

Importanza delle crisi maturative della donna sulla gestazione

R. CERUTTI, P. GRELLA e A. ROS

È noto come ogni donna debba superare, durante la sua vita, un certo numero di crisi che comportano profonde modificazioni endocrine, somatiche e psicologiche (¹).

Tali crisi, che sono momenti chiave della vita di ogni individuo, portano a squilibri acuti che, in condizioni favorevoli, danno luogo a processi maturativi verso nuovi compiti e funzioni.

Questi momenti di crisi, che nella donna sono identificabili con la pubertà, la gravidanza e la menopausa, hanno inoltre certe caratteristiche peculiari. La prima è che i fenomeni di sviluppo e di maturazione che esse comportano rappresentano un punto da cui non si può più tornare indietro (una volta adolescente non si può più ritornare ad essere bambina, una volta madre non si può più essere indipendente ed autonoma, una volta in menopausa non si possono più avere gravidanze), la seconda è che ogni momento evolutivo ha influenze, sia positive che negative, sulle tappe successive.

Questa ultima caratteristica ci è sembrata particolarmente interessante ed importante, specialmente nello studio della donna gravida, per i seguenti motivi:

1. L'influenza che una problematica psicologica non risolta può avere sul decorso della gravidanza e del parto (²);
2. L'integrazione maturativa sembra avvenire gradualmente dopo il parto, spesso fortemente condizionata dal modo con cui questo è stato vissuto;
3. Stati di tensione e di ansia specifici della gravidanza che restano non risolti al momento del parto, introducono elementi di disturbo all'inizio del rapporto madre-figlio a cui il neonato reagisce in senso negativo creando così ulteriori elementi di disturbo.

In base a tali considerazioni ci siamo domandati se fosse possibile, attraverso i dati ottenibili con una normale anamnesi ostetrica, integrata da pochi elementi supplementari, valutare il modo con cui sono state superate alcune tappe del processo maturativo della donna gravida onde poter impostare correttamente una assistenza al parto, adeguata anche sul piano psicologico.

A tale scopo abbiamo considerato come tappe fondamentali dell'evoluzione psicofisica femminile:

- a) il superamento della prima mestruazione ed il suo eventuale rapporto con l'infanzia;
- b) la vita sessuale;
- c) il decorso della gravidanza.

Sono state esaminate, mediante un questionario approntato allo scopo, 170 gravide nel decorso del IX mese di gravidanza e precisamente:

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

1. 100 primipare di condizione socio-economica media-inferiore, dell'età media di 25 anni;
2. 50 primipare di condizione socio-economica media-superiore, dell'età media di 27 anni, frequentanti il corso di preparazione al parto;
3. 20 pluripare di condizione socio-economica media-inferiore, dell'età media di 28 anni.

Sono stati presi in considerazione i seguenti fattori:

- a) Infanzia: è stato ricercato in particolare il modo in cui la donna ricorda l'infanzia, la qualità della sua socializzazione, i suoi rapporti con i genitori e particolarmente con la madre, ponendo attenzione alla presenza di una identificazione con la madre o di un rifiuto della figura materna;
- b) prime mestruazioni: presenza e qualità della sintomatologia dolorosa, numero ed epoca di comparsa di disturbi organici e psichici legati alle mestruazioni, modificazioni che il dolore, quando presente, ha subito con l'avanzare dell'età e con l'inizio della vita sessuale;
- c) attività sessuale: inizio e qualità di essa (frigidità, dispareunia, modificazioni in gravidanza);
- d) posizione della donna nei riguardi della gravidanza attuale;
- e) tipo e caratteristiche dei disturbi organici e psicosomatici durante la gravidanza.

Abbiamo ritenuto che la gravidanza sia vissuta in modo negativo quando sono particolarmente accentuati alcuni disturbi a netto carattere psicosomatico o quando tali disturbi sono in numero superiore a tre. Per i disturbi a carattere organico, quando sono in numero superiore a quattro.

