uno dei motivi per cui, quando la morte arriva in prossimità di un nostro caro alla fine della sua esistenza, si ricorre all'ospedale. L'ospedale, dal canto suo, applica le procedure professionali sanitarie, l'organizzazione dei servizi, il regolamento aziendale e cerca, spesso impotente, di salvare il corpo di questa persona.

Ci si sottrae al rapporto diretto con la morte, sperando, contro ogni ragionevolezza, che la vita non sia ancora arrivata al capolinea. Affidando la cura del proprio caro ad altri è possibile prendere le distanze dalla sua morte e, quindi, anche dalla propria morte. Così facendo, per proteggere se stessi, si rende anonima la morte degli anziani. A queste considerazioni sulla morte si lega il valore attribuito ad essa a chi più la rappresenta in vita: l'anziano.

La morte non sembra cogliere l'anziano di sorpresa. La teme più per la sofferenza che spesso l'accompagna, ma frequentemente la evoca, la invita. Rimanendo vicini agli anziani negli ultimi momenti della loro vita si coglie, oltre alla preparazione biologica, il ritiro, il commiato, qualche volta il dolore, raramente la paura. L'anziano arriva a questo appuntamento preparato dalla storia della sua vita. Nel lungo percorso ha già avuto modo di imbattersi in tanti accadimenti che hanno minato la sua salute, avvenimenti che gli hanno richiesto adattamenti continui e quindi continui lutti ed elaborazioni: il corpo che invecchia, la morte di un familiare, la perdita del proprio ruolo sociale, i problemi economici, il decadimento sensoriale, la solitudine, i tanti problemi sanitari, i problemi funzionali, l'incontinenza, l'istituzionalizzazione. È attraverso questo percorso pieno di insidie che spesso l'anziano arriva di fronte alla morte, e quando è lì, nei mesi, nei giorni e nelle ore che precedono il trapasso, le condizioni si aggravano ulteriormente, preparandolo al momento topico, in una sorta di funzione educativa che lo solleva dalla paura dell'ignoto e lo predispone a un'accettazione forse più consapevole. Sopraggiunge allora la stanchezza della vita, la debolezza, la sofferenza alle quali si pone fine solo in un'unica maniera.

Hanno bisogno in questo di essere compresi ed aiutati. Da parte sua, l'anziano mette tutto ciò che ha per morire al meglio. Chi gli sta vicino deve interrogarsi su cosa può fare come operatore, volontario, familiare, amico, parente, perché la sua morte possa avere dignità, possa diventare una morte di qualità.

Cosa può voler dire allora qualità di vita del morente o, come oggi si usa dire, una dolce morte? A sentire gli anziani, la loro speranza è di morire senza dolore, nella propria casa, in serenità tra i propri cari, con a fianco le persone più importanti, quelle cui vogliono bene e dalle quali si sentono amati. Per ognuno dei questi desideri però ci sono dei problemi. Il dolore: il dolore, legato alla malattia, accompagna sovente l'ultimo periodo della vita. L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) in un recente studio conferma che l'Italia è fortemente arretrata sul piano della lotta al dolore. Uno degli indicatori della qualità della vita si basa sulle dosi annue di morfina (e farmaci oppioidi) pro capite per curare il dolore. Ebbene, l'Italia nel 2004 era al pari dell'Etiopia e del Ruanda. Nel 2007 è salita un po' nella classifica, ma rimane sempre ultima in Europa, dopo Malta. È dunque necessario che la cultura medica e le

nuove tecniche di intervento possano garantire, assieme a un'adeguata assistenza, a domicilio o in ricovero, tutti gli accorgimenti che consentono al morente di evitare il dolore. Con il dolore la morte non può mai essere di qualità. La propria casa: è ormai raro assistere a una morte a domicilio.

La morte naturale, quando viene istituzionalizzata, diventa un po' meno naturale in quanto avviene in un contesto "altro" rispetto alla storia personale degli anziani. Ciò introduce la necessità di creare utili condizioni affinché il morire di una persona anziana mantenga le caratteristiche della straordinaria unicità.

Si parla di terapie di contatto facendo riferimento a tutte quelle tecniche di cura psico-tattili che, attraverso un tatto dolce, rispettoso, rassicurante e caldo comunicano empatia e confermano al paziente che si ha cura di lui. Evitando gesti frettolosi e sbrigativi che possono essere percepite come freddi, minacciosi ed umilianti e rendere il malato spettatore passivo di se stesso e del suo corpo ferito. Attraverso il contatto fisico è possibile trasmettere calore ed energia positiva: la comunicazione attraverso il contatto è la forma di comunicazione più remota, vissuta e sperimentata da ciascuno nella primissima infanzia. Il tatto è il senso alla base della percezione sensoriale ed è anche il primo a svilupparsi. Toccando un paziente non ne consideriamo il corpo ma la corporeità animata con sensazioni, sentimenti ed emozioni. Incontriamo quella persona, ne riconosciamo il valore e ne accogliamo i bisogni. In particolare, nelle persone allettate si acquisiscono le capacità percettive e perciò è importante la qualità del tempo che si dedica loro: un tempo anche limitato, ma tranquillo, avvolgente come una seconda pelle, che li proteggerà dall'angoscia come una presenza materna. E' essenziale, tuttavia, che si riesca a "condividere" senza "essere travolti". Affinché la relazione sia sana, bisogna rispettare una giusta distanza dall'altro; questo obiettivo si può raggiungere solamente prendendo coscienza del proprio rapporto con la sofferenza e la malattia, delle proprie difese e delle proprie paure, e concedendosi di esprimere e condividere le proprie emozioni. Ricordandosi che non si può toccare senza essere toccati, né guardare senza essere guardati e che attraverso la percezione costruiamo la relazione con l'altro, ma anche la nostra identità e noi stessi. (Barbara Bertagni, 2008)

Se vogliamo ridare un senso alla vita e alla persona, è fondamentale che proprio in questi luoghi, deputati ad accogliere la parte finale dell'esistenza umana, si sviluppino percorsi in grado di aiutare gli anziani a realizzare una morte di qualità. La figura dell'educatore professionale in questi contesti è fondamentale.

Il lavoro di assistenza agli anziani in casa di riposo passa attraverso la relazione (verbale, fisica, emotiva) fatta di rapporti continuativi e stabili; è una conoscenza reciproca centrata sulla continua frequentazione.

Ma accompagnare una persona al trapasso richiede esperienza ed autogestione delle proprie emozioni. Se il rapporto che lega operatore e paziente è genuino, nel periodo che anticipa e segue il trapasso la sofferenza non è solo del morente, ma anche di chi lo assiste. Per stare accanto a chi soffre e muore l'operatore deve quindi avere non solo la capacità di ascoltare la sofferenza, ma si trova nella condizione di assumere su di sé parte di questa sofferenza. Affetti, emozioni, vicinanza emotiva, sono aspetti che danno il sale alla relazione umana, ma richiedono al contempo di salvaguardare l'integrità psichica degli operatori che si trovano ad affrontare, in modo continuativo, lutti e separazioni che gravano pesantemente sul loro bilancio emotivo come esito di un eccessivo attaccamento, di una forma di identificazione, dello sviluppo di un burn out reattivo.

Merita inoltre una riflessione il tema dell'anziano affetto da mali che impediscono il pensiero, la memoria, l'autodeterminazione (per esempio, malati di demenza o in situazioni di terminalità con grave compromissione cognitiva). Queste persone meritano un'attenzione particolare perché sono i più deboli tra i deboli. Quando le parole di senso compiuto non contano più, devono subentrare altre modalità, come il tatto, l'intesa visiva, il suono, l'olfatto, alla ricerca di quel contatto possibile che aiuta nel momento del bisogno. (Giorgio Pavan, Silvana Benvivenga, 2009)

10. APTONOMIA: LA TECNICA DEL CONTATTO ATTRAVERSO L'AFFETTIVITA'

Attraverso la pelle è possibile comunicare anche quando molte altre forme di comunicazione non sono ancora presenti, come nel caso dei neonati, oppure sono state perdute, ad esempio negli anziani con malattie degenerative.

