

La prevenzione in ospedale: *Dinamiche affettive in gravidanza*

Dott.sa Pucci Barbara

Polidiagnostico CAM



PREVENZIONE

L'insieme di azioni finalizzate ad impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati.

Wikipedia

Esistono tre livelli di prevenzione, che agiscono in momenti diversi:

PREVENZIONE PRIMARIA

Comportamenti che cercano d'evitare/ridurre l'insorgenza/sviluppo di una patologia.

La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione

PREVENZIONE PRIMARIA

CARE OSTETRICO → OSTETRICHE

accoglienza, accudimento, contenimento,
nel prendersi cura della neomamma e del suo bambino



TUTELARE LA FISIOLOGIA

PREVENZIONE SECONDARIA

Punta alla **diagnosi precoce** di una patologia nascente, permettendo così di intervenire sulla stessa precocemente e aumentando le opportunità d'intervento per prevenirne la progressione e ridurre gli effetti negativi.

**CONFRONTO TRA OSTETRICHE
COORDINATORE OSTETRICO
PSICOLOGA**

PREVENZIONE TERZIARIA

Riduce l'impatto negativo di una patologia avviata, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive.

**LAVORO D'EQUIPE: OSTETRICHE
GINECOLOGO OSTETRICO
PSICOLOGA, PSICHIATRA**

PREVENIRE

Come:

riconoscendo il normale cambiamento psico-affettivo che accompagna una donna in gravidanza, da un disagio patologico. (es. ansia, panico...)

PREVENIRE

Come:

- *L'ascolto attivo ad es. madre con difficoltà di allattamento cosa nasconde?
un problema fisico o un problema affettivo relazionale...
esempio donna che verbalizza la paura di affezionarsi al suo bimbo.... (mef precedente);*
- *Il contenimento sia fisico che emotivo;*
- *Care ostetrico → prendersi cura.*

PREVENIRE

Quando:

- *Nell'ambulatorio della fisiologia della gravidanza gestito da ostetriche*
- *Nel corso di accompagnamento alla nascita*
(14 incontri → 1000 coppie all'anno)
- *Nel reparto di ostetricia*
(patologia della gravidanza)
- *In sala parto:*
assistenza ostetrica one-to one,
turno di 12 ore per garantire continuità assistenziale
(n. parti 2884 anno 2009)
tc 18%, partoanalgesia 23% con indicazione medica

PREVENIRE

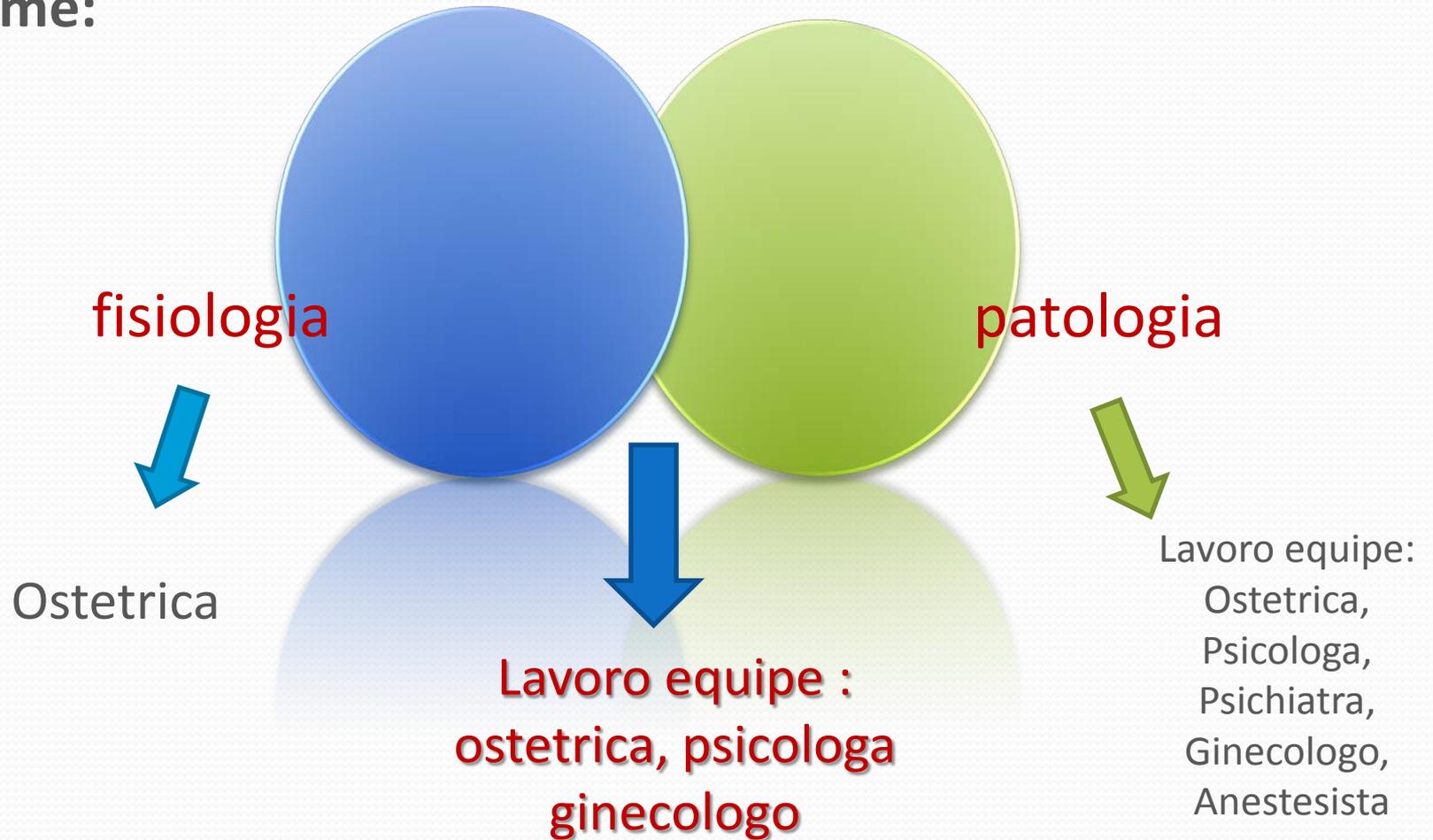
Quando:

