

Il trauma nella nascita: caduti dal nido

Oswaldo Menéndez

Abstract

La nascita prematura è un fatto traumatico.

Il mio contributo propone di esplorare le innovazioni e le situazioni inedite, generate dai progressi tecnici, che mettono in evidenza gli elementi fondamentali per la sopravvivenza psichica del vincolo madre-figlio. In analogia con i racconti infantili sui nidi distrutti e gli uccelli salvati da folletti o fate, che li ricongiungono con i genitori, l'alta tecnologia e i neonatologi sarebbero gli attuali rappresentanti di questi salvatori. Come vivono i genitori questa situazione? Come si elabora? Come vivono le madri la loro ospedalizzazione? Una seduta di gruppo di madri viene utilizzata per studiare il sentire, le parole, le fantasie, la logica dei caregivers. Si segnala l'importanza che ci sia, di fronte al trauma, la possibilità di un luogo contenitore utile per la abreazione e la elaborazione. Questo luogo è pensato come una struttura compensatoria che funzionerebbe come spazio transizionale, permettendo di ristabilire il vincolo genitori-neonato.

Parole chiave: prematurità, corpo erogeno, abreazione, elaborazione, intersoggettività

“Per alcuni la vita inizia bene, inizia racchiusa e protetta, nel grembo di una casa.”

(Gastón Bachelard, *La poetica dello spazio*, 1975)

Introduzione

Quando uno psicoanalista decide di lavorare al di fuori dal suo contesto abituale, il primo ostacolo che gli si presenta è la profonda disconoscenza dell'Istituzione che lo ha convocato.

Ci vuole tempo per conoscere la storia dell'Istituzione, apprendere il suo linguaggio, i suoi codici di valori vigenti e fundamentalmente stabilire una relazione di fiducia.

Quando ciò si verifica è possibile iniziare un lavoro condiviso alla base della nascita di un nuovo linguaggio, comune ad entrambe le discipline, e di una relazione di reciprocità.

Scrivere è una maniera per riflettere sul livello empirico in cui si sta operando.

Questo lavoro è un tentativo di riproporre un'esperienza decennale.

Il contesto in cui lavoriamo è un Servizio di Terapia Intensiva Neonatale di un Ospedale Pubblico.

Se pensiamo la simbolizzazione come il processo di assimilazione di un corpo estraneo ad un determinato sistema rappresentazionale, è possibile considerare che il "corpo estraneo" presentato in questo lavoro sarebbe rappresentato dalla logica dei caregivers e dagli agiti dell'Equipe dell'Unità di Terapia Intensiva.

Di fronte ad una situazione dolorosa, come quella del contatto con la sofferenza e la possibilità di morte di un neonato, emergono differenti possibilità di reazione.

La prima è creare distanza: fisica, emotiva o entrambe.

Nel decidere di fermarsi ed entrare in contatto emotivo, può risultare utile mettere in pratica l'ascolto analitico a cui siamo stati formati.

Il particolare ascolto della sofferenza umana e dei suoi movimenti transferali-controtransferali permette di entrare nel campo, osservando ed utilizzando i propri movimenti psichici e quelli del gruppo, per cercare-creare altri strumenti concettuali che potrebbero essere messi alla prova.

Questa maniera di "costruire realtà" è quella che utilizzo tanto per mettere in pratica il lavoro, quanto per scriverlo.

In tal senso, alterno la narrazione dei fatti con racconti o miti, cercando di stimolare risonanze che generino senso.

Considero che i progressi della tecnologia, nel campo della neonatologia, abbiano bisogno della costruzione di "nuove realtà" che mettano in discussione o smontino credenze e miti pre-esistenti. Questo genera un processo di ricostruzione che fa

emergere una deidentificazione ed un riferimento permanente al giudizio di esistenza:
Cosa è? Chi è? E'?

I racconti infantili

Appena nato, il bambino dispone solo di un'esistenza fisica.

Inoltre, non è stato ancora riconosciuto dalla famiglia, né è stato accolto dalla comunità.

I riti che si compiono immediatamente dopo il parto conferiscono al neonato lo statuto di "vivente", propriamente detto.

Propongo di considerare il corpo materno come il primo nido, da cui tutti proveniamo.