“Il primo che favorì lo studio del contatto fisico col paziente fu Cochrane, creatore del movimento che portò all'EBM, (medicina basata sulle prove di efficacia e non sulle idee) mentre Frans Veldman studiò a lungo la “scienza dell'affettività” espressa attraverso il contatto, concentrandosi soprattutto sulla nascita e il primo anno di vita. (Annamaria Venere, 2019) Egli dà molta importanza alla dimensione affettiva del toccare e suggerisce ai genitori, durante la gravidanza, di prendere l'utero tra le mani e fare una leggera pressione su di esso: dal quarto mese in poi è possibile notare una reazione del feto, che risponde con il movimento. Il ripetersi di questa situazione favorisce nei genitori la consapevolezza che il bambino è già attivo e facilita in loro la formazione del legame prenatale con il proprio figlio.

Lo studio fu ripreso successivamente da Marie de Hennezel che definì l'aptonomia (dal greco hapsis, “tocco” e nomos, “regola”), cioè un qualcosa in grado di restituire alla persona quello di cui ha bisogno: percezione della propria integrità, riconferma del valore, della dignità e della propria unicità (Bonacini et al., 2005; Mele, 2008).

La sua applicazione fu successivamente estesa allo stadio ultimo della vita in quanto chi si avvicina alla morte ha necessità di comunicare, di percepire amore e accudimento con la dolcezza che si dedica ad un bambino.

Il contatto fisico risulta essere un bisogno fondamentale per la persona e lo è tanto più per un malato: toccando un malato non ne consideriamo solo il corpo bensì la corporeità animata da sensazioni, sentimenti, emozioni. L'aptonomia (caring touch), perciò, non è solo una tecnica del massaggio, del tocco bensì un modo che trasforma la vicinanza in dialogo, in reciprocità in grado di conferire rispetto, ascolto, accudimento alla persona. Per queste ragioni può trovare uno spazio importante nell'ambito dell'equipe multidisciplinare di Cure Palliative che agisce in quella fase della vita, in

cui non si può più guarire, ma si può ancora fare molto per la persona malata. Alla base dell'aptonomia, come si è detto, vi è il contatto con l'altro che deve essere sempre all'insegna della trasparenza e della non invadenza (Istituto Oncologico Mantovano – IOM Onlus). Il prendersi cura della persona in fase avanzata di malattia richiede all'educatore professionale e a tutta l'èquipe sanitaria, la capacità di capire il significato unico dell'esperienza, passata e presente, che il malato sta vivendo (Bonacini & Marzi, 2005). Il contatto permette la comunicazione di sensazioni ed è considerato essenziale nel prendersi cura dei malati nel fine vita, ed ha un ruolo importante nell'incontrare i bisogni cognitivi ed affettivi dei pazienti. La comunicazione con il contatto è la forma di comunicazione più ancestrale, vissuta e sperimentata da tutti, quando eravamo bambini. È attraverso il corpo e il suo linguaggio che sviluppiamo e iniziamo le nostre relazioni. Inoltre, il tocco permette la comunicazione attraverso quello che è l'ultimo senso a scomparire (Bonacini & Marzi, 2005). Il tatto, infatti, include il senso della reciprocità: è impossibile toccare senza essere toccati e senza rivelare la nostra interiorità, in quanto, varcare il limite imposto dalle paure di un corpo sofferente permette di ricontattare l'umanità della relazione (De Luca & Papaleo, 2010; Seiger Cronfalk, 2008). Chi si avvicina alla morte sente la necessità di sentirsi amato, rispettato e accudito, questo soprattutto nei momenti più vulnerabili della vita, per questo è importante essere consapevoli dei propri gesti ed imparare a comunicare attraverso il corpo ed il linguaggio corporeo (Bertagni, 2008; Bush, 2001). Ma proprio per questo è necessario anche tenere in considerazione che vi è la possibilità che, sebbene il tocco fisico sia una parte integrante dello sviluppo umano, sia vissuto come esperienza negativa da parte di alcuni individui, per le emozioni legate alla sofferenza, all'insicurezza, alla perdita di integrità e alla sessualità (Seiger Cronfalk, 2008). L'incontro aptonomico, più che sul tatto, è incentrato sulla presenza di chi cura, in quanto toccando, ed essendo toccato, ci si espone ad un rapporto intimo ed intenso, che presuppone la fiducia (Bertagni, 2008; Bonacini et al., 2005). Nell'aptonomia i gesti sono semplici: un tocco delicato, ma sicuro, uno sguardo empatico e un massaggio lento, permettono di comunicare che potremmo essere aiutati ad andarcene, dolcemente, come siamo venuti al mondo (Bonacini et al., 2005); confermando al paziente che ci si sta prendendo cura di lui (Bertagni, 2008). È riportato in letteratura, come il caring touch sia utile a sviluppare una sintonia con il paziente

ed aiuti ad accoglierlo nella sua unicità. Migliora il comfort, la sicurezza, innalza l'autostima (Bonacini et al., 2005; Cawthorn et al., 2000), può ridurre dolore, nausea, vomito, sofferenza, il sentimento di solitudine e la difficoltà di comunicare (Mele, 2008). Visti i benefici che comporta per la persona, è consigliato coinvolgere anche la famiglia, per permettere loro di toccare, capire ed accettare il corpo nuovo del loro caro, stanco e diverso. Questi gesti di cura possono essere utili allo sviluppo della consapevolezza che quel corpo è vivo e bisognoso di amore. (Bonacini et al., 2005)” (Vanzella Romina, 2015)

11. NURTURING TOUCH “IL TOCCO CHE NUTRE”

Il Nurturing touch è una “filosofia di massaggio” che pone le sue origini in Nuova Zelanda dalla terapeuta Peggy Dawson che dopo aver studiato presso le più prestigiose scuole di massaggio di San Francisco, ha ideato questa particolare modalità di massaggio che mira a procurare un profondo senso di benessere psicofisico nella persona malata, trasmettendogli conforto e consolazione, a farla sentire accudita con attenzione e amore. Il Nurturing Touch è connotato da tre caratteristiche: la purezza dell'intenzione, la pulizia interiore e la calma dell'operatore. In sostanza chi pratica il massaggio, chi tocca il malato lo deve fare con tranquillità, con la consapevolezza che lo sta toccando per offrirgli sollievo e che egli si trova nel giusto stato d'animo per trasmettere qualcosa di buono.

Ecco, dunque, che durante il percorso formativo si imparano semplici pratiche di respirazione, rilassamento e visualizzazione che sciolgono le “scorie” della vita quotidiana e consentono appunto di ripulirsi interiormente. Uno stato interiore che si può richiamare facilmente, nel corso dell'attività quotidiana, attraverso due o tre profondi e

consapevoli atti respiratori. Le tecniche di massaggio utilizzate nel Nurturing Touch sono quelle consuete: massaggio di base, carezze fondamentali, contenimento, movimenti circolari, lavoro sul muscolo, ma nelle cure palliative le modalità più utilizzate sono soprattutto le carezze fondamentali (una mano ferma e l'altra che si muove lentamente in senso circolare o verticale o orizzontale) e, soprattutto nella fase ultima

della vita, il contenimento. Le aree che vengono più frequentemente trattate sono i piedi, il braccio e la mano, ma anche la schiena quando il malato può sistemarsi sul fianco.

Peggy Dawson ha ideato anche una semplice modalità di “accompagnamento del morente” che è bello insegnare ai familiari. In questo modo il morente si sentirà accompagnato e il familiare nella fase di elaborazione del lutto si sentirà confortato dalla consapevolezza di aver accompagnato il proprio caro fino al termine del suo ultimo viaggio.

