

Dinamiche psichiche profonde e vicende perinatali

Cena L.

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psicologia - Università di Brescia

La letteratura psicologica (Bibring G., 1961; Baruffi L., 1979; Badinter E., 1981; Breen D., 1975; Codispoti Battacchi, De Aloyso D., 1981; Connor Versluysen M., 1981; Arisi E., 1985) e più specificatamente quella psicosomatica (Cerutti R., 1976; Abraham, Pasini, 1978; Andreoli A., 1978; Braibanti, 1982; Baldaro Verde J., 1987) e quella psicoanalitica (Klein M., 1932, Fornari, 1976; Arcidiacono C., 1986; Argentieri, 1983; Bello P., Dolto C., 1985; Bimbi F., 1986; Imbasciati A., 1990) hanno evidenziato come le funzioni fisiologiche e fisiopatologiche inerenti al concepimento, alla gestazione, al parto al puerperio, e all'allattamento, siano modulate attraverso l'asse psicosomatico da dinamiche psichiche. Queste pertanto possono essere correlate con le vicende ostetrico ginecologiche, nonché con il primo sviluppo psicofisiologico fetale e neonatale. Le dinamiche in questione riguardano processi psichici inconsci, che riattualizzano strutture mentali primitive della personalità femminile. Le dinamiche relazionali della gestante (nei confronti del proprio partner, della propria famiglia, del medico curante, nonché della struttura sanitaria ostetrico-ginecologica), incidono su tale riattualizzazione e pertanto possono influenzare le vicende perinatali.

Il divenire madre e la possibilità di essere una madre "sufficientemente buona" (Winnicott D., 1974) sono l'esito mai definitivo né scontato di un intenso lavoro psichico, che inizia sin dalle prime fasi della gravidanza. Quest'ultima si configura come momento di riedizione della storia infantile della donna e dei suoi rapporti

con la madre (Ferraro-Nunziante Cesaro A., 1982; Imbasciati A., 1983, 1990) e come momento di "crisi" (Bibring G., 1961; Breen D., 1975; Pazzagli, 1981) per il riacutizzarsi di conflitti legati al processo di elaborazione di fasi cruciali dello sviluppo relativi all'acquisizione dell'identità femminile.

Il lavoro psichico inizia già dalla presa di decisione, con il partner, di voler fare un figlio. Qui si inserisce tutta la casistica relativa alla sterilità di coppia in presenza di una fisiologia normale, maschile e femminile nonché la problematica inerente la fecondazione assistita, con plurimi tentativi sfavorevoli di inseminazione. Il filo rosso che attraversa la gravidanza e costituito dalle angosce inconscie concernenti il concepito, e il proprio corpo, che si trasforma internamente ed esteticamente, dalle massicce modificazioni ormonali iniziali a carico del sistema endocrino, fino a quelle fisiologiche più generali, che investono tutti i sistemi corporei. Il disagio interiore è accettato con fatica, talora con rifiuto, o aggressività, rivolti al nascituro. In presenza di tali dinamiche negative, il feto è vissuto come un elemento dannoso, che lacera e danneggia, e che si deve espellere. Su questa base possono svilupparsi gravi angosce, talora anche coscienti, concernenti il timore di fare figli mostruosi, o essere invase e consumate internamente. Tali fantasie possono concretarsi in sindromi psiconevrotiche, così come in sterilità, aborti, parti prematuri, distocie (Imbasciati A., 1983). L'avvenimento del parto comporta poi la risonanza di una separazione: travagli che durano ore o intere giornate per una inadde-

guata se non assente dilatazione sono spesso dovuti a componenti psichiche relative ad una inadeguata accettazione della perdita del nascituro. Quello che succede in sala parto viene preparato nei nove mesi di gestazione: il travaglio e il parto sono il culmine di un avvenimento che si prepara internamente alla donna e alla coppia. La letteratura psicologica converge nell'indicare che non esista una preparazione finale che possa "improvvisamente" consentire un parto più agevole di quanto non sia stato condizionato da tutto il precedente iter interiore: da qui l'importanza di un atteggiamento continuativo di sostegno dei familiari, del ginecologo e delle ostetriche, durante tutta la gravidanza. Tale importanza va valutata alla luce dell'incidenza che le vicende del parto hanno sullo sviluppo del bambino: un parto eutocico, o precipitoso, piuttosto che distocico, o cesareo, prematuro o serotino, nonché abortivo o molto sofferto, coinvolgono in modo pregnante il nascituro e la sua iniziale struttura psichica e somatica.

C'è poi il problema del dolore da parto: nella tradizione della clinica ostetrica le risposte a tale problema fanno riferimento a parametri meccanici, di difficoltà di passaggio, di contrazioni, comportando relative pratiche chirurgiche o farmacologiche. La psicosomatica del perineo (Piscicelli, 1984) ha gettato una nuova luce sul problema del dolore da parto e sulla relativa assistenza. E' presente nel parto il conflitto tra l'impulso ad espellere e la tendenza a trattenere; all'azione della peristalsi del fondo dell'utero (espellere) si oppone una controperistalsi che parte dal perineo e dalla cervice e risale verso l'utero (trattenere). Gli spasmi perineali sono considerati espressioni psicosomatiche scatenate dall'angoscia della perdita e concernenti il dilemma legato alle simbolizzazioni del trattenere e dell'espellere. Durante il parto

si scatenano anche altre angosce: nel periodo dilatante la paura paranoica di morire e nel periodo espulsivo la paura depressiva di uccidere il bambino (Fornari F., 1986). In questo contesto andrebbe inserita la psicoprofilassi ostetrica (Piscicelli, 1977; Braibanti, 1980; Sbriglio, 1980; Menaldo, 1984; Cerutti, 1982). Ancora altre problematiche relative alla gravidanza hanno un'origine legata alle simbolizzazioni inconsce stratificatesi nel progredire dello sviluppo mentale dell'infanzia all'età adulta della donna. La nausea, il vomito gravidico, la diarrea, la stipsi, le voglie, sono espressione di contenuti psichici più primitivi e spesso manifestazione di sentimenti ambivalenti rispetto al bambino. La letteratura su tale settore propone pertanto iniziative integrate psicologico-ostetriche. Tra queste vi sono alcune iniziative pilota (Remotti, 1990) volte a costituire una "psicologia per ginecologi" che non sia solo cultura, ma possa essere inserita nella gestione del loro rapporto con la paziente. In tal quadro, analogo ancorchè diverso, si colloca una ricerca interuniversitaria (Cattedra di Psicologia dell'Università di Brescia, Cattedra di Psicologia Dinamica dell'Università di Torino, Cattedra di Neuropsichiatria dell'Università di Milano, Cattedra di Psicosomatica dell'Università di Bologna) volta a esplorare le correlazioni tra le dinamiche psichiche della paziente, le relazioni interpersonali durante la gravidanza (famiglia, medici, istituzione sanitaria), le vicende perinatali, e il successivo sviluppo somatico e psichico del neonato. In questa prospettiva si propone un modello di intervento in cui la specialistica ostetrico-ginecologica sia affiancata da una specialistica psicologica con sue specifiche metodologie rivolte non semplicemente alla gestante ma all'insieme interpersonale e istituzionale che la attornia, in una tecnica integrata di "counseling polivalente".