Invito ad esplorare il mondo dei bambini che si vedono "obbligati" a lasciare questo nido prematuramente.

Nei racconti infantili è frequente incontrare storie di nidi distrutti.

Le forze libere della natura sono di solito la causa per cui gli uccelli sono costretti ad abbandonare il loro nido.

In queste circostanze, sovente, appaiono folletti, fate, rappresentanti della cultura, che si assumono il ruolo di proteggere la prole.

Dopo ardue peripezie, avviene il ricongiungimento tra i piccoli ed i genitori.

M. Eliade (1964) attribuisce un significato iniziatico o sacro al contenuto di questo tipo di racconti.

Li considera espressione dello psichismo individuale e collettivo.

In questi casi, l'assenza del caregiver espone la prole alla morte.

Non è possibile la costruzione di un Io ausiliare nella persona a cui si delegano le funzioni parentali. Questo ruolo viene assunto dall'eroe.

L'eroe riscatta il sentimento di protezione psichica arcaica che contrasta con gli intensi sentimenti di abbandono e disperazione che predominano all'inizio della storia.

Potremmo immaginare l'eroe come un'immagine parentale pre-edipica, rappresentata attraverso una figura in azione che ricrea la figura di un padre-madre e che offre protezione.

Luoghi: nido-nicchia-nidificazione

Chiamiamo *nido* il luogo che gli uccelli costruiscono per covare la prole.

In neonatologia si usa il termine “nido” per denominare una struttura che si equipaggia dentro l'incubatrice e che circonda il neonato: lo contiene.

Viene inteso come un tentativo di riprodurre le caratteristiche dell'utero (*habitat naturale*).

Nel mondo della perinatologia, i progressi tecnologici hanno permesso di ricostruire il mondo intrauterino. Ciò, ci permette di considerare i neonatologi come “folletti” che mantengono vivi i neonati che i genitori davano per persi.

In Ecologia, l'*habitat* è il luogo dove vivono le differenti specie.

All'interno di questo ci sono “nicchie” occupate da differenti organismi.

La *nicchia* marca il ruolo funzionale che ogni specie svolge in una comunità.

È un segno di pertinenza.

Tanto il concetto di *nido* quanto quello di *nicchia* incorporano il transgenerazionale come elemento strutturale.

Nel campo neonatologico, quando un neonato nasce con situazioni problematiche è sparato dalla sua mamma ed è ricoverato in terapia intensiva neonatale (UTI). Se le cose procedono bene passa all'Unità di Cure Intensive (UCIN). Prima della dimissione ospedaliera la diade si ricongiunge e passa qualche giorno in ricovero ospedaliero, *insieme*, in un luogo chiamato *nesting* (*nidificazione*).

Ci occupiamo di questo nido, in cui pediatri e psicoanalisti lavorano nel delicato compito di dare posto e facilitare il processo di mutuo riconoscimento della diade.

Due volte a settimana si tengono gruppi di madri-padri condotti da psicoanalisti e neonatologi.

Presento di seguito il resoconto di una seduta.

Annidando

Partecipano alla riunione: Claudia (26), mamma di Candela e Dolores; Rosa (31), mamma di Valentina; Vanessa (24), mamma di Mariano; Victoria (19), mamma di Adriano.

Coordinano: la dottoressa Cristina Romano e il dottor Osvaldo Menéndez.

Candela e Dolores, gemelle, sono ricoverate nel nesting con la loro mamma.

Rosa: *“Mi sono molto preoccupata per il fatto che hanno dovuto fargli le punture, perché aveva il pancino molto duro ed ha vomitato. Pensai a cose brutte e mi si è aperto il cuore. La puntura è andata bene, ma quando gli do il latte mi si apre il cuore”.*