I benefici del Nurturing Touch si riscontrano sul piano fisico (riduce il dolore, stimola la circolazione, riduce la tensione muscolare, migliora la circolazione linfatica), su quello psicologico (dimostra il beneficio prodotto dal contatto fisico tra curante e malato e soprattutto fa sì che la persona non si senta abbandonata e sola), su quello spirituale (offre al paziente momenti di profonda e sincera comunicazione). Ma anche l'operatore sente validato e arricchito il suo agire dalla consapevolezza che sta incontrando un corpo malato, e non solo, attraverso una diversa dimensione: quella dell'offerta di sollievo, di piacevolezza, di amore, di contenimento e di tenerezza.

Il Nurturing touch è un potente mezzo di comunicazione che supera le barriere dell'isolamento entro le quali spesso si rinchioda la persona giunta alla fase finale della vita. È un tocco amorevole che nutre quei bisogni inascoltati, quelli legati alla sfera emozionale. Ecco come il con-tatto si trasforma in gesto di cura. E il gesto che cura è un gesto che “ricompone” i frammenti nei quali si sente frantumato il malato, restituendogli la dignità di persona unica e irripetibile. (Marinella Cellai)

Un'esperienza importante in questo senso è stata condotta presso l'Israa di Treviso. L'idea del progetto “Sentieri di cura” nasce proprio dal bisogno di fermarsi a riflettere sulla qualità dell'assistenza prestata nei confronti delle persone gravi o in situazione terminale. Per le proprie caratteristiche, le strutture per anziani, gli hospice e le unità di accoglienza per persone in stato vegetativo, sono per eccellenza i luoghi della “cura” intesa non tanto nel senso della guarigione ma del “prendersi cura”. L'empatia è la prima qualità richiesta nel “prendersi cura”. Ma il contatto empatico

quotidiano con i bisogni di queste persone e dei loro familiari comporta per chi assiste un'esposizione emotiva intensa, che deve essere compresa e sostenuta

quando la persona non è in grado di richiedere attivamente l'attenzione ed esprimere i propri bisogni, ovvero in tutte quelle situazioni dove le condizioni di salute sono gravi o gravissime e le normali capacità di comunicazione compromesse o addirittura inesistenti. Può allora venire in aiuto, per chi assiste, l'acquisizione di nuove forme di comunicazione corporea, quali il Nurturing Touch, e l'Aptonomia, la "scienza dell'affettività trasmessa attraverso il contatto".

Queste tecniche sono state integrate e rielaborate in un progetto che prende il nome di "Sentieri di cura". Gli obiettivi che si pone questo progetto sono: • esplorare i processi psicologici sottostanti il tema del morire nella nostra società; • illustrare le fasi e i modelli legati al vissuto della malattia, dalla gestione ai processi di elaborazione del lutto; • migliorare la propria capacità di far fronte emotivamente a situazioni complesse come la sofferenza, il dolore e la morte, aumentando le competenze emotivo-affettive e comunicativo-corporee, per realizzare un'assistenza empatica con il malato e la sua famiglia. Il metodo di comunicazione corporea offre un utile strumento a chi assiste e procura sollievo ai malati, agli anziani e ai morenti, apportando benefici sul piano fisico, psicologico e spirituale. (Giorgio Pavan, Silvana Benvenuto, 2009)

11. IL TOCCO GENTILE

Nel paragrafo precedente si è parlato dei benefici e dell'importanza del contatto fisico nel rapporto di cura, non solo per quanto riguarda le prime fasi della vita, ma evidenziando l'importanza che il contatto fisico assume nella vecchiaia e più in generale negli stadi di fine vita.

Esistono molti modi per toccare una persona, non basta tendere una mano verso l'altro per innescare una sensazione di benessere, anzi a volte l'essere toccati può addirittura provocare fastidio.

L'atto del toccare per portare un beneficio richiede sensibilità, rispetto e consapevolezza delle esigenze e dei desideri della persona. Solo quando si utilizza l'enorme potere che le nostre mani dispongono, in modo appropriato e rispettoso, si può contribuire a creare un ambiente di cura empatico e positivo.

La forma di contatto fisico delicato e rispettoso che viene utilizzato per comunicare empatia, affetto e conforto viene chiamato "tocco gentile". Il tocco fermo e gentile sta ad indicare una qualità di base che il contatto deve avere per essere efficace. Fermo significa sicuro, che offre sostegno, la possibilità di sentirsi accolto ed esprimersi con fiducia; gentile significa rispettoso, capace di ascoltare. È un modo di interagire fisicamente con un'altra persona in modo sensibile e non invasivo. Il tocco gentile può assumere diverse forme, come carezze leggere, tenere la mano, abbracci morbidi o massaggi delicati. L'obiettivo principale del tocco gentile è quello di creare una connessione emotiva e di fornire una sensazione di calma, sicurezza e benessere. (Anna Marcon, Massimo Carlan, 2016)

Il tocco gentile arriva dove le parole non possono arrivare, è un tipo di comunicazione non verbale che ascolta e cerca di soddisfare i bisogni più sottili, quelli inascoltati, quelli che tolgono la fame, la sete, il dolore, restano. Si pensi al senso di isolamento e smarrimento che spesso accompagna la demenza. Il tocco gentile può svolgere un ruolo importante per promuovere il benessere delle persone con demenza, in alcuni casi potrebbe aiutare a ridurre anche l'ansia e l'agitazione tipica di questa malattia.

Uno studio interessante condotto da Guzman Velez, Feintein e Tranel (2014) dimostra che le funzioni che si mantengono fino agli stadi finali della demenza sono quelle sensoriali. Questo significa che le informazioni sensoriali arrivano ancora al cervello e la persona può ancora percepire uno stato di piacevole rilassamento, oppure al contrario può percepire sofferenza e agitazione.

A riprova di questo fatto, i ricercatori hanno dimostrato che i malati di Alzheimer mantengono la capacità di provare emozioni, anche se non sono in grado di ricordare ciò che le provoca. La ricerca ha previsto la partecipazione di 17 persone

con diagnosi di Alzheimer e 17 persone sane, a cui sono stati fatti vedere dei brevi filmati di circa 20 minuti ciascuno. I filmati proiettati avevano un forte contenuto

emozionale alcuni con emozioni tristi e altri con emozioni felici. Al termine della visione, dopo circa 10 minuti, i partecipanti sono stati sottoposti a un test di memoria per osservare la quantità di informazioni del film trattenute. Come ci si poteva aspettare, a differenza delle persone sane, i malati di Alzheimer hanno riportato molti meno dettagli e alcuni addirittura non ricordavano di aver visto un filmato. Il dato interessante però è questo: nonostante il gruppo dei malati di Alzheimer non fosse in grado di ricordare cosa avesse provocato in loro lo stato d'animo, la gioia o la tristezza permanevano nel tempo. Le persone con demenza non riuscivano a rievocare il contenuto dei filmati, ma il loro stato emotivo veniva alterato e l'emozione persisteva per diverso tempo.

È importante, dunque, non dimenticare che le persone che abbiamo davanti, anche se non sono più in grado di parlare, sono ancora in grado di sentire il calore di un gesto affettuoso o di parole pronunciate con dolcezza. (Claudia Bellini, 2019)

Tuttavia, è importante adattare il tocco gentile alle preferenze individuali della persona e rispettare i loro confini personali. Alcune persone con demenza possono gradire il contatto fisico, mentre altre potrebbero preferire un'interazione più limitata o evitare il tocco. È fondamentale osservare attentamente le reazioni e le comunicazioni non verbali della persona per capire se il tocco gentile è gradito o se causa disagio.

Inoltre, quando si utilizza il tocco gentile, è importante avvicinarsi alla persona con demenza gradualmente. Iniziare con un tocco leggero e non invasivo, come tenere la mano o accarezzare il braccio. Osservare attentamente la reazione della persona e rispettare i suoi confini.

