

dopo 2-5 settimane dalla interruzione del trattamento (ad eccezione di un caso in cui si è manifestata una leucorrea con reperto microbiologico negativo).

RIASSUNTO

È stata valutata l'efficacia terapeutica di una nuova associazione farmacologica, per uso topico-vaginale, di Nistatin e Nyfuratel. Il prodotto perfettamente tollerato, ha mostrato una attività significativamente elevata nelle vulvovaginiti micotiche batteriche e protozoarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Bertoldi C. F., Onnis A.: *Riv. Ital. Ginec.* 44, 227, 1973. - 2. Candiani G. B.: *La trichomoniasi vaginale*, Ed. Salpietra Firenze, 1953. - 3. Candiani G. B., Bortolozzi G.: *Min. Ginec.* 21, 1259, 1969. - 4. Catterall R. D.: *Lancet* 2, 830, 1966. - 5. Chizzolini G. G.: *Rivista Ost. Ginec. Prat.* 40, 1017, 1958. - 6. Evans B. A., Catterall R. D.: *Brit. Med. Journal* 2, 335, 1970. - 7. Giunchi G.: *Rec. Progr. Med.* 24, 18, 1958. - 8. Kantor H. I., Kambolz J. H., Boulas S. H.: *South Med. J.* 59, 253, 1966. - 9. Lampen J. O., Arnow P.: *Proc. Soc. Ex. Biol.* 101, 792, 1959. - Onnis A.: *Attualità Ost. Gin.*, 12, 293, 1966. - 11. Torack R. M.: *Am. J. Med.* 22, 872, 1957. - 12. Walsh H., Hilderbrant R. J., Prystowski H.: *Am. J. Obst. Gynec.* 101, 991, 1968.

La nostra esperienza con il « Training Autogeno Respiratorio (R.A.T.) » nella preparazione al parto

R. CERUTTI, M. GANGEMI e G. DOLCETTA

Negli ultimi anni si è sempre più rafforzato il convincimento che con le metodiche tradizionali di preparazione al parto, derivanti tutte, con maggiori o minori modifiche, dalla tecnica introdotta dalla Scuola russa (Pavlov, Velvosky, Platanov), in occidente da Lamaze ed adottata inizialmente in Italia, intorno al 1953, da Malcovati, Miraglia e Dellepiane e successivamente da molti altri, non fosse più possibile ottenere miglioramenti ulteriori.

A questo convincimento si è aggiunta l'impressione, derivata spesso dall'osservazione durante il parto di pazienti preparate presso altri centri di psicoprofilassi della regione veneta, che il tipo tradizionale di preparazione al parto stesse scadendo notevolmente di qualità.

Questo fatto può essere imputabile ad un numero piuttosto vario di fattori i più importanti dei quali ci sembrano:

² Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova (Dir. Prof. A. Onnis).

1 - L'aumento notevole del numero di donne frequentanti i corsi che, seppur valido sotto altri piani, ha reso impossibile ai medici preparatori seguire costantemente il parto delle loro allieve;

2 - Al periodo quasi pionieristico in cui si dedicavano a tale metodica quei medici che avevano già in precedenza una preparazione psicologica o che comunque hanno sentito il bisogno di acquisirla ma che sempre avevano interesse particolare per tale campo di attività è subentrato naturalmente e necessariamente il periodo in cui tale pratica è diventata un normale servizio di ogni reparto ostetrico. Il personale pertanto è divenuto non selezionato e, purtroppo, siccome l'impegno richiesto è piuttosto pesante, costituito prevalentemente da medici giovani, talvolta senza particolare interesse per l'argomento.

Lacunosa si è dimostrata spesso la preparazione specifica di questa seconda schiera di preparatori, i quali si limitano a fornire solo informazioni di ordine fisiopatologico, a far eseguire pedissequamente i soliti esercizi fisici senza poter o voler entrare nella problematica psicologica della gestante, senza poter pertanto risolvere gran parte dei motivi che avevano spesso condotta la gravida a frequentare i corsi di preparazione, creando così le premesse per un fallimento della preparazione stessa.

