



IL DOLORE NEL PARTO:

un indice relazionale?

Francesca Dabrassi - Antonio Imbasciati

PERCEZIONE O EMOZIONE?

Il dolore viene di solito considerato una percezione: si parla di nocicezione, come dispositivo naturale per difenderci da agenti lesivi sul nostro corpo e si parla di “stimolo” doloroso, così come si considera stimolo per le altre percezioni l’evento fisico particolare che specificamente “stimola”, cioè mette in attività, un certo apparato recettore. Abbiamo così stimoli luminosi, per la retina, stimoli sonori, per la coclea, stimoli vestibolari, per il relativo apparato labirintico, e ancora stimoli tattili, propriocettivi, motori, termici, olfattivi, gustativi. Il nostro organismo possiede apparati recettori periferici specificamente strutturati sì da raccogliere ognuno determinate variazioni fisico-chimiche che “stimolano”, cioè innescano nel recettore treni di impulsi neurali che verranno poi elaborati, per vie afferenti altrettanto specifiche, a successive stazioni neurali, fino a giungere alla corteccia, dove si può verificare quella elaborazione che ci dà la percezione cosciente di quella specifica sensorialità. Per ogni tipo di percezione la corrispondenza tra l’entità dello stimolo e l’effetto percettivo ha una minima variabilità interindividuale, cosicché di fronte ad un disco rosso, e per un certo suono o rumore tutti lo sentono in modo pressoché uguale, o con minime variazioni interindividuali. Per alcune percezioni, come quella olfattiva e gustativa, la variabilità interindividuale aumenta. Per il dolore è massima.

Infatti lo stesso stimolo può provocare in alcune persone un dolore lieve, sopportabile, per altri un dolore più intenso. Ciò è dovuto al fatto che, pur esistendo recettori periferici (fibre libere, dispositivi spinali), le stazioni neurali elaborative sono più cospicue e soprattutto è maggiore l’elaborazione centrale: questa avviene interessando soprattutto le zone cerebrali che altrimenti elaborano le emozioni. Ciò ha fatto sorgere l’interrogativo su quanto il dolore sia da considerarsi percezione, in senso stretto, e quanto coscienza percettiva di emozione.

Questo interrogativo diventa pregnante quando il dolore percepito non riguarda la superficie del corpo, ma il suo interno, soprattutto i visceri. Ancor più la domanda si presenta per il dolore da parto che, a seconda della donna e anche nella stessa donna a seconda delle circostanze, non solo ostetriche, ma affettivo-sociali-ambientali, può essere lievissimo (in qualche caso), o comunque sopportabile, e in altre invece di grossa intensità. Alcuni autori considerano pertanto il dolore nel parto come l’effetto somatico di un insieme di emozioni (De Benedittis, 2000; Imbasciati, Dabrassi, 2009a, b). In ogni caso la gravidanza del dolore nella maggioranza dei parti, nonché le sue possibili conseguenze, ostetriche e psichiche, ne ha imposto una valutazione.

Una gran messe di ricerche si è occupata di “misurare” il dolore: illustri studiosi hanno approntato strumenti, sia tecnici che concettuali, nonché particolari e laboriosi training per i valutatori, per ottenere una qualche misura del dolore, quantizzabile con un minimo di obiettività (Tiengo, 2000; De Benedittis, 2000; De Benedittis e coll., 1990, 1993; Charlton, 2005). Per il dolore nel parto la letteratura è ancora più complessa rispetto a quella sul dolore in generale, in quanto se da un lato si è dimostrato che dolore ha effetti ormonali (liberazione di ossitocina) che facilitano il parto, e quindi avrebbe una funzione “fisiologica”,

dall'altro la clinica ostetrica ce ne mostra rischi. Su tale dilemma si sono sviluppate due contrapposte correnti di opinione, spesso ideologizzate. Da un lato, considerando il dolore un evento naturale, stimolante non solo l'espletamento del parto, ma anche l'accudimento del neonato da parte della madre (Imbasciati, Dabrassi, 2009b), si tende a limitare l'intervento analgesico aiutando invece la donna dal punto di vista psicologico, dall'altro vi si accede senza adeguata valutazione pensando che comunque il dolore sia un evento negativo che può e deve essere eliminato; tanto più in quanto spesso gli si imputano complicanze ostetriche. Le due correnti di pensiero spesso si scontrano oggi, soprattutto a proposito dell'epidurale e del cesareo.