Esistono diverse strategie per entrare in contatto con persone con demenza, un approccio che promuove l'interazione fisica positiva e che può essere utile ad operatori, come l'educatore professionale e ai familiari è spiegato nel libro "The Best Friends Approach to Alzheimer's Care" di Virginia Bell e David Troxel. Ecco alcuni concetti chiave del loro approccio che possono coinvolgere il contatto fisico:

1. Amicizia e connessione: L'approccio "Best Friends" mira a creare un ambiente di amicizia e connessione con la persona con demenza. Questo può inclu-

dere il coinvolgimento fisico attraverso gesti di affetto, come abbracci, carezze gentili o tenere la mano.

2. Rispetto e ascolto attivo: L'approccio promuove il rispetto per l'individualità e le preferenze della persona con demenza. Ciò può significare ascoltare attentamente le loro esigenze e rispondere con il contatto fisico appropriato, come offrire una mano per aiutare a camminare o offrire un abbraccio per confortare.
3. Riconoscimento delle emozioni: L'approccio "Best Friends" valorizza il riconoscimento delle emozioni della persona con demenza. L'uso di contatto fisico, come carezze o abbracci, può essere un modo per mostrare empatia e supporto emotivo.
4. Coinvolgimento in attività significative: L'approccio promuove l'interazione fisica attraverso attività significative che coinvolgono la persona con demenza. Ad esempio, partecipare a una passeggiata condivisa o coinvolgerli in attività creative che coinvolgono il tocco, come dipingere con le dita, può stimolare una connessione fisica e un senso di realizzazione.

Non esiste tuttavia un modo corretto di toccare una persona, ogni persona è a sé; quindi, quando si entra in contatto si possono sperimentare diverse tecniche come massaggi leggeri, tenere le mani, movimenti lenti e rilassanti, per favorire una sensazione di benessere. Alcune persone potrebbero mostrare una risposta positiva e rilassata, mentre altre potrebbero preferire un contatto più breve o evitare il tocco. Bisogna essere ricettivi e rispettare le risposte individuali e adattarsi alle esigenze della persona.

12. IL TOCCO ARMONICO®

A sostegno della mia tesi sull'importanza del contatto fisico nel rapporto di cura, riporto uno studio scritto da Francesca Saracino Infermiera presso Ambulatori Dermatologia, Policlinico Sant'Orsola- Malpighi, Bologna, sull'esperienza del Tocco Armonico® all'ospedale Regina Margherita di Torino.

Prima di presentare lo studio farò una breve introduzione su che cos'è e in cosa consiste il Tocco Armonico®.

Il Tocco Armonico® è stato ideato nel 1997 da Enzo D'Antoni, Infermiere e Body Worker.

Il Tocco Armonico® è un massaggio molto lento che si attua attraverso una serie di movimenti delicati delle articolazioni, e con pressioni e movimenti manuali particolarmente leggeri e dosati sulla cute del soggetto ricevente.

Secondo alcuni principi della medicina tradizionale cinese più il massaggio è lento e più giunge in profondità innescando cambiamenti benefici per gli organi interni e per tutto l'organismo, mentre il massaggio veloce ed energico genera benefici limitati nel tempo e ad un livello più superficiale.

Diversamente da altre tipologie di massaggio, il Tocco Armonico® non prevede una serie di tecniche manuali stabilite a priori, ma si adatta alle esigenze della persona ricevente nel momento stesso in cui si applica il trattamento. Il Tocco Armonico® è un'attività manuale che non agisce sul corpo umano, ma dal corpo umano.

Il nostro corpo è un'entità vivente che si muove e respira, ingloba le esperienze di vita, a tutti i livelli: fisico, emozionale e mentale.

I traumi fisici e psicoemotivi, i sensi di colpa, il distress e le emozioni represses limitano il nostro benessere, contraggono i tessuti, (muscoli, visceri ed organi), e danno origine a malattie fisiche e psichiche. Questo impedisce il flusso normale dell'energia vitale (Qi) causando blocchi energetici.

Le tensioni somatiche (cause dei blocchi energetici) producono stati d'ansia, irritabilità, malfunzionamento delle zone corporee, posture viziate, astenia e ipotonia tissutale, disturbo del sonno e della digestione, paure, aggressività, sfiducia, depressione, riduzione delle capacità psicofisiche, immunodepressione, patologie infiammatorie, calo dell'autostima e dello stato vitale.

Il Tocco Armonico®, agendo sui blocchi energetici, costituisce un valido strumento di sostegno e riequilibrio del Qi: rafforza lo stato vitale, previene stati di malessere psicofisico e può alleviare sofferenze causate da disturbi energetici di origine psicofisico-emozionale.

Possiamo considerare il Tocco Armonico® un ottimo "catalizzatore empatico" nella relazione d'aiuto nella comunicazione tattile non verbale.

Il Tocco Armonico®, nonostante sia una tecnica manuale, si rivela un efficace strumento relazionale, facilmente utilizzabile nell'ambito del caring: favorisce, attraverso i canali del "non verbale", la relazione empatica tra la persona assistita e il terapeuta, senza grandi sforzi mentali e comportamentali; l'empatia tra i due soggetti sorge in modo del tutto "naturale".

Il Tocco Armonico® non si contrappone alla medicina convenzionale e non si pratica come alternativa ad essa, ma si propone come utile strumento integrativo nella relazione d'aiuto.

Il Tocco Armonico®, pur essendo un massaggio lento a valenza energetica, interviene sul processo che determina cambiamenti psicofisici a partire dalla persona ricevente senza trasferire o dirigere energie dell'operatore.

I filamenti di DNA, microstrutture genetiche presenti all'interno di ogni cellula umana, contengono informazioni ereditate da tutto l'organismo; pertanto, ogni singola cellula contiene informazioni su tutto ciò che esiste e accade nel corpo. Grazie a tali informazioni le cellule sono in grado di promuovere la generazione di nuove cellule con la medesima matrice genetica. Quindi un'esperienza energetica vissuta in una zona anatomica del nostro corpo, anche piccolissima, influenzerà tutte le altre parti che lo compongono. Esperienze, atteggiamenti, emozioni e pensieri influenzano e modellano le strutture e le funzioni corporee.

A fine seduta, spesso, i pazienti dichiarano un aumento del tono dell'umore con una sensazione di "benessere generale" e di "modificazione positiva" della propria struttura corporea.

Si può praticare il Tocco Armonico® su persone di qualsiasi età, in buona salute o affette da patologie, a scopo preventivo, riabilitativo e palliativo.

E anche possibile che l'operatore di Tocco Armonico® si autotratti in caso di necessità.

Il Tocco Armonico® si è dimostrato efficace nel trattamento di:

sindromi depressive e deflessione del tono dell'umore, distress, stati d'ansia e attacchi di panico, tensioni muscolari, articolari e viscerali, dolore nocicettivo, dolore neuropatico ed oncologico (acuti e cronici), dolore causato da procedure cliniche invasive, dolore post intervento chirurgico, cefalea, emicrania, crisi nevralgiche, dismenorrea, sincopi, crisi vagali, stati febbrili, dispnea, tosse stizzosa, disfagie, nausea e vomito, ecchimosi ed edemi.