Claudia: *“E’ il tuo primo bambino?”*

Rosa: *“No, è il mio settimo figlio, ma è il secondo che nasce prematuro. Valentina è nata di sette mesi e mi è sembrato come se fosse la prima volta. La mia terza figlia si chiama Annabella, fu prematura, rimase ricoverata per ventitré giorni. Ora ha nove anni, è stata operata ai polmoni ed ha molti problemi. Valentina è nata di trentatré settimane e pesava 2,1 kg. La mia preoccupazione è la stessa di quella di prima. Oggi l’ho allattata per la prima volta ed è stato bellissimo...Annabella ha una piccola bronchite. E’ stata nell’incubatrice con l’ossigeno. La vedevo attraverso un vetro. E’ nata con una macchia sulla faccia, un angioma che arriva alla gengiva e che deve essere operato perché non possono estrarli un dente. Mi trovavo all’Ospedale Gutierrez per il pre-chirurgico di Annabella e mi si ruppero le acque e mi portarono qui. Avrebbero dovuto farmi il cesareo ma nacque di parto naturale”.*

Dr. Menéndez: *“Forse senti che ti si apre il cuore, che ti si apra in due perché hai desiderio di stare vicino contemporaneamente alle tue due figlie, e non puoi...”*

Rosa: *“Sì, e anche con gli altri, però quelle che hanno più bisogno di me sono Valentina e Annabella (piange)...gli altri si trovano con mio marito ma domani andranno da mia suocera perché mio marito porta Annabella in ospedale perché si operi”*.

Dr.ssa Romano: *“E tu vorresti andare?”*

Rosa: *“Sì, però non posso. Sono ricoverata in Ostetricia. Se chiedo di andarmene non posso tornare e se me ne vado senza permesso lo considerano una fuga.”*

Dr.ssa Romano: *“L’Ospedale Gutierrez è molto vicino. Possiamo parlare con quelli di Ostetricia e spiegargli la situazione.”*

Dr. Menéndez: *“Inoltre qui quella che conosce molto bene il “dividersi in due” è Claudia”*.

Rosa: *“Però lei le ha tutte e due!”*

Claudia: *“Ora, però all’inizio una mangiava e l’altra no, una era in terapia e l’altra in Ostetricia con me.”*

Rosa: *“Ho molta paura che mi facciano rimanere qui. Chiesi all’infermiera il permesso di allattare la bambina e mi costò molto perché avevo paura che mi dicesse di no. Non avevo nemmeno molta voglia di darle il latte con la sonda. Alla fine mi feci forza, ma le chiesi aiuto.*

Mi allevia molto poterlo raccontare a voi. Vi chiedo scusa per aver pianto, ma “mi salta tutto”.

Arrivano Vanessa e Victoria, salutano, si presentano e si siedono.

Vanessa: *“Ieri è stato il primo giorno che sono rimasta sola. Mia mamma è stata con me dal giorno del parto, ma ieri se ne è andata è sono stata molto male. Mi ha fatto male la testa fino ad oggi (piange). Mi impressiona che tappino gli occhietti a Mariano (mascherina per la luminoterapia). Non può vedere niente. Tutto scuro. Fa così – gesticola – verso avanti con la testolina, ma non può vedere niente. Pensavo che sarebbe rimasto nell’incubatrice solo uno o due giorni. È il mio primo bambino. Ha avuto problemi con la placenta. È nato di trentasei settimane ma pesava solo 1,3 kg. Si sono resi conto che avevo problemi a misurarmi la pancia.”*

Rosa: *“Hai bisogno che tua madre stia al tuo fianco?”*

Vanessa: *“Sì, ho dovuto pulirmi la ferita del cesareo da sola. Lei mi puliva e mi imboccava”.*

Dr.ssa Romano: *“Mariano ha la mascherina perché soffre di iperbilirubinemia. Per questo lo mettiamo sotto la lampada. Credo che non gli daremo più il siero.”*

Vanessa: *“E perché è giallo?”*

Dr.ssa Romano: *“I bambini nascono con più globuli rossi rispetto agli adulti, però questi vivono meno. L’organismo si incarica di assimilarli nel fegato. Siccome ci sono troppi globuli rossi quest’organo non può svolgere la sua funzione e per questo diventano gialli”.*

Rosa: *“Sono sempre stata con Annabella durante tutti i suoi ricoveri, quasi quindici, a cui mai ho mancato. È molto attaccata a me. Si per me è difficile stare senza di lei non oso immaginare quanto lo sia per lei”.*

Victoria: *“A me non esce latte!”*

Claudia: *“Devi provare con molta pazienza. Ieri dovevo andare alle tre in terapia e sono rimasta invece a dormire”.*