Si dispiega allora una serie di interrogativi, l'un l'altro concatenati:

- 1) Come si misura il dolore? Esistono misure obiettive? O comunque attendibili per la clinica?
- 2) In che misura è possibile individuare eventi neuropsichici neurali e/o eventi psichici (in modo sufficientemente definito e univoco) che lo modulano?
- 3) È possibile e in che misura individuare alcuni dei suddetti eventi che giuochino in maniera rilevante nel parto?
- 4) Quando e come è possibile una valutazione che il dolore complichino invece che facilitare la fisiologia del parto?
- 5) Si può rilevare cosa avviene neurofisiologicamente nei vari casi in sede clinica un dolore viene valutato "troppo"?
- 6) È possibile e in che misura individuare con strumenti delle scienze psicologiche processi psichici corrispondenti ai processi di cui a 2) e 3)?
- 7) È possibile correlarli al punto 1)?
- 8) È possibile correlarli l'un l'altro e con eventi neurologici?
- 9) Quando è opportuno intervenire sul dolore? Quali sistemi di analgesia possono volta volta esser valutati come i più appropriati rispetto ai punti di cui sopra?
- 10) Esistono e quali sono gli effetti sul neonato del dolore "fisiologico" quando viene sopportato dalla donna senza alcuna analgesia?
- 11) Come variano questi effetti in relazione ai differenti interventi di analgesia?
- 12) Quali i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di analgesia sia nella donna sia sul piccolo, sia soprattutto per le loro successive relazioni? Tenuto conto che la qualità delle interazioni che costituiscono la relazione modulano psico-somaticamente lo sviluppo del bimbo e la salute stessa della donna.

LA PSICHICITA' DEL DOLORE DEL PARTO

La scala di crescenti interrogativi come da noi elencati, traccia un percorso che la ricerca attuale deve ancora in gran parte percorrere. Ben si comprende il panorama enorme, spesso contraddittorio della letteratura sul parto: un mare di letteratura, non solo di tipo ostetrico-ginecologico, o infermieristico, o farmacologico, ma anche in relazione all'altrettanto mare di letteratura neurofisiologica sul dolore in generale, nonché a quella non meno vasta, ancorché meno nota in ambito sanitario, condotta in quest'area dalle scienze psicologiche, antropologiche, pedagogiche.

Una risposta corrente ai suddetti quesiti, globale ma a nostro avviso semplicistica, concerne la considerazione che molte donne temono il parto e il dolore: temono di non sopportarlo, o non lo sopportano, o realmente si prevede che non lo sopporterebbero. Questi stati soggettivi possono complicare il parto, con conseguenze per entrambi i protagonisti: di qui l'opportunità di intervenire. Sulla valutazione dell'opportunità, e della scelta del sistema analgesico, la letteratura non è semplice, né concorde; oltre che essere variegata e differenziata rispetto ai diversi sistemi di analgesia; e spesso influenzata da ideologie, o da una totale delega alla scelta della donna.

Non poche ricerche hanno rilevato una maggiore incidenza della depressione, o di stati depressivi post partum nelle donne con analgesia (Mimoun, Maggioni, 2003; Hiltunen e coll., 2004) e rischi di deficit di sviluppo nel neonato (Sepkowski e coll., 1992). Altre rilevano difficoltà di allattamento, sia da parte della donna, sia da parte del neonato. Sappiamo che lo stimolo della suzione del capezzolo da parte del neonato produce complessi e benefici effetti neuro-ormonali nella donna, che si riversano sul bimbo (Uvnäs-Moberg, 1996; Riordan e coll., 2000). In particolare si stanno indagando gli effetti dell'epidurale: da alcuni autori è stato riscontrato un ritardo evolutivo nel neonato (Murray e coll., 1981; Sepkowski e coll., 1992). Ciò ha fatto pensare che il dolore possa costituire un fattore che promuove nella madre l'accudimento del piccolo e di qui i suoi ormai noti effetti psichici e psicosomatici (Hofer, 1983a, b, 1984). L'accudimento dipende dalle capacità interattive della madre, che possono essere depresse dall'epidurale. Discutibile però è che tale correlazione sia diretta, piuttosto che ipotizzare che l'epidurale accresca la normale depressione postpartum e che questa deprima la qualità dell'accudimento; o ancora che tutto ciò dipenda da uno stato depressivo non rilevabile, intrinseco alla donna e antecedente, che avrebbe determinato la scelta stessa dell'epidurale da parte della donna. Non poche comunque sono le ricerche che convergono nel dimostrare che gran parte dei sistemi di intervento a effetto analgesico corrispondono a diminuite capacità della donna di promuovere, con le sue interazioni, lo sviluppo del neonato. Vi sono ricerche, però, lo negano: il problema sta a nostro avviso in che cosa e come si "misura", secondo gli interrogativi di cui sopra.

Il dibattito sull'epidurale trova precedenti e continuazione in quello sul cesareo. Da più parti si deplora l'abuso di cesarei che si fa in Italia, ricordando che non poche ricerche mostrano come questo evento diminuisca le propensioni materne all'accudimento. Gli studi sugli animali mostrano con evidenza questa conseguenza: le ratte che hanno partorito con cesareo abbandonano i piccoli, o li uccidono. Similmente accade con altri animali. Altre forme di analgesia, come l'epidurale, diminuiscono i comportamenti materni delle femmine. Questo è stato posto in relazione con increzioni ormonali promosse dal dolore. Nell'uomo i rilievi sono molto più complicati e pertanto le conclusioni cui si giunge sono spesso contraddittorie. Tutta una corrente di ricerche (ma anche di opinioni ideologizzate) ha fatto e fa capo in Italia al movimento inaugurato negli anni '80 da Ferruccio Miraglia, continuato nella politica promozionale di un parto demedicalizzato, quindi del tutto naturale, portato avanti dalla S.I.P.P.O. (Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica) e dalla rivista *Nascere* (Miraglia, 1987, 1990; Farinet, 1999; Battagliarin, 1999; Boncinelli, 1999; Regalia, Bestetti, 2006). Altre ricerche invece affermano che nella specie umana l'analgesia non comporta nessun danno, mentre diminuirebbe i rischi per le donne.