Nel reparto di maternità-nido :

- *rooming-in 24 ore*
- *assistenza personalizzata con equipe ostetrica che assiste mamma e neonato in camera e sostiene l'allattamento materno*
- *dimissione a 48 ore dal parto con controllo ambulatoriale gestito da ostetriche*

PREVENIRE

Come:



Fisiologia dell'affettività in gravidanza

Gravidanza:



Dinamiche affettive in gravidanza

- Ma molto più avvertita nel momento in cui l'evento biologico della maternità segnala fisicamente e materialmente la trasformazione dallo stato di *figli a quello di genitori*.
- La gravidanza affettiva della gravidanza, la responsabilità che essa comporta, la normale ansietà che la contraddistingue, rende l'Ostetricia, che la "cura" o che, nella fisiologia, semplicemente l'accompagna, un campo medico "speciale" che ha come oggetto non sempre una malattia ma sempre un evento carico di importanti **risonanze psicologiche**



La gravidanza affettiva della gravidanza, la responsabilità che essa comporta, la normale ansietà che la contraddistingue, rende l'Ostetricia, che la "cura" o che, nella fisiologia, semplicemente l'accompagna, un campo medico "speciale" che ha come oggetto non sempre una malattia ma sempre un evento carico di importanti risonanze psicologiche.

ciò significa che rispetto ad altre specialità mediche, dove pure è importante la comprensione della trama affettiva contenuta nel rapporto medico-paziente, qui nasce la necessità di un approfondimento che permetta agli operatori sanitari coinvolti di comprendere e rispettare la “*fisiologia affettiva*” insita nella gravidanza e di cogliere e saper fronteggiare le sue eventuali deviazioni patologiche.

Dinamiche affettive in gravidanza

Mi sembra importante esplicitare alcune considerazioni che ho imparato sullo stato mentale della donna gravida e sulla sua eccezionale disponibilità emotiva che, comprese, dovrebbe condizionare sia l'intervento medico, che quello ostetrico che quello psicologico...



Durante la gravidanza, la donna, che si distingue dall'uomo per un diverso assetto ormonale che le garantisce una accentuata duttilità emotiva utile all'assistenza della prole, subisce una modificazione ormonale finalizzata a garantire l'impianto dell'uovo nell'utero.



- La parete dell' utero si ispessisce per accogliere l'uovo fecondato:

*la natura protegge e incoraggia la **simbiosi, caratteristica del pre-vita.***

- Tale simbiosi non è naturalmente un mero legame fisico, ma un forte e necessario legame emotivo.

Cambiamento fisio-psicologico

La nausea dei primi mesi col suo ripiegamento meditativo, sembra supplire a segnali fisici ancora mancanti nel segnalare la presenza del feto: infatti essa tende a scomparire al quarto mese.

- ma, soprattutto, la modificazione ormonale comporta un aumento della sensibilità della donna :
- sposta il suo baricentro, come avviene per la pancia, verso il bambino.