Un notevole interesse ha pertanto destato in noi la comparsa e l'introduzione nella pratica di un nuovo metodo di preparazione elaborata da Piscicelli, psicologo dell'Università Cattolica di Roma (^{1,2}).

Tale metodo, denominato R.A.T. (Training Autogeno Respiratorio), derivato in parte dal training autogeno di Schultz, si prefigge lo scopo di ottenere nella gestante:

- 1 - un rilassamento autogeno;
- 2 - un potenziamento delle facoltà di apprendimento.

Il vantaggio di tale metodo, rispetto alla psicoprofilassi tradizionale è dovuto al fatto che si giunge alla creazione di un riflesso condizionato (contrazione uterina - respiro di sonno) ottenuto per via autogena e che pertanto risulta molto più valido del riflesso ottenibile secondo i principi della scuola russa (contrazione uterina - respiro alitante) che rimane pur sempre ancorato alla volontà del soggetto e perciò assai più labile.

Un ulteriore vantaggio sta nel fatto che, trattandosi in fondo di una terapia di gruppo, non vi sono praticamente limitazioni per quanto riguarda il numero delle partecipanti al corso.

Il modo con il quale la donna raggiunge il rilassamento autogeno esclude inoltre la necessità della presenza del preparatore in sala da parto. Inoltre, il preparatore è obbligato ad usare una tecnica omogenea, non soggettiva e che non può assolutamente applicare in modo approssimativo.

Un ultimo punto a favore di questo metodo è che la tecnica di rilassamento autogeno può essere usata in qualsiasi momento della vita in occasione di stress fisici ed emotivi e quindi non esaurisce la sua attività nell'arco della gestazione. In base a queste considerazioni, all'inizio del 1973 abbiamo deciso di introdurre tale metodo di preparazione al parto nella nostra Clinica. Il gruppo di conversazioni riguardanti la fisiologia della gravidanza e del parto, l'igiene della gra-

vidanza, la psicosi della gravidanza, la puericultura e la psicologia infantile, sono rimaste immutate come pure la preparazione fisica.

Vogliamo qui riferire i risultati ottenuti in 100 soggetti preparati con il training autogeno respiratorio negli ultimi tre mesi di gestazione.

MATERIALE E METODI

Il campione esaminato è costituito da 100 gravide nate e viventi nella regione veneta, dell'età media di 25 anni (deviazione standard $\pm 5,4$) di cui 52 primipare, 34 secondipare, 14 pluripare, di livello socio-economico medio-alto. Sono state escluse dal campione tutte quelle gestanti che avessero partecipato a meno di 10 sedute di preparazione.

I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione psicologica preliminare e classificati in due categorie: emotivamente stabili ed emotivamente instabili.

Il campione è stato controllato e valutato durante il parto, secondo una scala comportamentale elaborata dalla nostra Scuola (^{3,4}) in cui gli elementi presi in considerazione sono i seguenti:

- 1 - Il lamentarsi;
- 2 - L'agitarsi;
- 3 - L'urlare;
- 4 - Il calmarsi o meno tra una contrazione e l'altra;
- 5 - La perdita di controllo (mancata risposta positiva a richieste o suggerimenti esterni).

In questa valutazione vengono tenuti separati i periodi dilatante ed espulsivo. La fase di passaggio dal periodo dilatante a quello espulsivo viene compresa in quest'ultimo.

Nella scala di valutazione ogni singolo elemento, per essere preso in considerazione, deve essersi ripetuto almeno per tre volte; convenzionalmente se ne indica la presenza ed il grado di intensità con un + per la minima e media e con due ++ per la massima.

La valutazione è sempre stata eseguita dal medico che assisteva al parto.

Nel 73% dei casi il medico che ha assistito al parto era lo stesso che aveva eseguito la preparazione.

RISULTATI

La valutazione psicologica preliminare ha permesso di riconoscere che il 26% delle gestanti è emotivamente instabile (e che le restanti sono invece emotivamente stabili).