Tali discordanze trovano a mio avviso una ragion d'essere nell'uso degli strumenti per i relativi rilievi sperimentali. Le dimensioni psichiche sono sempre difficili da individuare e valutare, e spesso passano inosservate, soprattutto quando lo sperimentatore non è sufficientemente competente nelle scienze psicologiche e fa un uso improprio degli strumenti. Di qui una certa letteratura ostetrico-ginecologica. Certamente qualunque fattore di tipo psichico, o sociale o anche ambientale può influire sulla paura del parto e di conseguenza sul dolore: ma quando? E quanto? E perché? Le ricerche sul problema della valutazione del dolore da parto (Walderström e coll., 1996) sono tutt'altro che semplici e congruenti.

Qualunque dolore viene modulato in sede centrale e soprattutto corticale: le medesime afferenze possono essere differentemente elaborate a seconda di come funziona *in quel momento* tutta la corteccia. Il dolore, nella sua qualità e intensità, è stato definito come un'interpretazione delle afferenze da parte del cervello. Qualunque stato psichico può esaltare o diminuire il dolore, così come ogni altro evento, psichico interno o anche esterno, può essere immesso e elaborato in questa "interpretazione neurologica" del dolore. Per esempio l'ipnosi può avere effetto analgesico. Analogamente nelle situazioni di pericolo il dolore è

attutito o soppresso, per poi essere percepito postumo. Apprensione, paure preventive e altri stati emotivi esaltano il dolore. Le donne con grande apprensione per il dolore del parto sembra che percepiscano alti livelli di dolore: è d'altra parte difficile distinguere una percezione del dolore in senso proprio, dalla capacità maggiore o minore di sopportarlo e pertanto di denunciarlo. Le donne con struttura psichica "disturbata" sono soggette a percepire e lamentare un maggior dolore (Goldstein-Ferber, Feldmann, 2005). D'altra parte sarebbe arbitrario (e spesso lo è) che un operatore imputasse la denuncia del dolore a una qualche fragilità psichica della donna. Peraltro sembra più accertabile e accertato che gli stati psichici che esaltano l'apprensione per il parto e il dolore che ne consegue, per esempio le paure, diminuiscono poi la capacità materna di interagire col bimbo e quindi di favorire il suo sviluppo (Goldstein-Ferber, Feldmann, 2005). Le ricerche sulla "natura" del dolore da parto (Lowe, 2002) non sono unanimi. D'altra parte i rilievi effettuati dalle varie ricerche su eventi psichici volta a volta denominati "paure", "apprensioni", "affetti", "emozioni"; così come "coraggio", "sicurezza", "tranquillità", "appoggio del partner e dell'entourage sociale", comportano termini spesso tratti dal senso comune, che necessiterebbero di essere già precisamente e specificatamente delimitati e definiti dalle scienze psicologiche. Cosa non facile. Di qui, anche, le eventuali contraddizioni di risultati di ricerche che avrebbero dovuto essere comparabili.

Genericamente si può affermare che quasi tutti gli studi sono concordi nel rilevare che la paura del dolore e la conseguente percezione vengono condizionati, in senso positivo o negativo, da fattori psichici e sociali: così la soddisfazione di avere un bimbo, la partecipazione alle decisioni degli operatori, la convinzione di poter controllare il dolore (Mc Crea, Wright, 1999), la qualità del supporto degli operatori come caregiver (Hodnett, 2002), la qualità della relazione col partner, la sua presenza, nonché il supporto familiare e sociale, o l'ambiente più o meno accogliente, oltre che fattori di età, o etnici, culturali, socio-economici. Si tende in genere a dare molto rilievo alla competenza emotiva degli operatori quali caregiver per la donna: le loro capacità in proposito sembrerebbero un fondamentale fattore positivo. Tutta questa complessità rende non solo difficile ma anche aleatorio individuare con precisione consensuale i "fattori" che intervengono, nonché i loro effetti: riduzionista pertanto si presenta l'approccio di quelle ricerche che pretendono di catalogare nosograficamente i fattori psichici, o quelli ambientali, nonché i relativi effetti, anch'essi psichici, nell'intento di individuare corrispondenti tipi di intervento. Saisto (2001) per esempio ci offre al proposito un panorama tanto poderoso quanto a nostro avviso inutile.