Victoria: *“Le prime volte che venivo a vederlo stavo male, mi faceva male la testa, avevo le palpitazioni, temevo di svenire. Ora, più vengo, meglio mi sento. Lo avvicino al seno ed inizia a gocciolare, ma lui è molto ‘posapiano’. È nato l’11 di questo mese. Quando mi si sono rotte le acque credevo di aver fatto pipì. Iniziarono i dolori; pensai che mi si sarebbero rotte le ossa. Venne il dottore e mi disse che già vedeva la testolina. Uscì velocemente. Quello che più mi ha fatto male sono stati i punti. Un dolore tremendo!”*

La parola del luogo

Suppongo che il vocabolario utilizzato dalle madri vi abbia colpito al leggerlo, così come ha colpito me stando lì presente. Spero di essere riuscito a trasmettere, con il resoconto, ciò che ha suscitato la mia attenzione. Cosa ha di particolare questo modo di parlare? È perfettamente intellegibile ma non è ciò che di solito si ascolta nei consultori. Somiglia più a quello utilizzato dal poeta. Queste madri esprimono idee sensibili. Non parlano di “cose ascoltate”. Il loro sapere è visto e sentito.

Si interrogano nel loro interno con estrema libertà per “entrare ed uscire” dal corpo al simbolo. In tal senso, mi ricorda la prospettiva dei materialisti greci sulle idee.

Le possiamo definire come “film che emergono dalle cose per portare l’informazione all’occhio”, attraverso cui conoscere un oggetto sarebbe come “toccarlo con gli occhi”.

Bion (1962) direbbe che le impressioni sensoriali sono la materia prima a partire dalla quale può evolversi il pensiero embrionale, quando si trasforma in *elementi alfa*. La mia impressione controtransferale era quella di “vedere” ciò che ascoltavo.

Non mi era mai successo nei gruppi terapeutici di incontrare un simile dispiegamento associativo in relazione a contenuti così crudi.

Quando Winnicott (1965) ci parla di “preoccupazione materna primaria” come di “uno stato di ipersensibilità, quasi patologico, che permette alla madre di identificarsi con il suo bambino”, capisco che si riferisce a questa maniera di percepire e trasmettere che le madri manifestano nelle loro interazioni.

Anzieu (1998) propone una prospettiva secondo cui “tutto il pensiero è pensiero di una idea del corpo, a cui segue quella di tutto il corpo in generale (fisico, sociale)”.

Si basa su Spinoza che sostiene come “la mente umana non conosce il corpo in se stesso, ma conosce solo che esiste attraverso l’idea degli affetti relativi al corpo”.

Sappiamo che non c’è conoscenza senza un oggetto che la produca, ma come passiamo dalla semplice coscienza oggettuale (vissuto corporeo) alla sua conoscenza? Dall’Io cosciente all’Io pensante? Dall’Io che percepisce oggetti esterni all’Io che riflette sui suoi contenuti interni?

Ciò che proviene dal corpo conserva della sua origine corporea l’oscurità e la confusione proprie degli affetti corporei.

Rosa ci dice che le è di molto sollievo poter raccontare.

Chiede scusa per il fatto di piangere, ma dichiara: “mi si apre tutto”.

Capisco che si riferisce non solo all’incontinenza lacrimale ma anche alla possibilità di costruire un discorso che calma lo straripamento emotivo: “pance dure provocano vomito, che a loro volta causa punture che rompono cuori, nel momento dell’allattamento”.

Immagino che Bion (1962) definirebbe queste crude emozioni sensoriali *elementi beta*, che tendono ad essere evacuati se non incontrano un *contenitore trasformatore* che gli permetta di divenire *elementi alfa*.

Tutta la mente nei suoi primi stadi ha bisogno di un’altra mente per svilupparsi.

Questo sviluppo si produce attraverso un *intergioco proiettivo-introiettivo*.

Ansie ed elementi sensoriali primitivi sarebbero evacuati nella mente della madre, che le riceve, gli dà significato e le trasforma in qualcosa di tollerabile.

Il bambino riceverebbe di ritorno una parte della sua personalità, che ora può assimilare. Unito alla madre andrebbe ad introiettare la *funzione alfa*.