RISULTATI

1° gruppo: 100 primipare di condizione socio-economica media-inferiore.

L'infanzia ed il menarca sono stati superati in modo soddisfacente in 70 soggetti, in modo insoddisfacente in 30 soggetti.

La vita sessuale è stata soddisfacente in 67 casi, insoddisfacente in 33 casi.

La gravidanza bene sopportata in 63 casi, male sopportata in 37 casi.

Più dettagliatamente si può osservare che dei 30 soggetti che hanno vissuto in modo insoddisfacente l'infanzia ed il menarca, 25 hanno avuto una vita sessuale insoddisfacente e 23 hanno male sopportato la gravidanza.

Una analoga concordanza si può osservare in ben 61 soggetti in cui tutte le tappe evolutive sono state superate in modo ottimale.

In 6 soggetti i disturbi legati alle mestruazioni sono scomparsi con l'inizio dell'attività sessuale. In 2 casi la gravidanza è stata vissuta in modo ottimale nonostante una infanzia ed un menarca negativi ed una vita sessuale insoddisfacente.

La figura materna è stata rifiutata in 5 casi in cui tutte le tappe evolutive sono state insoddisfacenti ed in 2 casi in cui l'infanzia ed il menarca erano stati male vissuti, la vita sessuale era soddisfacente ma la gravidanza era male tollerata.

2° gruppo: 50 primipare di condizione socio-economica media-superiore.

L'infanzia ed il menarca sono stati superati in modo soddisfacente in 36 casi, insoddisfacente in 14 casi.

La vita sessuale è stata soddisfacente in 38 casi, insoddisfacente in 12.

La gravidanza è ben sopportata in 41 casi, male sopportata in 9.

Piú dettagliatamente si può osservare che in 36 casi tutte le tappe evolutive sono state superate in maniera ottimale.

Dei 14 soggetti che hanno male superato l'infanzia ed il menarca, 12 hanno avuto una vita sessuale insoddisfacente e 9 male sopportano la gravidanza.

In 2 casi i disturbi legati alla mestruazione sono scomparsi con l'inizio di una attività sessuale soddisfacente.

In 3 casi infanzia, menarca, vita sessuale insoddisfacenti e ottima sopportazione della gravidanza.

Il rifiuto della figura materna è presente in 6 casi in cui tutte le tappe evolutive sono state male superate.

3° gruppo: 20 pluripare di condizione socio-economica medio-inferiore.

L'infanzia ed il menarca sono stati superati in modo soddisfacente in 15 casi, in modo insoddisfacente in 5 casi.

La vita sessuale è stata soddisfacente in 18 casi, insoddisfacente in 2 casi.

La gravidanza è bene sopportata in 14 casi, male sopportata in 6 casi.

Piú dettagliatamente: 12 casi; infanzia e menarca normali, ottime le gravidanze precedenti con parti eutocici, buoni i rapporti sessuali, bene sopportata la gravidanza attuale.

2 casi; precedenti parti distocici, vita sessuale soddisfacente, bene sopportata la gravidanza attuale.

4 casi; precedenti parti distocici, ottima vita sessuale, male sopportata la gravidanza attuale.

2 casi; infanzia, menarca e vita sessuale insoddisfacente, buoni i parti precedenti, male tollerata la gravidanza attuale.

CONCLUSIONI

Una prima osservazione riguarda la netta differenza che esiste globalmente tra le donne di differenti condizioni socio-economiche. Se prendiamo in considerazione il gruppo di condizione socio-economica media inferiore, vediamo che si tratta prevalentemente di soggetti ai quali, per le quotidiane preoccupazioni di carattere eminentemente pratico e per il superamento di condizioni economiche impellenti, determinate situazioni, come ad esempio i rapporti sessuali, non possono imporsi come problemi veri e propri ma vengono vissuti o spesso subiti, senza particolari preoccupazioni con immediatezza, semplicità o noncuranza.