- La gestante “precipita” verso il mondo infantile, avverte di più le emozioni che appaiono come *dilatate, siano paura, rabbia, tristezza, malinconia, piacere, gioia..*

- E’ come se vedesse il mondo con gli occhi sensibili e stupiti del bambino in un universo emotivo in cui la razionalità e l’esperienza contano ancora poco



- Questa identificazione con il bambino garantisce a qualsiasi donna, qualsiasi ceto, razza o cultura, di comprendere la sua creatura e di indovinarne per identificazione i bisogni dopo la nascita anche se espressi attraverso un semplice vagito.



- Fanno da argine, in questa regressione, sia l'appoggio fornito dalla figura del compagno, **custode della razionalità adulta e rapporto con la realtà**, che il precedente equilibrio emotivo personale della donna stessa.

Ciò significa che, per alcune pazienti, ripercorrere i vissuti emotivi del proprio passato, in un certo senso ritornare piccola, comporta il riemergere improvviso e inaspettato di ricordi, conflitti, frustrazioni mai elaborate che possono trovare espressione sia a livello affettivo con l'esplicita richiesta di aiuto per:

- Stati di acuita ansietà,
- Insonnia,
- Paura,
- Panico.

Che a livello somatico in entrambi i casi diventa fondamentale fornire alla donna un appoggio psicologico che le chiarisca la reale natura e origine della sua sofferenza.

- 
- Da un punto di vista psicologico la **gravidanza** è un momento cruciale per il **riemergere di conflitti sopiti**.
 - Infatti è come se la vicenda fisica (ormonale) ed emotiva abbattesse le difese e liberasse un'affettività anche lungamente repressa e contenuta.
 - Questo facilita la possibilità di un aggancio psicoterapico.

Assistenza ostetrica

- Sostegno nell'accoglienza della coppia madre-neonato, ascolto, care ostetrico;
- Proposta di un percorso di supporto psicologico : con incontro diretto della psicologa nella stanza della neomamma, con chiamata attiva da parte della donna



Il numero di donne che esprime esplicitamente un disagio affettivo collegato con lo stato di gravidanza oscilla dal 10% al 15% rispetto alla totalità delle gravide assistite.

Affrontare tale disagio in ospedale significa:

- **Agire in tempo;**
- **Impedire il peggioramento;**
- **Impedire la cronicizzazione;**
- **Impedire la psichiatrizzazione della paziente.**

- 
- Per non citare l' ovvio riguardo dovuto ad una donna gravida che non può che soffrire il ricovero o la cura presso le normali strutture psichiatriche.
 - Si tratta inoltre di un' occasione straordinaria di prevenzione se si considera che la risoluzione dei problemi della madre contribuisce a proteggere il nascituro dal riflesso di emozioni materne non elaborate, spesso causa di comportamenti inadeguati-



La sensibilizzazione del personale sanitario permette di individuare le pazienti portatrici di ansietà, fobie, paure immotivate, crisi di panico nella normale attività ambulatoriale, nei corsi di preparazione al parto o durante la degenza in ospedale.

L'invio avviene normalmente attraverso le ostetriche, le infermiere della patologia neonatale, i ginecologi ostetrici.

Non occorre pensare a specifiche patologie psicologiche della gravidanza.. Alla luce di quanto già detto si deve parlare piuttosto di forme di disagio affettivo preesistenti più o meno dichiarate o trattate,

- Che in un certo senso la gravidanza “slatentizza”, fa esplodere.
- Psicosi puerperali,
- Depressioni post- parto o maternity blues
- Non vanno considerate come sindromi specifiche ma come **esiti** di una **fragilità emotiva pregressa**.



Semmai l'individuazione precoce di una predisposizione a tali disturbi permette di trattarli durante la gravidanza o il puerperio o in momenti immediatamente successivi con tempi di cura resi estremamente più rapidi a causa della disponibilità emotiva specifica della gravidanza.



Spesso il turbamento della paziente nasconde il timore che divenire madre possa impedire definitivamente che proprie parti infantili mai accudite ottengano ascolto, e che la maternità solo fisica possa simulare una maternità psichica mai conquistata.



Non sempre tuttavia il disagio psichico riesce a esprimersi attraverso sintomi emotivi manifesti.

Solo una parte delle donne sceglie questa strada.. Spesso il disagio percorre la strada somatica, il conflitto nascosto, l'emozione rimossa si esprime attraverso "agiti" o sintomi fisici.



In tali casi l'origine nascosta del conflitto resta più oscura e *“l'inadeguatezza”* prende una strada corporea certamente più dolorosa ma considerata dalla paziente più accettabile, più degna di considerazione e di accudimento.