La vastità, la varietà, l'eterogeneità e talora la contraddittorietà della letteratura, psicologica e psichiatrica, talora ostetrica, nell'individuare e descrivere i fattori psichici, relazionali e socioambientali che accrescono o diminuiscono il dolore del parto, è comprensibile se si considerano quattro ordini di difficoltà che spesso impediscono che i risultati siano attendibili e costanti. Il primo riguarda il fatto che, se già il dolore in sé in quanto stato percettivo è difficilmente separabile, come già abbiamo sottolineato, da qualsiasi altro processo psichico, a maggior ragione ciò vale per il dolore nel parto che, riguardando un evento così centrale nell'esistenza umana quale la nascita, massicciamente coinvolge tutta la struttura psichica della donna con il suo passato. Il secondo ordine di difficoltà concerne la sopportabilità del dolore, difficilmente separabile dalla precedente e che comunque può dipendere da una gran quantità di individualissime strutture psichiche e condizioni del loro funzionamento. Il terzo ordine concerne la difficoltà di isolare i "fattori psichici" con una nosografia consensuale: a seconda dell'approccio metodologico, per esempio psicoanalitico piuttosto che comportamentale, o sintomaticologico-psichiatrico, i fattori possono essere assai differentemente individuati e pertanto offrire risultati diversi alla raccolta dei dati. Ricordiamo qui che la struttura mentale è strettamente individuale: nessuno ha un cervello uguale ad un altro; né una mente uguale a quella di un altro (Imbasciati, 2005; 2006a, b, 2008a). Quarto

ordine di difficoltà riguarda la possibilità di costruire strumenti psicologici per le suddette misure che siano validi, attendibili e psicometricamente tarati o tarabili, come sopra descritto. In ogni caso, tralasciando la dimensione dell'attendibilità, quella della validità dipende dal terzo ordine di difficoltà qui descritto, quello cioè di individuare in che cosa consistano effettivamente i "fattori psichici", al di là di sommarie etichette tratte dal senso comune.

Molto spesso, soprattutto nella letteratura medica, vengono usati questionari che non rispondono alle caratteristiche effettive che un reattivo mentale deve avere: validità, attendibilità, sensibilità, economia. Frequentemente si fa un uso improprio del "questionario", ritenendolo un test mentale vero e proprio, anziché raccolta di dati non omogenei, non collegati tra di loro, spesso inficiati da incaute condizioni di somministrazione.

Le suddette difficoltà fanno preferire, a nostro avviso, un approccio clinico squisitamente descrittivo, anziché la sperimentazione, inevitabilmente praticata su fattori non unanimemente riconosciuti e spesso con strumenti poco idonei. In questo approccio riteniamo fondamentale l'indagine sui processi interiori, inconsci, che stanno alla base della paura del parto. Qui l'approccio psicoanalitico, corroborato e orientato dalle ricerche sperimentali, sia pur esplorativamente parziali ma consone allo specifico approccio clinico descrittivo, può a nostro avviso fornire elementi preziosi, sia per impostare orientamenti di tipo terapeutico, sia ancor più per rilevare indici predittivi, sul bimbo ancor più che riguardo alla donna. Non si può pertanto separare un'indagine sui fattori interiori riguardanti la paura del parto da una considerazione più generale della fantasmatica femminile a cominciare dalle sue origini, nella bambina (Imbasciati, 1990), né si può questa separare dall'intreccio delle simbolizzazioni inconscie che legano la struttura psichica profonda della madre alle "cure materne" che nell'infanzia la strutturano e, né ancora da come tutto questo "mondo interno" della donna si riverbererà sulla qualità delle cure che ella intesserà col suo bimbo, e ancor prima, a quanto a tal proposito ella durante la gestazione "fantasticherà" sulla nascita dei propri bambini. Di qui il parto.

PER UNA PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

La fantasmatica femminile sottesa al parto è intrinsecamente e inseparabilmente connessa con tutto lo sviluppo psichico della donna fin dall'inizio della sua vita, considerando pertanto un tale sviluppo ancor prima di una differenziazione psicosessuale, della quale tuttavia è la base. Migliaia di volumi e articoli sono stati scritti sull'argomento: per una sintesi rimandiamo al testo "La donna e la bambina" (Imbasciati, 1990). Questa letteratura, originariamente psicoanalitica, si è coniugata in queste ultime decadi con quella derivata dagli sviluppi della Teoria dell'Attaccamento, nello studio osservazionale in condizioni sperimentali del rapporto madre/neonato-bambino. Il comportamento interattivo è stato collegato alle dinamiche interiori. Si sono aperte vastissime prospettive di studio, cliniche, teoriche, sperimentali, che vanno sotto il nome di Infant Research (Imbasciati, 2008a, b; Imbasciati, Cena, 2008, 2009; Cena, Imbasciati, Dabrassi, 2008; Imbasciati, Dabrassi, 2009a, b; Cena, Imbasciati, 2010; Imbasciati, 2010). Questi studi si sono a loro volta coniugati con quelli delle neuroscienze; le tecniche ecografiche, per il feto, e le più recenti tecniche di neuroimaging del cervello, hanno portato a confermare il valore strutturante neurale delle interazioni di accudimento e come la qualità di queste dipenda dai messaggi che vi vengono veicolati, quali inferiti nel loro significato dalle ricerche condotte dal vertice psicologico. In altri termini il cervello dei bimbi – e la loro mente, la loro personalità – si struttura, in modo ottimale piuttosto che difettoso o patologico, a seconda della qualità di quanto passa nelle interazioni di accudimento.