Inoltre il Tocco Armonico®:

- migliora le dinamiche della relazione d'aiuto favorendo l'empatia e l'empowerment;
- migliora la funzione respiratoria, la deglutizione, la digestione e la qualità del riposo notturno;
- regolarizza i parametri vitali;
- è utile nella gestione di alcuni effetti collaterali delle terapie farmacologiche (ad esempio nella chemioterapia);
- riduce i disturbi psicofisici della sindrome astinenziale nei percorsi di disassuefazione da sostanze stupefacenti;
- ha una significativa stimolazione linfodrenante;
- stimola la diuresi e regolarizza la funzione intestinale;
- facilita il reperimento dei vasi sanguigni periferici per la venipuntura o l'incannulamento periferico;

-migliora l'adesione cutanea della placca enterostomica (colostomia) (Enzo D'Antoni, Erika Mainardi, 2014)

Per questo studio sono stati presi in esame 7 operatori del Tocco Armonico®. L'utilizzo di questa pratica viene utilizzata quotidianamente durante la propria attività lavorativa. Tre persone svolgono la loro attività lavorativa in Dialisi pediatrica, Nefrologia e trapianto di reni pediatrica, una in Pneumologia pediatrica, una in Neuropsichiatria infantile, un'altra in week-surgery dell'O.I.R.M e infine una in Rianimazione. Il tempo medio di una seduta di Tocco Armonico® è svolta maggiormente per 30 minuti da 4 operatori, il restante degli operatori la svolge in un tempo compreso tra i 6-15 minuti. Il numero complessivo di bambini trattati è stato di 167 pazienti. I bambini erano ricoverati in reparti diversi con patologie diverse. Ben 131 bambini trattati con Tocco Armonico® presentano patologie neurologiche, 20 patologie psichiatriche, 9 malattie rare, 5 stato di urgenza-emergenza e 2 patologie respiratorie. Dopo il trattamento con il Tocco Armonico®, i bambini hanno riscontrato dei benefici. Tutti gli Operatori hanno constatato come maggior beneficio il rilassamento da parte di tutti i bambini ed inoltre 6 operatori hanno dichiarato la presenza di tranquillità, 5 massaggiatori hanno evidenziato la riduzione dell'ansia e del dolore e la stabilizzazione dei parametri vitali, 4 professionisti un miglioramento nella qualità del riposo, migliore empatia e buon umore da parte dei bambini trattati. Gli operatori, visto i molteplici benefici che apporta questa pratica nei pazienti, l'hanno integrata nel percorso clinico-assistenziale. Quest'indagine ha dimostrato che il Tocco Armonico® apporta molti benefici in età pediatrica. Inoltre, agisce in ambito relazionale favorendo il rapporto di fiducia e aumenta la compliance sia nel ricevente che nel suo caregiver. Tutti gli operatori che hanno fatto il percorso formativo e applicano il Tocco Armonico® nella propria realtà lavorativa sottolineano l'efficacia e gli aspetti gratificanti mostrando un atteggiamento di spontaneo intento nella diffusione di questa nuova pratica.

12.1 INTERVISTA A LUCIA FERRARI, INFERMIERA E OPERATRICE DI TOCCO ARMONICO®

Facendo ricerca riguardo l'argomento sopracitato, ho avuto il piacere di parlare telefonicamente con Enzo D'Antoni, l'ideatore di Tocco Armonico® che mi ha fornito molte nozioni utili riguardo questa tecnica che ho descritto nel paragrafo precedente. Sempre grazie ad E. D'Antoni ho avuto la possibilità d'intervistare Lucia Ferrari, un'infermiera con esperienza trentennale, operatrice di Tocco Armonico®, che attualmente lavora presso il reparto di cure palliative, zona Alto Garda e Ledro con sede a Riva del Garda, provincia di Trento.

In seguito viene riportata l'intervista.

Come sei diventata operatrice di Tocco Armonico®?

Ho conosciuto il Tocco Armonico® al master di I livello di medicina complementare di Siena, dove ho incontrato Enzo ed Erika e da quest'incontro ho poi fatto la scelta di andare a Torino a fare il corso di Tocco Armonico® durato 6 mesi. Dopo aver superato un esame teorico e uno pratico ho acquisito la certificazione di operatrice di Tocco Armonico®.

Come utilizzi il Tocco Armonico® nel tuo lavoro?

Nella mia attività lavorativa il Tocco Armonico® lo uso nell'approccio con il paziente. In tutte le procedure che io applico diventa un tocco consapevole, non un mero tocco procedurale. Lo posso usare sia in modo strutturato come ad esempio ai pazienti del reparto Cure Palliative con sedute di 1 ora o 2 ore, dipende dalla necessità che si presenta, ma il Tocco Armonico® lo utilizzo anche nella quotidianità della relazione di cura. A volte posso mettere a conoscenza la persona su quello che andiamo a fare, altre volte posso usarlo ad esempio per favorire un accesso venoso quando devo fare un prelievo di sangue, oppure per regolarizzare le emozioni di un paziente. Il Tocco Armonico® non è un massaggio con una tecnica precisa da seguire. La tecnica c'è ma non ci sono movimenti prestabiliti. È un massaggio molto lento e delicato, anche perché, soprattutto nei malati oncologici, la malattia è molto impattante, i corpi

di queste persone sono “distrutti”. Si fa fatica a fare massaggi, appena li tocchi sentono male. Invece il Tocco Armonico® viene tollerato. Toccando una persona capisco di cosa ha bisogno, è il corpo del paziente a guidarmi e non viceversa. Ovviamente ci serve esperienza e preparazione per poterlo mettere in pratica. Nelle nostre mani esistono dei corpuscoli che andando a stimolarli si riesce ad avere una percezione diversa del corpo a livello fisico, mentale ed energetico. Il Tocco Armonico® aiuta ad armonizzare in modo olistico, tutte le parti del nostro essere. Da qui appunto, deriva il nome Tocco Armonico®.

Com'è cambiato il tuo lavoro da quando utilizzi il Tocco Armonico®?

Il Tocco Armonico® mi ha aiutata a concepire il corpo non solo sul piano fisico, ma anche mentale, spirituale ed energetico e quindi a gestire le varie situazioni prendendo in cura la persona in modo olistico. Il rapporto che si crea con il paziente è sicuramente migliore perché si prende in carico la persona a 360° e si entra meglio in empatia con essa. Il Tocco Armonico® facilita sia le pratiche più banali, come un prelievo di sangue, fino ad arrivare ad accompagnare il paziente in modo sereno nel fine vita.

Pensi che il contatto fisico aiuti la relazione di cura?

Il contatto fisico aiuta tantissimo la relazione di cura. Ci sono studi di letteratura che ne parlano in maniera ampia, in quanto favorisce la relazione, l'empatia, l'approccio al paziente anche dal punto di vista assistenziale. Nel mio lavoro da infermiera il contatto fisico è inevitabile e fondamentale e quindi il Tocco Armonico® ha veramente aiutato la relazione di cura. Inoltre, stimola tutta una serie di sostanze a livello endogeno, come le endorfine naturali che aiutano il benessere psico-fisico della persona.

Quali benefici hai riscontrato nei tuoi pazienti?

I benefici che riscontro nei miei pazienti li ritrovo nella quotidianità, come quando dopo una seduta il paziente sorride, si rilassa, mi dice in modo esplicito che si sente meglio, o che si è attenuato il dolore. In una paziente disabile che seguo da più di 1

anno siamo riusciti a regolarizzare il ritmo del sonno, a calmare l'agitazione psicomotoria e misurando i parametri prima e dopo la seduta si è riscontrato anche una diminuzione della frequenza cardiaca. I benefici sono tantissimi e toccano tutte le sfere della persona, da quella fisica a quella mentale.

Questa tecnica può essere d'aiuto anche per il personale sanitario?

Il Tocco Armonico® è fondamentale per ognuno di noi, perché non prende in cura la malattia, ma prende in cura la persona, da quella sana a quella malata. Aiuta a riequilibrarsi e a prendere contatto con il proprio corpo. Più di una volta ho trattato colleghi, in modo consapevole e non consapevole, portando dei grossi benefici, in quanto il Tocco Armonico® aiuta a togliere tensioni, stress, a regolarizzare le emozioni, a centrarsi su noi stessi e quindi a prevenire il born out e a facilitare il lavoro d'équipe. Il Tocco Armonico® è uno strumento validissimo su più livelli.