La possibilità di sviluppo di questa funzione sarebbe strettamente vincolata alla capacità di *reverie* materna. L'attenzione della madre funzionerebbe come un canale che riunisce le sensazioni e le emozioni del bambino. Ma nelle madri depresse l'attenzione è alterata.

Le madri con bambini ospedalizzati sono depresse, perché sono state separate dai loro bambini e si sentono responsabili del fatto.

Tuttavia, come stiamo vedendo, se si fornisce loro uno spazio contenitore si esprimono ed è possibile la trasformazione dei dati sensoriali in dati psicologici.

La logica di cura delle madri normalmente non è elaborata mentalmente.

I bambini vivono dentro organizzazioni o pratiche familiari che superano la loro comprensione.

La situazione per cui sono state separate dai loro figli e che questi siano in mano ai pediatri le porta a riflettere sul fatto di quale sia la logica della cura in questi luoghi.

Nel farlo, ci rendono accessibile il loro punto di vista sul problema.

Vanessa, ad esempio, riprende il tema dell'oscurità a partire dal neonato: "Perché gli tappano gli occhi? Se non mi vede, come fa a riconoscermi?"

In seguito, ci porta alle origini del dare respiro ad un figlio.

Ci spiega l'importanza di una madre che fa "respirare le ferite".

Lo intendo come se la mente vedesse l'idea: il respiro.

Il pensare gli dà forma, trasforma l'idea in figura: "dare respiro".

Mi ricorda il concetto di Bion di pensiero alla ricerca di un pensatore.

In questo caso, si tratterebbe della madre che ci riconosca nella crescita e ci aiuti ad acquisire fiducia in noi stessi.

Questa rivelazione sconcerta Rosa e Victoria, che sembrano conoscere molto poco di "questa madre sufficientemente buona".

Rosa sembra sentirsi una madre *da sempre*. Victoria dai nove anni, ma almeno riconosce la speranza dell'aiuto nella zia.

Victoria mette in relazione la presenza del latte nel suo seno con il potere di vedere ed essere vista dal suo bambino: “*se non lo vedo mi confondo. Mi sento male, mi sembra di svenire*”.

E' simile a Vanessa nell'importanza di vedere il movimento. Un bambino immobile, come una pancia che non cresce, denota morte. La tranquillizza rendersi conto che il suo bambino è un “posapiano”, ma è vivo. Il lavoro psichico consiste soprattutto nel costruire contenitori o nel disfarli (lavoro del dolore). Il timore di Rosa che gli scoppi il cuore si potrebbe intendere come la necessità di un contenitore che le permetta di discriminare coscienza di sé e oggetto.

Immagino il suo Io-cuore come un paracadute che, gonfiato, potrebbe contenere infiniti bambini. Dopo il parto, questo paracadute si sgonfia così bruscamente (forse per eccesso di contenuti) che rimane dispiegato nella stanza, per terra.

Solo con l'aiuto di altri può uscire da questo stato ed arrivare a sentirsi autorizzata a nutrire il suo bambino, prenderlo in braccio o essere presente all'operazione di sua figlia Annabella.

Quando la dottoressa Romano spiega la funzione del fegato che sintetizza i globuli rossi, penso al processo di pensiero di questa madre.

Da sole non possono elaborare i contenuti.

La costruzione di una struttura compensatoria permetterebbe di evitare la perdita vincolare. Funzionerebbe come uno spazio transizionale che consentirebbe di riconnettere il bambino con i suoi genitori protettori, aiutando le madri a recuperare la loro capacità di *reverie*.

Il *gruppo-nesting* potrebbe essere pensato come uno spazio contenitore dove pediatri e psicoanalisti si comportano come zii o genitori che danno respiro nel contenere il caos ed aiutando a pensare e fare.

Bion (1962) riprende da Poincaré la nozione di “fatto scelto”, che dà coerenza a fatti anteriormente dispersi.

Attraverso il lavoro in gruppo con genitori cerchiamo di trasformare stati mentali di dispersione in stati di maggiore integrazione.

Quando ad una mamma tolgono il contenuto-bambino si sente “svuotata”.