In questo passaggio si sta oggi studiando il ruolo dei neuroni specchio nelle situazioni di empatia, anche negli adulti (Merciai, Cannella, 2008). Di qui il massimo rilievo a tutti gli

studi che stanno indagando come le cosiddette cure materne siano ben diverse e più importanti di quanto comunemente si ritiene con tale denominazione, in quanto condizioneranno i futuri individui, con conseguenze anche transgenerazionali (Imbasciati, 2004).

La letteratura psicologica sul parto ha ripetutamente indicato come le caratteristiche del suo espletamento e il dolore in particolare siano un indice delle capacità della donna di accudire al suo neonato: questo mette in rilievo il problema di come va considerato il dolore. Conseguenza della struttura mentale profonda della donna con le radici nella sua storia di bimba, nonché delle condizioni psicosociali in cui gravidanza e parto si svolgono, così come analogamente lo sono le modalità ostetriche (Imbasciati e coll.: Ricerca PRIN 2007-2010), come dobbiamo considerare il dolore ai fini di una eventuale decisione di intervento? E di qual tipo di intervento?

Da quanto esposto se ne trarrebbe una conclusione come segue: in una donna con struttura psichica ottimale che partorisca in ambiente psicosociale e sanitario ottimale, il dolore sarà di entità sopportabile e sopportandolo si favorirà parto, puerperio, accudimento, buon sviluppo del bimbo. Ma il problema non è da tale conclusione risolto perché: a) quale donna ha struttura psichica ottimale?; b) come valutarla?; c) quando possono essere definite ottimali le condizioni psicosociali assistenziali?; d) come valutare le richieste di analgesia avanzate dalla donna?; e) quale supporto psichico si è in grado di dare *comunque* alle gestanti e alle partorienti perché sopportino il dolore?; f) e cosa facciamo in tutti i casi in cui qualche condizione di cui sopra sia stimata non ottimale?

Sappiamo peraltro che negare analgesia, in molti casi, tra cui quello in cui la donna dimostri chiaramente di volerlo, può avere complicità ostetriche e/o complicazioni psichiche, che si ripercuoteranno sul bimbo.

Una soluzione del problema la si potrà trovare solo se si sarà in grado di sviluppare un'assistenza di Psicologia Clinica Perinatale, con specialisti ben formati che collaborino con ostetriche, medici e assistenti sociali, in servizi adeguatamente organizzati, che seguano tutte le gestanti, fin dall'inizio della gravidanza ed anche prima per tutte le coppie, in modo da valutare caso per caso di quali aiuti ci sia bisogno, soprattutto nei casi stimati a rischio, e che abbiano l'effettiva possibilità di erogarli: tali aiuti, psicologici e sociali, al momento del parto possono servire a modulare gli interventi, ostetrici, chirurgici e di analgesia: interventi che in questo quadro potranno essere modulati attraverso una previa valutazione della prospettiva che si profila per il dolore.

I rilievi che con varie metodologie possono essere raccolti in epoca gestazionale e fetale hanno un valore predittivo sia per le previsioni sul parto, e sul relativo dolore, sia sui successivi sviluppi dell'unità madre-bambino: questo non solo per le condizioni psichiche della donna dopo la nascita, ma soprattutto per la qualità della sua relazione col bimbo. Si può dunque parlare di qualità strutturante o destrutturante delle "cure materne": tale qualità dipenderà dal dialogo o pseudo-dialogo che si dispiegherà, che genererà pertanto la qualità dello sviluppo psichico e psicosomatico (dunque anche fisico) del bimbo, e di qui del futuro individuo. Di qui il versante psicosomatico della Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, 1994).

Nel complesso quadro di interazioni strutturanti tra madre e feto-neonato, si presenta di sommo interesse clinico la possibile rilevazione di indici predittivi, circa il futuro della donna nel parto, nel puerperio e nelle cure materne come sopra intese, ed ancor più circa ciò che ne consegue, a seconda delle qualità dei suddetti eventi, per il bimbo che diventerà una persona del futuro sociale della collettività, e che quivi porterà le strutture psichiche che si sono venute a costruire nel suo passato relazionale infantile; con queste egli a sua volta presterà le "cure materne" ai propri piccoli e questi dalla qualità di quelle saranno condizionati. Abbiamo in altri termini un effetto a cascata in una catena transgenerazionale (Imbasciati, 2004, 2008a,

b). Il condizionamento che le prime strutture psiconeurali esercitano nella strutturazione delle successive (Imbasciati, 2002, 2006a, b) rende allora rilevante una Psicologia Clinica Perinatale che monitorizzi tale sviluppo transgenerazionale. In una tale “osservazione monitorizzata” possono essere rilevati indici, positivi piuttosto che negativi, predittivi di questo sviluppo, cosicché possa essere al meglio impostata un’assistenza che ne garantisca la qualità, non solo cioè improntata ad ovviare alle previsioni negative (indici di rischio per lo sviluppo), ma anche a migliorare comunque le condizioni: che ci possa cioè assicurare migliori individui. Lungo questo percorso ci sembra fondamentale il periodo relativo al parto- puerperio, in quanto questo può condizionare la qualità delle “cure materne”.