L'infanzia di queste donne è caratterizzata da calma e relativa serenità, appena turbata da una timidezza e da una irrequietezza che definiremmo fisiologica. Parole come sfiducia ed amarezza ricorrono solo in alcuni casi e sono sempre motivate da cause gravi sia psicologiche che di ordine pratico.

Per questa loro infanzia, trascorsa in modo tradizionale, si identificano in gran parte con la madre (93 casi) senza particolari considerazioni di cambiamento di tempi e di mentalità.

Per quanto riguarda la mestruazione esse vengono informate dalle amiche, seppure male, ne ricevono per lo piú una forte emozione, ma il superamento della crisi avviene di solito abbastanza facilmente, forse perché impegnate nel superamento di problemi di carattere pratico.

Per quanto riguarda la vita sessuale essa viene accettata con spontaneità o

con noncuranza, senza particolari riserve, indipendentemente dalla gratificazione che può o meno conseguire.

I disturbi legati alla gravidanza sono precipuamente a carico della sfera organica e solo in minima parte sono di tipo psicosomatico.

Considerando le donne appartenenti al gruppo di condizione socio-economica medio-superiore si nota come le risposte sono condizionate dalla complessità psicologica dei soggetti. La sensibilità più affinata, la cultura più vasta, la maggiore sofisticazione, l'abitudine alla ricerca delle cause, la ridotta presenza di problemi pratici pressanti ed il maggior tempo a disposizione portano queste donne a presentare una problematica maggiore. I disturbi presenti in gravidanza sono prevalentemente di tipo psicosomatico. La identificazione con la madre è minore, l'infanzia è spesso caratterizzata da sfiducia, delusione, avvillimento, depressione.

La vita sessuale o è goduta appieno o rappresenta una continua spina irritativa ed è condizionata sempre dalla ricerca continua di un ruolo adeguato della donna nella società e nella famiglia.

Nonostante queste differenze generali le reazioni comportamentali e di maturazione non variano però sostanzialmente tra i due gruppi considerati.

Se prendiamo globalmente in considerazione le tappe dell'evoluzione psicofisica femminile, vediamo come esista indubbiamente, pur con le dovute eccezioni, una evidente influenza tra di esse. È molto probabile che il mancato ottimale superamento di una tappa evolutiva possa portare a disturbi della crisi di maturazione della o delle tappe successive.

È pertanto compito dell'ostetrico avvertito individuare quegli elementi che gli possano far sospettare una alterazione maturativa, consentendogli così di impostare correttamente la sua assistenza.

In tal modo il suo intervento potrà interessare un campo ben più vasto di quello strettamente legato alla gravidanza ed al parto e sarà in grado così di svolgere una vera e propria azione di igiene mentale favorendo quei processi maturativi che iniziano in gravidanza, si organizzano con il parto ma che si concludono e si completano in epoche successive, spesso con l'istaurarsi di nuove gravidanze.

RIASSUNTO

Allo scopo di comprovare il concetto che ogni crisi maturativa femminile possa avere influenza, sia positiva che negativa, sulle tappe evolutive successive sono state studiate in 170 gravide i rapporti tra i seguenti momenti dell'evoluzione psicofisica della donna:

- a) il superamento della prima mestruazione ed il suo eventuale rapporto con l'infanzia;
- b) la vita sessuale;
- c) il decorso della gravidanza.

Dall'analisi dei risultati ottenuti sembra di poter affermare che esiste una stretta interdipendenza tra questi momenti evolutivi. Tale conoscenza può rivelarsi utile nell'impostare una adatta assistenza, particolarmente durante il decorso della gravidanza e del parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Bibring G. L., Dwyer T. F., Huntington D. S., Valenstein A. F.: *The Psychoanalytic study of the child* 16, 9, 1961. - 2. Cerutti R., Bruni R.: *Riv. It. Ginec.* 54, 1-13, 1970.