CAPITOLO IV

L'EDUCATORE COME STRUMENTO "I CARE"

"Non dimentichiamo mai che il vero potere è il servizio.

*Bisogna custodire la gente, aver cura di ogni persona,
con amore, specialmente dei bambini, dei vecchi, di coloro
che sono più fragili e che spesso sono nella periferia del nostro cuore"*

(Papa Francesco)

14. L'EDUCATORE E LA RELAZIONE DI CURA

"[...] E proprio in quel momento è arrivata lei, la nefrologa. Sotto il camice portava una gonna elegante scarpe con il tacco alto ai piedi, una bella collana, anelli alle dita. I capelli in ordine, colpi di lei sole. trucco leggero ma perfetto. Lei era viva, lei stava lavorando, lei era padrona di sé stessa.

Io ero piegata in due su di una pancia enorme con la maschera dell'ossigeno sul volto, gli occhi pieni di lacrime, i capelli sconvolti dalla lunga permanenza a letto, dalla fatica, dalla debolezza di un corpo che si rifletteva nel loro essere scomposti e sfibrati.

E lei mi ha parlato.

"Lei non sta così male, mi creda. La sua è solo paura. Se solo si calmasse si renderebbe conto che sta abbastanza bene, che potrebbe staccarsi dal Prisma e che potrebbe sostenere l'altro tipo di dialisi, per sedute. Se solo non si lasciasse prendere dalla paura.."

Che cazzo ne sai tu della mia paura, della sensazione di morire soffocata ogni volta che mangio, della debolezza di un corpo macellato dallo scompenso, dalla sensazione di muscoli che marciscono, dalla percezione di non riuscire più a stare diritta perché le mie gambe si sono ormai piegate su se stesse a suon di non camminare più. Che cazzo ne sai di com'è stare qui dentro da mesi, e di non avere se non una vaga prospettiva, per altro piena di dolore e di angoscia, di uscire?

Che cosa ne sai di come sto, davvero. Tu perfetta, realizzata, tu vieni qui e decreti dall'alto della tua competenza clinica come sto e che cosa devo fare, di chi e di che cosa devo avere paura, di quanto coraggio devo avere." (Emilia Silvestri, 2009)

Analizzando i pensieri e le emozioni di questa autrice, che in prima persona ha vissuto un lungo percorso di ospedalizzazione, emergono molti concetti sui quali l'educatore professionale, ma anche tutto il personale sanitario, dovrebbe riflettere.

Le figure sanitarie sono soggette ad un'attenta osservazione da parte dei pazienti. Soprattutto quando c'è una condizione molto invalidante, la differenza tra le due figure, paziente e figura sanitaria, spicca. Volenti o nolenti, comunichiamo con il corpo, basti pensare al corpo del medico in uniforme, contrapposto al corpo in pigiama del paziente, lo stare in piedi di fronte a persone coricate, spesso immobilizzate e abbruttite dalla malattia. In tale situazione un tono di voce più alto, una frase più secca, un movimento più brusco assumono immediatamente un peso. (Barbara Bertagni, 2008)

"E loro mi guardavano. Le due anestesiste.

Una delle due in particolare. Era triste e arrabbiata allo stesso tempo.

Con me che non tacevo il mio dolore e la facevo sentire una merda per quello che aveva fatto.

Con Se stessa perché aveva fallito comunque e aveva provocato il mio scempio.

E mi ha parlato. Non ricordo le parole precise, ma c'era qualche cosa nella sua frase, un tentativo suo estremo di spostare su di me

l'angoscia che provava, di farmi sentire in colpa, di far sentire che ero io a sbagliare nel reagire in quel modo. Il suo viso era contratto, troppo giovane per essere esperto di dolore, forse fino a qualche minuto prima sicuro delle procedure apprese, il suo sguardo mi dava fastidio.

Non calmava la mia rabbia, ma aumentava il mio dolore.

Un dolore sordo e profondo che prende voce quando tutte le altre difese sono cadute. E allora assume il suono di un gemito, del rantolo

di una bestia ferita." (Emilia Silvestri, 2009)

L'educatore professionale deve tenere presente che tutto quello che è la sua persona, dalla cura del sé, dal tono della voce, dai movimenti, gli sguardi e anche dai pensieri, è un modo di comunicare al paziente come ci si prende cura di lui.

L'educatore professionale, per le sue doti di ascolto e di empatia sincera, può davvero fare la differenza nella vita di chi lo incontra.

"Sto cercando di dire loro che sto male, ma non capisco perché

nessuno mi ascolta. Sembrano non credere alle mie parole. La cosa

che mi rattrista di più è che anche il mio dottore sembra non avere più fiducia in quello che gli dico, sembra non credere davvero che io stia male.

Non ne posso più." (Emilia Silvestri, 2009)

La sicurezza di una figura professionale viene dalle sue conoscenze, ma nel lavoro di educatore non ci si può affidare solo alle conoscenze teoriche e/o procedurali. Le persone che si affidano a questa figura sono persone ferite, emotivamente, fisicamente, ognuna con un proprio vissuto, ognuna diversa ed unica. Non esiste un approccio che vada bene per tutti allo stesso modo.

Per poter sentire o venire in contatto con il problema profondo della persona, bisogna essere capaci di concentrarsi profondamente e senza sforzo, mantenendo la mente in sintonia con la persona con cui si è in contatto.

Nella relazione tra educatore e paziente entrano in gioco l'affettività, l'imbarazzo, l'intimità, l'angoscia, le dimensioni più profonde e latenti del proprio essere donne e uomini. In alcuni casi i pazienti si sentono trattati come persone che, pur malate, mantengono la loro identità e la loro storia di vita.

In altri casi, l'esperienza è opposta: in molte strutture il paziente si sente trattato come un oggetto da pulire o da curare, un pezzo di carne senza identità.

"Ma che cosa avete questa settimana? Che vi prende?..

Non mi chiedere urlando dal bancone se ho fatto o no la cacca,

Così che tutti in reparto sapranno se ho cagato oppure no

Per favore, non lo fare...." (Emilia Silvestri, 2009)

Nel momento in cui una persona si ammala la capacità relazionale del suo corpo, si altera, diviene difficoltosa, confusa. In una situazione patologica fatta di sofferenza, di riduzione delle capacità neuro-motorie, il corpo si trasfigura e la recettività relazionale si basa su canali differenti. Con tempi e modi diversi il paziente accetta e sopporta quella che considera una specie di attacco esterno al proprio corpo (come nel caso di esami diagnostici invasivi e cruenti manovre terapeutiche) pur continuando a stabilire delle relazioni. Molte di queste relazioni sono costrette, qualche volta non volute o non richieste. Sono queste le ragioni che dovrebbero far riflettere chi esercita una professione sanitaria sull'impiego cosciente del contatto corporeo. Le mani dell'educatore, operatore sanitario, infermiere, fisioterapista, neuro psicomotricista dell'età evolutiva o altro ancora racchiudono in sé gesti non solo di carattere funzionale, ma rappresentano anche sollievo, fortificando la relazione d'aiuto e predispongono il malato ad un aumento delle risposte positive, rafforzando la sua sensibilità fisica ed emozionale. (Annamaria Venere, 2019)

È una questione di tecnica impiegata, di modalità relazionale o, più in generale, di competenza professionale. È importante imparare ad avere consapevolezza del significato dei propri gesti ed apprendere a comunicare meglio attraverso la relazione a livello corporeo e non verbale, per non correre il rischio di oggettivare il malato identificandolo con la sua malattia.

"Oggi è venuto un nefrologo vestito da pagliaccio [...]"

Ma come gli è venuto in mente, mi chiedo, di dirmi che non è opportuno che io abbia sempre vicino qualcuno, mia madre o mio marito.