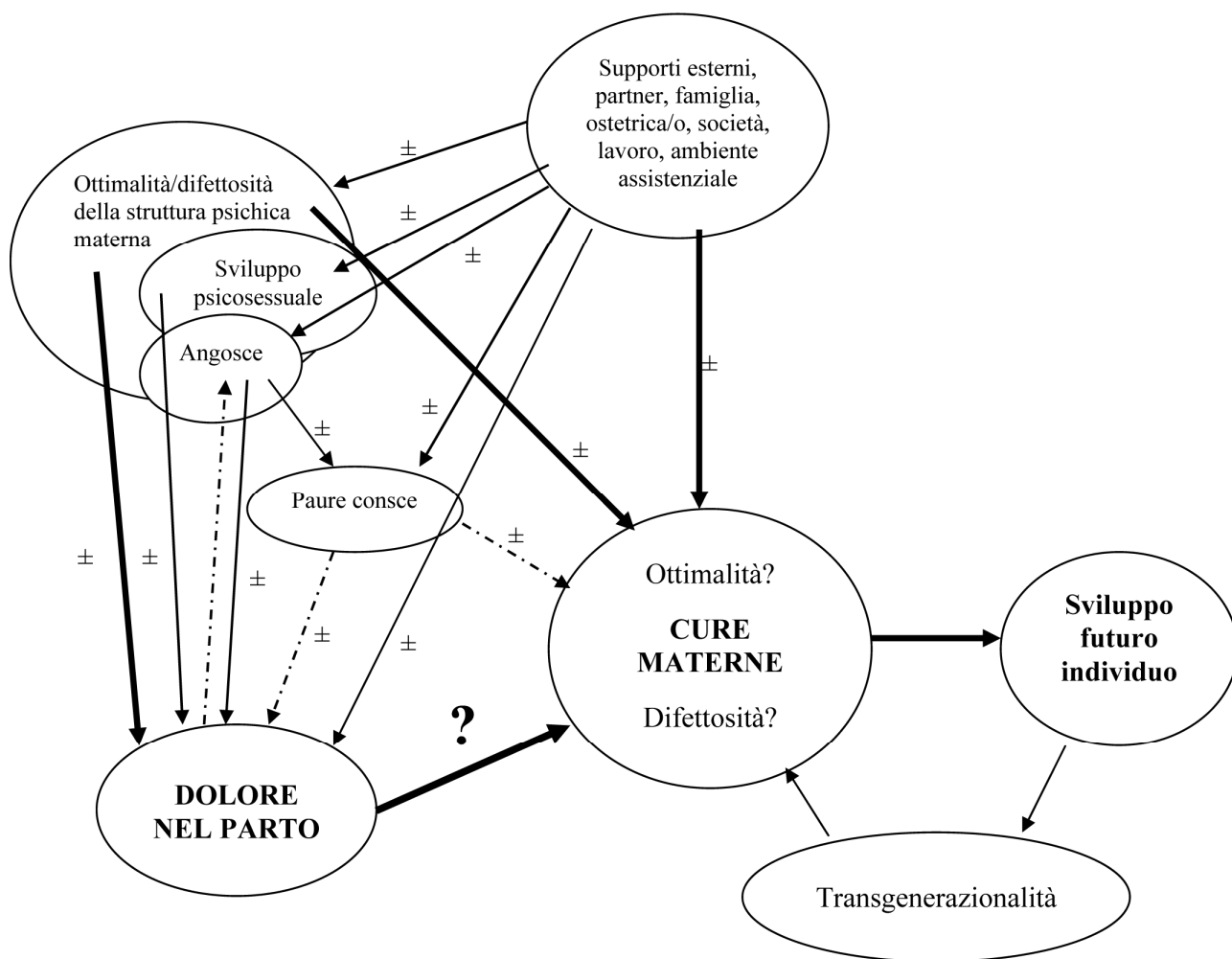
Una rilevazione lungo tutto il percorso perinatale e oltre nello sviluppo infantile, e poi adulto e poi transgenerazionale, dovrebbe avvalersi di strutture assistenziali dotate di strumenti psicologici molto fini e applicati in tutta la popolazione: il che è impresa sociale auspicabile, quanto per ora difficile. Una rilevazione di difficoltà relativamente minore potrebbe essere realizzata se potessimo avvalerci di indici più appariscenti: quelli di ordine somatico. Visto che le vicende psichiche della gestazione parto, puerperio, allattamento sono connesse psicosomaticamente alle vicende ostetriche usualmente registrate nei nostri servizi assistenziali, possono alcune di queste essere tenute in conto per estrarne indici predittivi? Può il “dolore”, viste le connessioni da noi tratteggiate, essere utilizzato come indice sufficientemente attendibile di predittività? In tal caso, più che rilevante sarebbe affrontare il problema di una sua valutazione.