I risultati ottenuti con il Training Autogeno Respiratorio sono i seguenti:

Comportamenti	Periodo dilatante			Periodo espulsivo		
	++	+	—	++	+	—
1 - Lamentarsi	8	23	69	4	20	76
2 - Agitarsi	4	23	73	6	6	88
3 - Urlare	2	8	90	6	2	92
4 - Non calmarsi nell'intervallo tra una contrazione e l'altra	6			8		
5 - Perdita di controllo	4			6		

Dall'osservazione dei risultati si rileva come nel periodo dilatante ben 90 soggetti hanno mantenuto un comportamento controllato, privo di manifestazioni esterne reattive; di questi ben 73 non si sono agitati e 69 hanno mantenuto un comportamento ideale.

Inoltre, il 90% dei soggetti hanno mantenuto un controllo costante e cosciente reagendo solo al fattore contrazione, mentre solo il 4% ha perso il controllo.

Nel periodo espulsivo si nota un ulteriore miglioramento di molti parametri ad eccezione dei comportamenti negativi esterni in cui si ha un, seppur lieve, peggioramento che si è verificato soprattutto nel passaggio tra periodo dilatante e l'espulsivo, come se la donna non riuscisse ad adattarsi alla nuova situazione (comunque, nel periodo espulsivo il 92% dei soggetti ha mantenuto un comportamento controllato ed ideale nel 76% dei casi).

È indubbio che i risultati ottenuti depongono per una buona efficacia del metodo. Tale validità è ulteriormente comprovata dalle affermazioni dei soggetti preparati che si sono dimostrati particolarmente soddisfatti e dalle osservazioni di tutto il personale della sala da parto che ha potuto assistere questi soggetti in un clima sereno, disteso e di fattiva e piena collaborazione.

La validità del metodo appare evidente inoltre dal confronto con altri campioni di partorienti costituiti ciascuno da 100 gravide comparabili per età, parità e provenienza, così caratterizzati:

- 1 - 100 donne non preparate ma solo osservate durante il parto;
- 2 - 100 donne non preparate ma assistite durante il parto da un personale parzialmente qualificato (studenti del VI anno della facoltà di medicina) secondo i principi e le tecniche del metodo psicoprofilattico;
- 3 - 100 donne preparate e seguite secondo i principi e le tecniche del metodo psicoprofilattico.

I quattro campioni si differenziano per un solo fattore, il livello socio-economico. Esso infatti è medio-basso per il campione di controllo e per il campione soltanto assistito secondo i principi del metodo psicoprofilattico, medio-alto per i campioni di donne preparate ed assistite secondo il metodo psicoprofilattico ed il training autogeno respiratorio.

Dalla comparazione dei risultati ottenuti con le varie metodiche emergono alcuni elementi che devono essere tenuti in considerazione.

Con nessuna metodica, e neppure con il R.A.T., si è riusciti ad eliminare determinati comportamenti collocabili ai limiti estremi negativi nella nostra scala