"Ormai il vostro non è più un matrimonio lui e la tua famiglia vorrebbero prendersi un tempo di libertà da questa situazione, farsi una vita oltre la tua condizione. Tu e tuo marito ormai vivete come due fratelli, e questo non può andare bene"

Non ho risposto. Quando se ne andato ho pianto in silenzio" (Emilia Silvestri, 2009)

Entrare in una stanza parlando a voce alta con un collega, aprendo rumorosamente la porta senza guardare in faccia il paziente è già un modo di comunicare e di negare attenzione alle persone che si hanno di fronte bisognosi di tranquillità e di rispetto per il loro spazio di vita attuale.

"Non entrare, dannazione. Non entrare se sono seduta sulla comoda. Visto che attaccata al Prisma non posso andare in bagno, questa è l'unica possibilità per me:

una sedia dentro la mia camera, accanto al letto, accanto al comodino, accanto al Prisma, accanto ma mai sola.

Ma tu, medico, infermiere, che devi entrare qui per prenderti qualche cosa, per verificare un parametro del Prisma, per recuperare la macchina dell'eco che parcheggiate sempre qui...tu dannazione

non entrare se vedi che la porta è chiusa. Se vedi che scostandola appena, io sono seduta sulla comoda.

A te forse farebbe piacere se qualcuno entrasse nel tuo bagno mentre tu te ne stai con le braghe calate?

Deficiente!

Non dire che non te ne eri accorto.." (Emilia Silvestri,2009)

Chi lavora negli ambienti sanitari deve tenere sempre a mente che prima di tutto viene la persona, il rispetto per essa, per la propria dignità. Per quanto la giornata lavorativa può essere frenetica, per quanto il carico di lavoro superi lo scarso numero del personale, per quanto ci siano discussioni tra colleghi, non si può mettere in secondo piano chi, per volere o necessità, ti affida la propria vita tra le mani.

CONCLUSIONI

I risultati di questa ricerca parlano chiaro. Il contatto fisico, che avviene nel momento, nella qualità e identità e nella durata giusta, migliora la relazione di cura e lo stato psicofisico della persona.

Tutti gli esseri umani hanno bisogno di essere toccati e ricevere cure amorevoli, dal neonato all'anziano.

Gli studi di Didier Anzieu dimostrano che tramite la vicinanza con la persona che si prende cura del bambino, l'holding materno di cui parla Winnicott, in cui la madre con presa salda abbraccia il bambino riuscendo a contenere le sue angosce e il suo sentimento di frammentazione, il bambino riesce a riconoscersi come persona dotata di un proprio corpo, di una propria pelle. È solo grazie al calore materno e le cure amorevoli che il bambino può iniziare a costruire un Io stabile e sicuro. Un trampolino di lancio verso la vita, con un punto di riferimento fisso grazie all'attaccamento sicuro, definito da Bowlby, e una base sicura interna che permetterà di interiorizzare un modello operativo interno tale da orientare le scelte relazionali del fanciullo per tutta la vita.

La mancanza di tali cure, come dimostrato da Renè Spitz, provoca danni devastanti a livello fisico, emotivo, cognitivo.

La famosa ricerca di Felitti del 2012 sulle esperienze avverse durante l'infanzia (ESI) dimostra che le esperienze sfavorevoli infantili sono associate al 44% dei disturbi psichici durante lo sviluppo e al 30% dei più frequenti disturbi psicologici nel corso della vita.

Anche l'imperatore Federico II, nonostante i drammatici risultati, ci ha fornito un contributo importante per poter affermare l'importanza del contatto nelle relazioni. Durante un suo esperimento, fece nutrire e lavare alcuni neonati dalle balie, proibendo però loro qualsiasi tipo di affettività. I neonati pagarono questo esperimento con la loro vita: essi non potevano vivere senza essere accarezzati.

Sotto l'aspetto chimico, il tocco affettuoso aumenta i livelli di ossitocina, la quale è antagonista del cortisolo, l'ormone della paura e dello stress. Addirittura la nostra pelle possiede recettori e neuroni che rispondono esclusivamente alle carezze. Gli esperimenti condotti da Merle Fairhurst del the Max Planck Institute for Human Co-

gnitive and Brain Sciences a Leipzig, dimostrano che i neonati sono da subito sensibili alle carezze e reagiscono ad uno stimolo tattile gentile con il rallentamento del ritmo cardiaco. Le carezze e il contatto fisico possono anche supplire le difficoltà presentate da una madre depressa; infatti, mantenendo il contatto tattile tramite la carezza, l'effetto dell'inespressività della madre è significativamente ridotto: il bimbo continua a sorridere e a vocalizzare mantenendo lo sguardo sulle mani che lo carezzano.

Anche gli abbracci producono una serie di benefici al livello psicofisico, ad esempio, stimolano nel nostro organismo la produzione di sostanze benefiche come le endorfine che hanno effetto analgesico, la serotonina e la dopamina, che hanno un effetto sedativo, producono quindi una sensazione di calma e tranquillità. Gli abbracci aiutano il cervello a ridurre il livello di cortisolo, favoriscono la circolazione sanguigna, favoriscono la creazione di globuli bianchi, questo porta a un rafforzamento del sistema immunitario e inoltre ricevere e donare un abbraccio migliora l'autostima e le capacità intellettive sia della persona che abbraccia che di chi viene abbracciato.

Per tutta questa serie di ragioni è importante educare i genitori al contatto e prevenire possibili ripercussioni future.

Il contatto fisico è dunque indispensabile e l'educatore professionale è una figura esposta ad un contatto diretto col corpo del paziente per questo bisogna prestare la massima attenzione sull'impiego cosciente del contatto corporeo. Le mani dell'educatore, operatore sanitario, infermiere, fisioterapista, neuro psicomotricista dell'età evolutiva o altro ancora racchiudono in sé gesti non solo di carattere funzionale, ma rappresentano anche sollievo, fortificando la relazione d'aiuto e predispongono il malato ad un aumento delle risposte positive, rafforzando la sua sensibilità fisica ed emozionale.

Esistono procedure e metodi diversi per toccare una persona. L'educatore professionale per migliorare il suo approccio di cura potrebbe avvalersi delle terapie di contatto, cioè tutte quelle tecniche di cura psico-tattili che, attraverso un tatto dolce, rispettoso, rassicurante e caldo comunicano empatia e confermano al paziente che si ha cura di lui.

Esistono molte tecniche, alcune più strutturate che richiedono uno studio, come il Tocco Armonico®, oppure pratiche più semplici che tutti possono eseguire come il tocco gentile che consiste in carezze leggere, tenere la mano, abbracci morbidi o massaggi delicati. È un modo di interagire fisicamente con un'altra persona in modo sensibile e non invasivo, utile per approcciarsi anche ai malati di Alzheimer.

A riprova di questo fatto, le case di riposo e più nello specifico chi ci lavora, non devono rassegnarsi all'inevitabile, ma assumere un ruolo attivo nella gestione della terminalità, nella consapevolezza che questo non implica la fredda applicazione di un protocollo, ma un lavoro che richiede competenze tecniche, organizzative, oltre alla disponibilità per un coinvolgimento emotivo come persona, come essere umano.

A dimostrazione dell'efficacia di tali tecniche ho intervistato un'infermiera che lavora presso il reparto di cure palliative di Trento che svolge la pratica del Tocco Armonico® ai suoi pazienti e conferma il fatto che i benefici sono tantissimi e toccano tutte le sfere della persona, da quella fisica a quella mentale.

A sostegno che il tocco armonico apporta numerosi benefici psicofisici è stato condotto uno studio all'ospedale Regina Margherita di Torino su 131 bambini. Dopo il trattamento con il Tocco Armonico®, i bambini hanno riscontrato dei benefici. Tutti gli operatori hanno constatato come maggior beneficio il rilassamento da parte di tutti i bambini ed inoltre alcuni hanno dichiarato la presenza di tranquillità, la riduzione dell'ansia e del dolore e la stabilizzazione dei parametri vitali, un miglioramento nella qualità del riposo, migliore empatia e buon umore da parte dei bambini trattati.