Nel quadro delineato può allora risaltare il peso sociale, a lungo termine, di un’assistenza perinatale che integri l’assistenza ostetrica e infermieristica coi contributi delle scienze psicologiche, nonché specificamente con un’assistenza specialistica di Psicologia Clinica. Questa, oltre che essere diretta alla diade madre-bimbo (o alla triade col padre), ancor più potrebbe utilmente essere dedicata alla formazione permanente di tutti gli altri specialisti a contatto con gli eventi perinatali (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008).

Quanto al dolore, viste le sue connessioni con molteplici stati psichici, e come questi dipendano dalle strutture neuropsichiche della memoria implicita della madre, sia quelle del suo passato, sia quella che si costituisce nella diade madre/feto-neonato, nonché tutte le relazioni che si dipanano nel periodo perinatale ed infine con tutte le situazioni socio-ambientali-assistenziali del momento, esso potrebbe costituire un indice per il futuro sviluppo del neonato, del bimbo, del futuro individuo. Indice di ottimalità piuttosto che di rischio? Forse a seconda della sua più o meno intensa presenza – e già qui abbiamo visto le difficoltà di misura - ma soprattutto a seconda del suo significato: qui sta il problema di una sua valutazione. Una “intensità del dolore” come attributo intrinseco del dolore da parto non esiste a nostro avviso.

Allo scopo di schematizzare la complessità e l’intreccio dei fattori che concorrono a una valutazione del dolore quale indice predittivo della salute mentale e fisica della donna, del bimbo e del futuro individuo come sopra descritto, abbiamo approntato la figura che presentiamo alla pagina seguente.

La valutazione del dolore come indice predittivo si presenta dunque difficile: difficile pertanto la decisione di una qualche analgesia. Ciò vale soprattutto nella misura in cui la richiesta della donna, che sarebbe evento da far pensare al dolore vissuto come fatto negativo, viene ad essere spuria: ovvero indotta dal costume, dalla prassi e dalla propensione dei servizi assistenziali, o talora dai consigli degli operatori ostetrici. In altri termini, il dolore può essere indice attendibile, nel bene e nel male, non per la sua percezione, tanto meno per l’espressione e l’esternalizzazione che ne fa la donna nel comunicarla, bensì per quello che “sta dietro”, dentro il lavoro psicosomatico della mente, ovvero del S.N.C. della donna. Si veda ancora la finestra:



Legenda. Le ellissi della parte superiore (e centrale) delle figure indicano i fattori che concorrono, direttamente o indirettamente tra di loro intrecciandosi, a modulare il dolore nel parto e le cure materne. Il diverso spessore delle frecce, e la loro direzione, danno un'indicazione del peso con cui un fattore condiziona un altro, e il senso di tale modulazione. Il segno \pm apposto alla maggior parte dei collegamenti indica la possibilità di una modulazione in positivo piuttosto che in negativo nei confronti di un risultato finale ottimale, piuttosto che a rischio di patologie. Il collegamento tra dolore nel parto e cure materne, su cui è centrato lo schema, reca un grosso interrogativo, inerente a tutte le difficoltà descritte nel presente lavoro. Tale interrogativo è di massimo rilievo in quanto, come schematizzato nella parte destra in basso, la qualità delle cure materne modula lo sviluppo del futuro individuo e questo può trasmettersi transgenerazionalmente nell'ottimalità o difettosità-patologia delle cure materne nelle ulteriori generazioni. Si può così ipotizzare un circuito progressivamente migliorativo, così come invece un destino peggiorativo per le future generazioni.

Il problema allora di una valutazione adeguata di questo dolore si dispiega nella sua complessità psicologico-clinica. Hanno gli operatori ostetrici e ostetrico-ginecologi le competenze per una tale valutazione? Hanno i servizi dispositivi per rendere autentica l'eventuale richiesta della donna? Vi sono servizi integrativi specialisticamente psicologico-clinici (Psicologia Clinica Perinatale! – Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007) idonei per un lavoro integrato che vada al di là della mera consulenza? Vi sono, infine, operatori di psicologia clinica perinatale formati adeguatamente?