Soprattutto se non può più vedere il contenuto. Come fa a non deprimersi? Come fa a non dubitare se sia madre o no? Come fa a non preoccuparsi per il suo bambino?

Se la madre si sente così, come sarà per il bambino sentirsi in un “nido estraneo”, senza conoscere la lingua e senza riuscire a riconoscere quale sarà la mamma?

In questo campo, credo che possa essere utile riferirsi all’apporto di Groddeck (1923):

“Mia madre diede il suo latte solo al maggiore dei suoi figli. In seguito soffrì di una grave infiammazione al seno, a causa della quale gli tolsero le ghiandole mammarie. Dovetti nascere un paio di giorni prima di quello che si pensava. La culla che avevano previsto per me ancora non era in casa. Per tre giorni dovette allattarmi una donna che veniva quotidianamente. Mi dissero che questa cosa non mi recò alcun danno, ma chi può giudicare i sentimenti di un lattante? La fame non mi sembra un buon saluto di benvenuto per un neonato. Ho avuto occasione di trattare pazienti a cui sono capitate cose simili. Anche se non posso dimostrare che abbiano avuto danni nella loro anima, ciò mi risulta molto probabile. Confrontandomi con loro, credo tuttavia di essere stato fortunato”.

Il trauma cumulativo

Il neonato che nasce prematuro non è un essere insensibile o immaturo il cui sistema sensoriale gli impedisce di sentire. Ciò complica considerabilmente il lavoro dei neonatologi. Già non è possibile pensare che il neonato non soffra. Lo si suppone ipersensibile, per il fatto che l’immaturità del suo equipaggiamento neurobiochimico non gli permette la messa in moto dei sistemi inibitori del dolore. La madre, fino alla nascita, ha funzionato come barriera protettrice contro gli stimoli eccessivi. Però ora non c’è. Come dominare la quantità di stimoli che hanno penetrato la barriera protettrice? Winnicott (1965) definisce “impatti” (*impigements*) i traumi procurati dalla madre nel dosare gli stimoli, esterni come interni. Masud Khan (1974), nel

concetto di “trauma cumulativo”, prende in considerazione le successioni psicofisiche che avvengono nella tappa pre-verbale della relazione madre-figlio. Sottolinea che non include solamente le scissure nel ruolo materno nel momento o nel contesto in cui avviene il fatto. Include anche una revisione di tutto l’avvenimento precedente al fatto. Nel caso di una nascita prematura avverrebbe uno sguardo verso il passato che risignifica tutta la gravidanza e la relazione con i propri genitori.

Quanto auto-sostegno trasmette Rosa nel suo racconto. Quanto gli costa chiedere aiuto. Quanta paura. Quanta sofferenza nella solitudine.

Quanta confusione di ruoli appare nella storia di Victoria. “Fa la mamma” da quando aveva 9 anni, per suo padre ed i suoi fratelli. Ma continua ad essere connessa interiormente con una madre che la rifiuta e la colpevolizza.

Che bello essere stata la mamma di Vanessa. Come le manca! Lei si che “sa di dare respiro...”

Linguaggio e interdisciplina

Quando uno psicoanalista realizza un’esperienza interdisciplinare e giunge a un compromesso, sorge il “noi” come indicatore di pertinenza alla nuova équipe.

Tornando al campo psicoanalitico i colleghi ci segnalano che partecipiamo in modo differente e scriviamo in modo diverso.

Questo è logico, perché c’è stato un cambiamento ed è necessario un nuovo sforzo di adattamento per reinserirsi.

Inoltre, quando i colleghi sono interessati a conoscere questa esperienza, è necessario un ulteriore sforzo nella lettura. Si potrebbe considerare come l’utilizzo di differenti dialetti in una stessa lingua. Nel mio lavoro con i pediatri ho scoperto che alcune teorie psicoanalitiche funzionano come dialetti che permettono la comunicazione. Altre risultano come lingue sconosciute.

Il mondo dei bambini ospedalizzati ci mette in contatto con il linguaggio delle cure materne, di cui “tutto conosciamo”.

Forse dipende dai desideri di riparazione di ogni persona che questo sia inteso come altra lingua o dialetto.