PERIODO DILATANTE

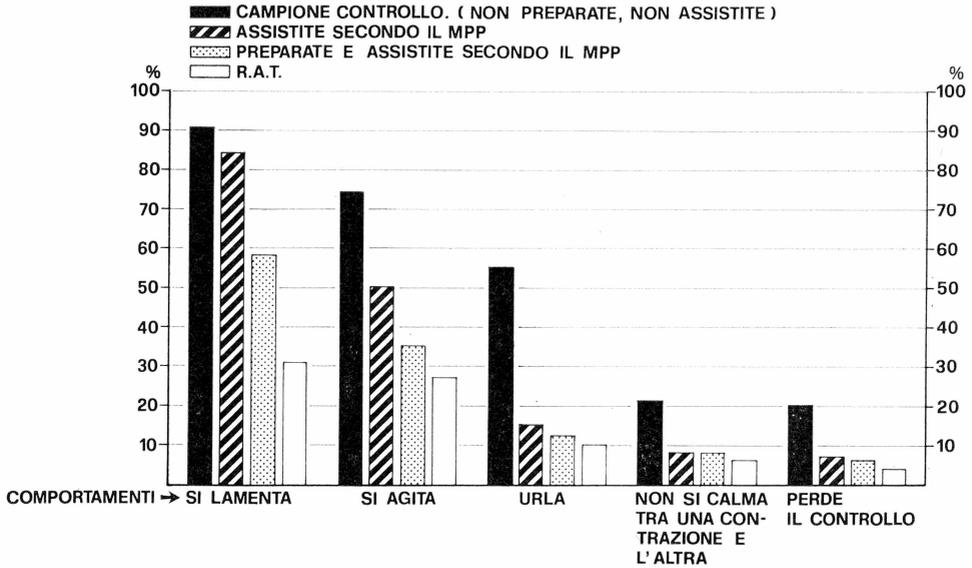


FIG. 1 - Comportamento delle pazienti nel periodo dilatante.

PERIODO ESPULSIVO

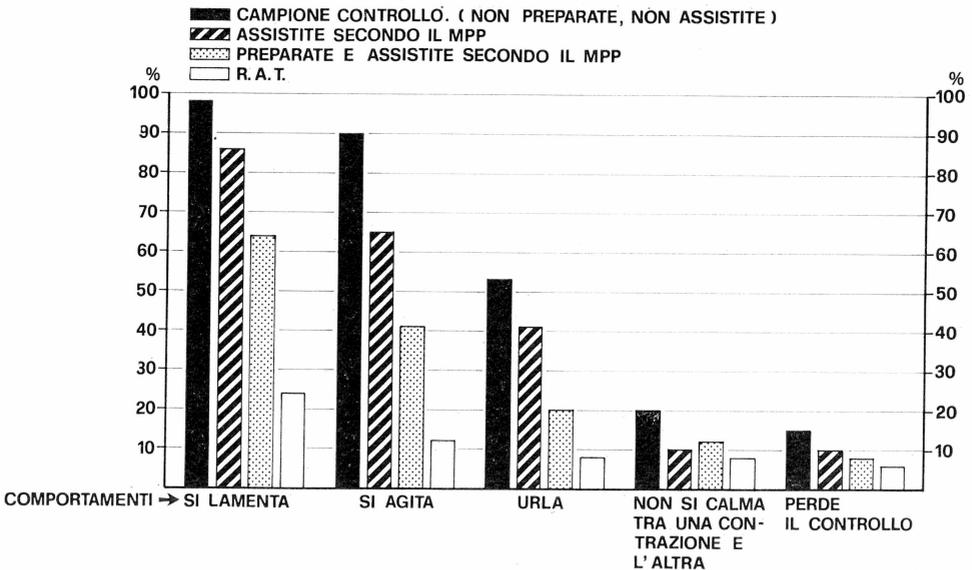


FIG. 2 - Comportamento delle pazienti nel periodo espulsivo.

di valutazione. In alcuni casi con il R.A.T. si è avuto un seppur lieve peggioramento. Va rilevato a questo proposito che tra le donne che frequentano i corsi di preparazione al parto una discreta percentuale lo fa per una problematica emotiva particolarmente accentuata.

I casi infatti di relativo insuccesso si sono sempre verificati tra quelli giudicati, prima del parto, emotivamente instabili.

Se però ricordiamo che l'integrazione maturativa sembra avvenire gradualmente dopo il parto, condizionata dal modo con cui questo è stato vissuto, il fatto che la donna sia riuscita a superare quasi da sola tale momento particolarmente significativo, potrà evidenziare i vantaggi del metodo in epoche successive.

Nella valutazione dei risultati dobbiamo sempre tenere in considerazione la personalità del soggetto ed inoltre che anche un risultato parzialmente soddisfacente sul piano comportamentale in soggetti emotivamente instabili è chiaramente migliore di un risultato ottimo ottenuto in soggetti emotivamente stabili.

Va osservato inoltre che con il R.A.T. non viene validamente controllato il momento di passaggio tra il periodo dilatante ed il periodo espulsivo.

Questo può dipendere da una lacuna del nostro tipo di preparazione ma potrebbe essere una, anche se piccola, deficienza del metodo.

CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti e dalla comparazione di essi con quelli di un campione di controllo, di un campione di donne non preparate ma assistite secondo il metodo psicoprofilattico, un campione di donne preparate ed assistite secondo il metodo psicoprofilattico, appare evidente la notevole validità del metodo ed il notevole vantaggio che esso offre rispetto alle metodiche psicoprofilattiche tradizionali. Tali risultati, l'accoglienza favorevole con cui è stato accettato dalle gestanti e dal personale di sala parto e l'interesse destato, ci hanno indotto ad applicare di routine il training autogeno respiratorio nella preparazione al parto nella nostra Clinica.

L'unica limitazione alla sua diffusione, che auspichiamo e di cui ci siamo fatti portavoci in riunioni e congressi a livello regionale, ci sembra legata a problemi organizzativi. Infatti, non è possibile, come per le metodiche tradizionali, inserire altri soggetti in gruppi già precedentemente formati e che abbiano raggiunto un certo livello di preparazione. Inoltre l'assenza anche ad una sola seduta di preparazione può turbare la progressività dell'apprendimento ed inficiarne i vantaggi.

Questo aggrava il problema del personale medico preparatore, problema particolarmente sentito in quei centri che seguono un numero non elevato di gestanti.

RIASSUNTO

Vengono valutati i risultati ottenuti durante il parto in 100 donne della Regione Veneta preparate con il Training Autogeno Respiratorio.

Tali risultati confrontati con quelli ottenuti in altri campioni comparabili preparati e seguiti con altre tecniche, depongono per la validità della metodica che offre risultati particolarmente apprezzabili.

BIBLIOGRAFIA

1. Piscicelli V.: *Atti Congresso Inter. sull'attività nervose superiori* - Milano, 1968.
- 2. Piscicelli V.: *Atti III Congresso SIPPO* - Milano, 1970. - Cerutti R., Bruni R.: *Attual. Ost. Gin.*: 11, 713; 1965. - 4. Cerutti R., Bruni R.: *Attual. Ost. Gin.*: 11, 937; 1965.

L'ipertricosi e l'irsutismo nella donna Diagnostica differenziale ovaro surrenalica

A. ROS, G. DOLCETTA e M. BOUCHÈ

L'ipertricosi è da molti ritenuta avere una notevole componente ereditaria ed a tutt'oggi il problema non è completamente risolto. Si vogliono chiamare in causa, a spiegazione di essa, varie componenti:

1. Una ipersensibilità genetica del bulbo pilifero allo stimolo o all'utilizzazione del testosterone, per esempio dovuto ad una esasperata iperattività locale della 5-alfa-reduttasi che facilita la trasformazione del testosterone in diidrotestosterone.
2. Una maggiore presenza di androgeni circolanti attivi, sia frutto della produzione delle gonadi più surreni, sia della conversione periferica degli steroidi precursori in testosterone. Tale situazione può essere presente anche per una semplice diminuzione delle proteine circolanti che veicolano tale ormone.
3. In ultimo, una particolare iperattività vuoi tonica vuoi a poussée sia dell'ovaio che della surrenale sollecitati dai tassi, che nel soggetto normale sarebbero fisiologici, rispettivamente del LH e dell'ACTH.

Molti autori hanno riferito come nelle famiglie delle donne ipertricosiche di solito i soggetti maschili sono irsuti, senza che siano con questo affetti da iperandrogenismo.

Suggestiva è l'osservazione, piuttosto comune che l'ipertricosi compare alla pubertà o nei primi anni che la seguono, o all'inizio della menopausa, situazioni cliniche in un certo senso sovrapponibili per i rapidi innalzamenti dei tassi delle gonadotropine. L'ipertricosi di solito progredisce fino ad un certo grado oltre il quale non si estende.

Assai di rado è dato di vedere che l'ipertricosi si instaura ex-novo in età matura o che in ogni caso progredisca in modo assai rapido.

Spesso donne affette da ipertricosi hanno una fertilità ed un ciclo mestruale normale, più spesso nella nostra esperienza abbiamo notato cicli mestruali anovulatori e sterilità.

Ancor più di frequente nelle donne affette da irsutismo, cioè da una iper-