Ancora oggi, nel pensiero comune, un corpo sofferente è più tollerato e accudito di una mente sofferente.



Fanno parte di questo gruppo anche le donne che hanno paura del dolore del parto, temono di non saperlo affrontare o quelle che pretendono un parto cesareo programmato senza una motivazione fisica che lo giustifichi.



Contrariamente a una diffusa collusiva pratica medico-ostetrica, è molto meglio, da un punto di vista di prevenzione psicologica, non adeguarsi passivamente a tale richiesta, ma accompagnare la donna fino al parto aiutandola a comprendere l'origine nascosta del suo timore di inadeguatezza. Ciò comporta a volte una risoluzione rapida del sintomo, altre, il ricorso comunque al cesareo, con la possibilità però di una elaborazione successiva, nei mesi seguenti la nascita del bambino, tesa ad affrontare le ansietà diffuse che puntualmente si ripresentano nelle pratiche di accudimento.



Altre frequenti patologie “somatiche” della gravidanza, spesso inspiegabili da un punto di vista medico, hanno in realtà una concomitante spiegazione affettiva.

Mi riferisco alle gravi iperemesi, con rapida e ingente perdita di peso, agli aborti ripetuti(3, 4, 5, anche 9 volte nella mia esperienza), m.e.f. anche ripetute (2 anche 3), parti prematuri con grave pericolo di vita per il neonato, infertilità della coppia apparentemente priva di causa.

- L'esperienza dimostra con l'evidenza dei numeri e con l'efficacia della terapia psicologica, che in tutti questi casi dai più lievi ai più gravi, anche sostenuti da un'ipotesi medica che va comunque curata (ad es. Apa Syndrome), la maternità è oscurata da una conflittualità negata: il progetto creativo, cioè, assolutamente genuino e desiderato, si confronta inconsciamente, in maniera pressoché rimossa, con la paura o la convinzione di un'incapacità congenita, vergognosamente nascosta, la cui origine è antica e dove un senso vago ma profondo di colpevolezza risolve sommariamente la *memoria di cure infantili inadeguate*



- Non mi riferisco ad un atteggiamento apertamente negativo della madre nei confronti del bambino, che non ho mai riscontrato nemmeno nelle donne che affrontano un i.v.g.:

- Una donna gravida non ha la possibilità “biologica” di detestare il suo bambino: le motivazioni addotte infatti riguardano la salvaguardia del proprio sé o la preoccupazione che il bambino possa non incontrare un ambiente sufficientemente accogliente per garantirgli una vita felice. Nell’i.v.g. la motivazione, per quanto dolente, è espressa. Mi riferisco invece all’interferenza, all’interno del processo creativo emotivo e fisiologico della gravidanza, di una zona negata della propria affettività in cui la paziente coltiva, in una solitudine totale, l’angoscia inespressa del sentirsi inadeguata, incapace, non degna. Il desiderio è controbilanciato dalla non stima di sé e la paziente si trova in una zona di stallo insolubile.



- Nei casi più facili, come l'iperemesi, quelli in cui la "somatizzazione" è meno grave, il passaggio dal disagio fisico alla consapevolezza di una difficoltà è molto rapido (si tratta ad esempio di un sintomo molto diffuso fra le donne extracomunitarie, lontane dagli affetti familiari, spesso precarie nell'abitazione e nel lavoro):

la risoluzione del sintomo è per lo più immediata, talvolta invece la paziente ha bisogno di un supporto psicologico più lungo. Più complessi invece i casi che comportano:

- un' impossibilità a concepire,
- la perdita del bambino in aborti ripetuti precoci o in gravidanza avanzata,
- l'incerta sopravvivenza di bambini fortemente prematuri, in cui si devono affrontare, là dove si riesce, massicci meccanismi di difesa (negazione e spostamento) che bloccano l'emergere del sentire e che resistono alla trasformazione della sintomatologia fisica in una comprensione psicologica a causa dell'affiorare di vissuti affettivi molto profondi ed angosciosi che comunque mai, se non a **causa** e in **occasione** della gravidanza mancata o fallimentare, sarebbero approdati ad una consapevolezza e a una terapia psicologica.



Affrontare questi casi in cui una sintomatologia psichica nascosta, silente, si intreccia con la difficoltà organica, con una presa in carico sia medica che psicologica, garantisce un maggior successo alle stesse cure mediche spesso infruttuose a causa di un'impossibile collaborazione con la paziente, spaventata dalle conseguenze psicologiche di un successo, pur desiderato, ma accompagnato da un paventato cambiamento.