A mio parere, pediatri e psicoanalisti lavoriamo insieme per la clinica, come cura in comune. Non siamo richiesti come psicoanalisti con funzione interpretativa. Siamo richiesti perché ci sono molti problemi da risolvere e per aiutare a pensare nel modo migliore possibile. In entrambe le discipline si tende a dissociare l'intrapersonale dall'interpersonale, cercando possibilmente di mettersi in una posizione neutrale.

I neonatologi preoccupati per gli strumenti interni del bambino, gli psicoanalisti per il loro mondo interno. Potremmo considerare l'interpersonale come il latente che opera tra ricamatori? Invisibile ma attivo...Ci vuole abbastanza tempo per conoscere una Istituzione: la sua storia, le sue leggi, i suoi miti.

È necessario un ascolto pertinente che genera fiducia. Per questo è molto utile essere stati allenati all'associazione libera, all'attenzione fluttuante, all'astinenza.

Una volta riconosciuti i conflitti, è necessario creare spazi elaborativi dove si possano essere presi in considerazione. Si comincia lavorando nei corridoio o negli stessi reparti di terapia intensiva. Con il tempo c'è una stanza come luogo di incontro ed è possibile sedersi per pensare. Quando ciò avviene, c'è il segnale che si sono raggiunte le condizioni di sicurezza psichica che permettono che le idee siano riconosciute e discusse attraverso il gruppo. Quando diventa disponibile un linguaggio condiviso, una fiducia ed una cultura comune, è possibile concettualizzare pratiche cliniche. Per esempio, i neonatologi chiamano "nido" la struttura che mettono, nell'incubatrice, per contenere il bambino. Lo considerano come un tentativo di riprodurre le caratteristiche dell'utero. Personalmente, il "nido" mi fa pensare al concetto di Winnicott di madre come strumento ambientale.

Ho notato che non si faceva un "nido" o non si mantenevano in buone condizioni ambientali i bambini poco visitati dalla loro famiglia. Dopo otto anni di lavoro comune, quando arrivo e domando dell'assenza del nido, tanto i medici quanto le infermiere sono soliti rispondere: "non lo abbiamo fatto perché ci mancano i materiali, però la mamma viene..."

Si è costituita tra noi una equazione che facilita la comunicazione: nido-contenitore, fisica-contenitore, psichico-madre, ambiente-famiglia. Inoltre, credo che l'attitudine della famiglia di avvicinamento o rifiuto del bambino potrebbe essere pensata relativamente al come è vissuta la situazione: dialetto o altra lingua?

Note

Ringrazio il Dottor Marcelo Bianchedi per i suoi validi apporti sul tema, in particolare, e, in generale, per il suo lavoro.

Bibliografia

Anzieu, D., Haag, G. (a cura di) (1998), *Los continentes del Pensamiento*, Ed. de la Flor, Buenos Aires.

Bion, W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.

Eliade, M. (1964), *Tratado de historia de las religiones*. Ed. Cristiandad. Madrid 1974.

Groddeck, G. (1923), *Il libro dell'Es*. Adelphi, Milano, 1966

Khan, Masud R. (1974), *La intimidación del sí mismo*. Ed. Saltes. Madrid

Menéndez, O. (2002), "Andamios Humanos", In *Psicoanálisis APdeBA*, n° 3, pp. 669-693, Buenos Aires.

Menéndez, O. (2004), "¿Por qué mantener juntos o separar a los bebés de sus mamás en las terapias intensivas neonatales?" In *Rev. Chi. Psicoanal*, 21, Santiago de Chile, pp. 210-221,

Menéndez, O. (2005), "Vale Jesús lo mismo que el ladrón". In *Rev. Psicoanálisis*, Vol 27, Buenos Aires, pp.325-345.

Paz, R. (2008), *Cuestiones disputadas*. Ed. Biebel, Buenos Aires.

Winnicott, D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970.

Oswaldo Menéndez è Medico, Psicoanalista, Membro Titolare dell'Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA), Specialista in bambini e adolescenti,

Funzionegamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n.426 del 28/10/2004)-www.funzionegamma.it

Osservatore clinico del Servizio di Neonatologia dell'Ospedale Rivadavia di Buenos Aires.

Email: oamenendez@hotmail.com

Traduzione dallo spagnolo a cura di Vincenzo De Blasi