A questi interrogativi è affidato il nostro futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Battagliarin, G. (1999). Psicoprofilassi e dolore del parto. In M. Farinet (Ed.), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90* (pp. 35-42). Milano: Ed. Progetto.
- Boncinelli, E. (1999). C'è dolore e dolore. *Nascere*, 3, 5-6.
- Cena, L., Imbasciati, A. (2010). *Le relazioni genitori-bambino*. In progress
- Cena, L., Imbasciati, A., Dabrassi, F. (2008). La videosservazione per la psicoterapia genitore-bambino. In A. Imbasciati, C. Cristini, F. Dabrassi, C. Buizza (Eds.), *Psicoterapie: orientamenti e scuole* (pp. 169- 196). Torino: CSE.
- Charlton, E.J. (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: IASP Press.
- De Benedittis, G. (2000). Emozione e dolore. In M.A. Tiengo (Ed.), *Il dolore e la mente* (pp. 17-40). Milano: Springer Italia.
- De Benedittis, G., Corli, O., Massei, R., Nobili, R., Pieri, A. (1993). *QUID Questionario Italiano del dolore*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- De Benedittis, G., Lorenzetti, A., Pirovano, S., Sangermani, R., Vitale, R.M. (1990) La misura del dolore nell'età evolutiva: adattamento del questionario italiano del dolore (QUID) al paziente cefalgico. *Atti del XIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*. Bologna: Monduzzi.
- Farinet, M. (Ed.). (1999). *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*. Milano: Ed. Progetto.
- Goldstein-Ferber, S., Feldmann, R. (2005). Delivery pain and the Development of mother-infant Interaction. *Infancy*, 8(1), 43-62.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I. (2004). Does pain reliefs during delivery decrease the risk of postnatal Depression? *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 83, 257-261.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics e Gynecology*, 186(5), 160-172
- Hofer, M.A. (1983a). The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour. In L. Rosenblum, H. Moltz (Eds.), *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*. New York: Plenum.
- Hofer, M.A. (1983b). On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In R. Plutchik, H. Kellermann (Eds.), *Emotion: theory, research and experience*. New York: Academic Press.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati, A. (1994). Psicomatica ostetrica e Istituzione ospedaliera. *Nascere* 12(1), 22-31.
- Imbasciati, A. (2002). Una spiegazione della transgenerazionalità. *Atti Convegno Psicologia Prenatale*. Roma, Cantagalli, Siena.
- Imbasciati, A. (2004). A Theoretical support for transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.
- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*. London: Brunner e Routledge.
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica*. Milano: Springer Verlag.
- Imbasciati, A. (2008b). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, XXXVI, 104, 4-10.
- Imbasciati, A. (2010). On the meaning of Metapsychology. In print.
- Imbasciati, A., Cena, L. (2008). Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, 105, 4-15.
- Imbasciati, A., Cena, L. (2009). *Il bambino e i suoi caregivers*. Roma: Borla.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F. (2009a). Il dolore nel parto: quale valutazione? *Rivista di psicologia clinica*, in print.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F. (2009b). Dolore nel parto, cure materne, sviluppo del futuro individuo: ipotesi per la rilevazione di indici predittivi. *Minerva Ginecologica*, in print.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Margiotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Margiotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Margiotta, M. (2008). *Psicologia clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16-24.
- Mc Crea, B.H., Wright, M.E. (1999). Satisfaction in Childbirth and perception of personal control of Pain during labor. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 877-884.
- Merciai, S., Cannella, B. (2008). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Milano: Cortina.
- Mimoun, S., e Maggioni, C. (2003). *Trattato di Ostetricia e Ginecologia Psicomatica*. Milano: Angeli.
- Miraglia, F. (1987). Il dolore in più. *Nascere*, 3, 21-24.
- Miraglia, F. (1990). Il dolore in travaglio di parto. In M. Farinet (Ed), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*. Milano: Ed. Progetto.
- Murray, A.D., Dolby, R.M., Nation, R.L., e Thomas, D.B. (1981). Effect of epidural Anesthesia on newborn and their mothers. *Child Development*, 52(1), 71-82.
- Regalia, A., Bestetti, A. (2006). Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno. Qualità del dolore e esperienza delle donne. In G.B. La Scala, V. Iori, F. Mori, P.G. Fagandini (Eds.). *La normale complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini.
- Riordan, G., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B., Melin, J. (2000). The Effect of Labor Relief medication on neonatal suckling and breast feeding duration. *Journal of Human Lactation*, 16 (7), 7-12.
- Saisto, T. (2001). Obstetric psychosocial and pain related. Background and Treatment of Fear of Childbirth. *Academic Dissertation 02/11/01 Department of Obstetrics e Gynaecology*. University of Helsinki.
- Sepkowski, C., Lester, B., Ostheimer, G., Brazelton, B. (1992). The effect of maternal epidural Anaesthesia on neonatal behaviour during the first month. *Development Medicine e Child Neurology*, 34, 1072-1080.
- Tiengo, M.A. (2000). *Il dolore e la mente*. Milano: Springer.
- Uvnäs-Moberg, K. (1996). *Neuroendocrinology of the Mother-Child Interaction*. Elsevier Science TEM, 7(4), 126-130.
- Walderström, U., Bergman, V., Vasell, G. (1996). The complexity of Labor pain: experiences of 278 women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 17, 215-228.