Essere educatore significa sostenere, accompagnare, restituire la dignità e costruire insieme al paziente, dove è possibile e qualora fosse necessario, un nuovo percorso di vita e in tutto questo il contatto fisico intenzionale può diventare un grande alleato.

La nostra presenza gentile empatica e pronta all'ascolto, in un mondo che corre troppo veloce, può restituire al paziente la propria identità ed unicità.

Ho deciso di diventare educatore per cercare di portare questo nella vita delle persone che conosco e che avrò la fortuna di incontrare.

RINGRAZIAMENTI

In questo mio percorso, travagliato e pieno di imprevisti, non sono mancati i momenti di sconforto, ma ringrazio voi, amici miei, Anastasia, Erica, Darko e Sara per esserci sempre stati, e per sempre rimarrete.

Grazie ai miei nonni, Lidia e Romualdo, che mi avete permesso di arrivare fin qui, ed è a voi che dedico questo traguardo.

E grazie a te Christian, per aver scelto me come madre, che mi hai stravolto la vita, permettendomi di non perdere me stessa e perseguire i miei obiettivi

BIBLIOGRAFIA

Anzieur, Didier, *l'Io-pelle*, trad.it Roberto, Tagliacozzo, Edizioni Borla, Roma 2005 (ed. orig. *Le Moi-peau*, Bordas, Parigi 1985)

Gasparini Brunella, *Il benessere delle coccole*, Psicologia 24, 2015
<https://www.psicologia24.it/2015/10/il-benessere-delle-coccole/>

Renè A. Spitz, *il primo anno di vita. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*, trad.it Giuseppe, Galli, Anna, Arfelli-Galli, Giunti, Firenze 1962, Roma 2009, p. 16 (ed. orig. *La première année de la vie de l'enfant*, 1958)

Scaletti, Loredana, *Contatto Con Tatto*, tesi corso accademico, Accademia di naturopatia ad indirizzo riflessologico, 2020

Bick E., *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in Isaacs S., Freud A., Winnicott D. A., Bick E., Boston M., Freud W. E., *L'osservazione diretta del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1984, pp. 90-95

Del Monte Livia, *Il potere terapeutico dell'abbraccio*, Psiche.org, 2018
<https://psiche.org/ricerche-scientifiche/potere-terapeutico-dellabbraccio/>

Thomas A. Ogden, Holding e contenimento, essere e sognare, l'annata psicoanalitica internazionale, 2:153-169, 2006

Panza, Costantino, *La pelle è un organo sociale*, Quaderni acp, 2013 p. 256.
Consultato da:
https://acp.it/assets/media/quaderni-acp-2013_206.pdf#page=20

Fissi, Stefano, *La coscienza come luogo d'incontro epistemico*. Ricerca Psicoanalitica, 2009, Anno XX, n.1, pp. 91-112

Cataldi Domitilla, *L'acqua la insegna la sete. Alcune riflessioni sul Sé corporeo*, 2020. Consultato da: <https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/2022/11/6-itD-Cataldi.pdf>

Savio Hooke, Maria Teresa, *L'atteggiamento interno dell'analista al lavoro: dall'attenzione liberamente fluttuante (freud) alla reverie (bion)*, trad. it Federica Luciani, rivista dal Dr. Domenico A. Nesci, 2021. Consultato da:
https://www.doppio-sogno.it/wp/wp-content/uploads/2021/08/Atteggiamenti-Interni_1.pdf

Stern D.N., *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005

Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Ed. Boringhieri, 1987

Gagliardini, Anita, *La sintonizzazione affettiva madre, bambino*, Emoex rubrica psicologica, 2018

Guest, *La sintonizzazione affettiva in psicoterapia come strumento di cambiamento*, State of mind il giornale delle scienze psicologiche, 2017

Siegel, D., *Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*, Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore, 2013, p.29

Bobbo, Natascia, *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*, CLEPU sc cooperativa libreria editrice Università di Padova, Padova 2012

Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A., *Attachment representation in institutionalized children: a preliminary study using the child attachment interview*, Clinical psychology & psychotherapy, 22(2), 2015, 165-175.

Gli effetti devastanti della deprivazione materna, FCP formazione continua in psicologia, n.d.

Chu J.A., *The decline in the abuse of children*, Journal of trauma and dissociation. 2,1-4. 2001.

Zighetti, Marta, *Il grido inascoltato: l'impatto della trascuratezza sul cervello*, AISTED - Associazione Italiana Studio Trauma e Dissociazione, 2018. consultato da: <http://www.psychiatryonline.it/node/7533>

Zaccagnino, Maria, *Teoria dell'attaccamento: commento all'articolo pubblicato su Science "Early life experience drives structural variation of neural genomes in mice"*, 2018. Consultato da: <http://www.psychiatryonline.it/node/7377>

ANSA, *Le cure materne modificano il DNA*, 2018. Consultato da: <https://www.ilpapaverorossoweb.it/article/le-cure-materne-modificano-il-dna>

L'impronta delle cure materna sul DNA, 2018. Consultato da: https://www.lescienze.it/news/2018/03/26/news/cure_materne_dna_retrotrasposoni-3913999/

Chiara Velli, *Le coccole di mamma modificano il DNA*, Galileo, 2018. Consultato da:
<https://www.galileonet.it/le-coccole-mamma-modificano-dna-topi/>

Annamaria Moschetti, Maria Luisa Tortorella, *Ossitocina e attaccamento*, Quaderni acp 2007; 14(6): 254-260

Davide Enrico, *Abbracci che guariscono*, n.d. consultato da:
<https://digilander.libero.it/mirabolano/Abbracci.pdf>

ANSA, *Le carezze che calmano il cuore, il potere delle coccole*, 2014

ANSA, *Una 'cura' a base di abbracci aiuta a prevenire il raffreddore*, 2014

Barbara Bertagni, *Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente*, 2008

Vanzella Romina, *La qualità di vita in fase avanzata di malattia: aptonomia e memoria olfattiva. revisione di letteratura ed esperienza osservazionale presso l'hospice "casa antica fonte"*, tesi di laurea Università degli studi di Padova Scuola di Medicina e Chirurgia Corso di Laurea in Infermieristica, 2014/2015

Marcon A., Carlan M., *Il tocco gentile. Massaggio al bambino. Un'arte da scoprire e trasmettere*, Ed. La Compagnia del Libro, 2016

Bellini C., *Affrontare la demenza in 21 passi*, Ed. Ultra, 2019

Bell V., Troxel D., *The Best Friends Approach to Alzheimer's Care*, Ed. Health Professions Press, 1997

D'Antoni E., Mainardi E., *Tocco Armonico® il massaggio lento*, Ed. Amrita, Torino, 2014

Saracino F., *L'esperienza con il Tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata.*, n.d. consultato da:

<https://www.toccoarmonico.it/wp-content/uploads/Articolo-Tocco-Armonico-Francesca-Saracino-1.pdf>

Cellai M., *significato del nurturing touch nelle cure palliative*, n.d. consultato da:
<https://pdfslide.tips/documents/significato-del-nurturing-touch-nelle-cure-un-potente-mezzo-di-peggy-dawson.html?page=3>

Giorgio Pavan G., Benvivenga S., *Sentieri di cura nella terminalità*, 2009 consultato

da: <https://prospettivesocialiesanitarie.it/materiali/pavan%20pss0901.pdf>

Silvestri E., *Presente Infinito*, CLEPU sc cooperativa libreria editrice Università di Padova, 2009

ALLEGATI

Tocco Armonico® è soggetta a copyright, pertanto il suo utilizzo richiede l'autorizzazione da parte degli autori che hanno validato la stessa, al seguente indirizzo: infotoccoarmonico@gmail.com

Di seguito allego la mia autorizzazione