Per motivi analoghi è del tutto insufficiente incoraggiare la presenza dei genitori nei reparti dei bambini prematuri se non si offre loro la possibilità di elaborare la grande angoscia che li percorre. Diventa impossibile, soprattutto per la mamma, avvicinarsi in maniera convinta e sincera al proprio bambino, che pure ha un grande bisogno della sua presenza, del suo contatto e del sua fiducia incoraggiante, se non le viene data un' assistenza che le permetta di condividere ed elaborare il suo sentirsi colpevolmente responsabile e profondamente inadeguata.

*Trattare questi profondi disturbi psicologici in ospedale aumenta notevolmente la possibilità di esiti favorevoli anche in situazioni considerate gravi da un punto di vista medico. Molti di questi casi, non approderebbero mai ad un'esplicita richiesta di cura psicologica, condannando queste pazienti a una vita di sofferenza mai chiarita. In questo senso in tutti questi casi viene svolto un lavoro prezioso di cura e di prevenzione in termini psichici sia direttamente sulla **donna**, cui viene data l'occasione di maturare e crescere insieme al suo bambino, che **sulla coppia**, spesso aiutata contestualmente a rinnovarsi, che sul **bambino** cui si evita il contatto con una figura materna spaventata e sofferente.*



Il trattamento di questi casi avviene in un setting tradizionale psicoterapico con sedute di 45 minuti, frequenza e durata variabile a seconda della gravità del disturbo. Le terapie possono durare da pochi mesi ad alcuni anni. Il tutto con un semplice ticket ospedaliero di 4 colloqui di psicoterapia per 36 €.

Infine credo sia importante passare che lo psicologo in ospedale non può limitarsi a occuparsi delle patologie o a parlare di affettività ai pazienti: la sua presenza deve diventare uno strumento di consapevolezza psicologica per tutti gli operatori.

Ciò vale per tutte le specialità della medicina sempre più raffinate da un punto di vista tecnico, ma poco attente nel considerare la relazione affettiva che permea il rapporto istituzione/paziente, medico/paziente, operatore sanitario/paziente. Ma ancor più mi sembra fondamentale in una specialità come l'Ostetricia che si occupa di un evento che va a coincidere col sorgere dell'affettività stessa. Lo sforzo deve essere quello di formare il personale medico, ostetrico e infermieristico con modalità analoga a quella usata per i genitori.

Si tratta infatti di disvelare anche agli operatori sanitari, il senso profondo contenuto in ciò di cui si occupano quotidianamente perché ricordino che gravidanza, parto e allattamento sono funzioni fisiologicamente intrise di significati affettivi decifrabili. Uno strumento utile è la descrizione affettiva della gravidanza, del parto e del puerperio come trasformazione dei bisogni del bambino dall'orbita simbiotica alla conquista dell'autonomia che presiede alla reciprocità adulta sottolineando l'importanza, perché ciò avvenga, di un uso integrato dei codici affettivi materno e paterno: la conoscenza e l'uso di questi stessi codici infatti media anche il rapporto tra fra medico e paziente, fondato sulla stessa imparità e bisogno, e ne garantisce la qualità e adeguatezza.



Ciò permette da un lato che gli operatori, stimolati a comprendere, imparino a ben gestire l'affettività, fatta di bisogni e aspettative , che intercorre fra il paziente e gli operatori sanitari: ciò concorre a ottenere un clima di rispetto e di fiducia che lavora accanto alle operazioni mediche verso un buon esito della cura, dall'altro lato permette, attraverso la comprensione dei risvolti affettivi impliciti negli atti stessi che si compiono, di discutere e comprendere più adeguatamente il significato di determinate prassi:

- 
- esami precoci,
 - amniocentesi,
 - ecografie di vario livello,
 - parti cesarei programmati o no,
 - induzioni, uso dell' anestesia epidurale ecc.....

Evitando che una pratica medica esclusivamente tecnica e colpevolmente miope trascuri o calpesti, ignorandoli, aspetti affettivi impliciti nella gravidanza che vanno invece protetti e conservati a favore della donna, della sua autonomia, della sua capacità e del buon rapporto con il bambino.

*Clinica Ostetrica Ginecologica
Ospedale San Gerardo di Monza
Università degli studi di Milano-Bicocca*

**CLINICA
OSTETRICA E
GINECOLOGICA**

Istituto Scienze Biomediche
S. Gerardo dei Tintori
Monza
Università degli Studi
di Milano



Scena di assistenza al parto
Foto Sovraintendenza Archeologia di Ostia

Ostia Antica
(Epoca Traiana III sec. D.C.)



Grazie per l'attenzione

Dott.ssa Pucci Barbara