

PAURA - DOLORE - TENSIONE NELLA DONNA D'OGGI DAL PARTO AL PUERPERIO

M.G. de Simone, A. Calugi, E. Piccione

In questi ultimi anni si è sviluppato enormemente il concetto di "Parto indolore". Le Scuole che si chiedono, e quindi sviluppano una certa critica, in quale certo modo far nascere i bambini, si sono occupate in primo luogo del problema del dolore.

Il dolore, lungi da essere un inevitabile elemento del travaglio, è in gran parte legato, dipendente, derivante dai condizionamenti subiti dalla donna e da coloro che l'assistono.

Le convinzioni culturali sono tutte incentrate sul famoso "tu donna partorirai con dolore", che non fa altro che creare un'aspettativa nociva alla fisiologicità dell'evento.

Elementi questi confermati anche dalle ricerche di Margaret Mead sulle società cosiddette primitive. Si nota, infatti, che laddove il parto viene considerato un evento sporco o un tabù esso si svolge in modo difficoltoso. Al contrario è del tutto naturale dove esso è accettato, e diremmo oggi documentato, nella sua fisiologicità.

Oggi l'essere diventati colti ha fatto sì che si è più dogmatiche nel dichiarare il parto una prova dolorosa e piena di pericoli.

La paura e la perversione del dolore ha generato una naturale tensione protettiva del corpo, tensione non solo

limitata alla mente, ma che estende il meccanismo dell'azione protettiva del corpo a tutta una tensione muscolare.

La tensione naturale prodotta dalla paura influenza quei muscoli addetti prima alla dilatazione, in cui è presente un dolore definito somatico che è sordo, diffuso in profondità, ben riferito alle aree di proiezione sovrapubiche, lombo-sacrale, del perineo, delle anche e delle cosce, poi quegli stessi muscoli durante l'espulsione del bambino dall'utero, ed ostacola la naturale fase espulsiva del parto.

Paura, dolore e tensione costituiscono i tre modi non normali, non naturali ma presenti nella nostra "civiltà" e nella "civiltà" di coloro che si sono nei tempi occupati dell'assistenza al parto. Se paura, dolore e tensione camminano insieme, per eliminare il dolore è necessario alleviare la tensione e superare la paura.

Una delle paure che si può ritenere all'apice della donna moderna è la paura di perdere il proprio autocontrollo.

Oggi esiste l'abitudine a trovare sempre soluzioni già stabilite, prestabilite, a responsabilizzare "l'altro", a non fronteggiare, a non affrontare, e questo porta a considerare la soglia del dolore nella donna di oggi.

La neurofisiologia del dolore parte dall'unità psicofisica dell'uomo che ha alla base il concetto di "schema corporeo".

CONCETTO DI SCHEMA CORPOREO

Questo è l'integrazione conscia o inconscia di sensazioni - percezioni - concezioni - sentimenti - ricordi - immagini del corpo dalla sua superficie alla sua profondità. Il dolore nasce da una matrice comune, vissuto sempre con un quoziente affettivo, anche se qualitativamente e quantitativamente variabile, confermando così lo stretto ingranarsi reciproco del vissuto somatico e psichico, assumendo i caratteri di una "sensazione vitale".

Il binomio mente-corpo è intimamente collegato da influenze reciproche.

L'esperienza dolore sarà prima vissuta come un tutt'uno con la coscienza-sfondo del corpo nella sua totalità. Ci troviamo ad un punto in cui lo stimolo è ancora sprovvisto di qualsiasi intenzionalità, non essendo considerato da un punto di vista riflessivo. Poi il dolore diviene fatto esistito come forma che si stacca come particolare, che si mette in rilievo e passa in primo piano rispetto alla figura sfondo costituito dalla totalità del corpo.

E qui si parla di percezione del dolore. Percepire è dirigere sulla propria coscienza presente una coscienza riflessiva. Grazie alla coscienza riflessiva avviene la percezione ed il dolore diverrà un oggetto-dolore che sarà, quindi, percepito come oggetto-affettivo.

Lo stimolo non sarà più privo d'intenzionalità. L'intenzionalità nasce dal quoziente affettivo che accompagna la

percezione e che lo dirige verso il dolore per soffrirlo, accettarlo, respingerlo, valorizzarlo, fuggirlo. Il dolore non è conosciuto ma sofferto.

La percezione del dolore e la reazione dipende da esperienze della vita passata conscia ed inconscia. La donna, da sempre, è stata avvisata che soffrirà molto, ragion per cui, rifacendosi a Pavlov ed alla sua teoria dei riflessi condizionati, secondo cui le cose piacevoli possono diventare fonte di angoscia se associate ad eventi spiacevoli, e qui tutti i racconti sempre poco sereni dei parti delle conoscenti, etc., si nota come la paura non è scatenata solo dalla realtà ma molto più dalla fantasia.

Le nuove sensazioni, che sorgono dentro di lei, le arrivano dal suo utero, sensazioni mai provate. La donna le interpreta solo come dolore, quindi, scatta il meccanismo di difesa, la reazione istintiva al pericolo: la paura... la fuga.

Paura - contrazione - dolore sono tre volti di un unico processo di difesa, ma che altera il femminile itinerario fisiologico del parto prima e del puerperio poi.

Parte integrante di questo itinerario fisiologico è il quadro ormonale. Si sa che in gestazione gli estrogeni ed il progesterone possono esercitare un'azione rispettivamente di tipo antidepressivo (attività sul sistema serotoninergico, dopaminergico ed oppioidergico) ed ansiolitico (progesterone) con effetto sui recettori di tipo A-GABAergici.

Il prevalente effetto ansiolitico progesterone - mediato induce la gestante a non compiere movimenti bruschi o azioni potenzialmente pericolose per il prodotto del concepimento, quindi, con un'azione di protezione della specie dal punto di vista filogenetico.

Tra l'altro si è avuto modo di osservare come questo pacchetto ormonale, che per le funzioni appena descritte influenzerebbe in bene anche la soglia dolorifica del travaglio da parto, viene comunque alterato dal condizionamento ambientale in cui la donna si trova, ambiente che riguarda anche la stessa sala parto.

Alessandra, secondipara, racconta il disturbo provato nel suo travaglio da parto, quando nel corso della sua concentrazione per rilassare al meglio i suoi muscoli e favorire così la contrazione uterina, il vociare ma soprattutto l'essere "acquasantiera" per tutti gli operatori presenti, ha prodotto una disconcentrazione alterando la sua soglia dolorifica; idem Maria, primipara, sostiene che l'assenza di una sorta di "privacy" le ha procurato un'enorme fatica nel cercare comunque di concentrarsi su se stessa, estraniandosi, per ottimizzare le sue risorse.

Riflettiamo, quindi, su come il rapporto diretto e di fiducia con l'equipe prescelta può essere quasi un anestetico.

Con l'espulsione della placenta si assiste ad una brusca diminuzione dei livelli di estrogeni e progesterone ed è proprio qui che troviamo la chiave di lettura dal punto di vista biochimico dello sviluppo di sintomi di tipo ansioso-melanconico.

Cosa si vede e si osserva nella donna divenuta puerpera?

Assistiamo ad un momento in cui il controllo è sospeso, dove la paura è seguita dal primo bacio, dal primo abbraccio, ma che insidiosa persiste e che sotto altra sembianza fa ancora vivere il ricordo del dolore.

È un periodo in cui si richiede un lungo decondizionamento per recuperare la percezione del proprio corpo, delle proprie sensazioni, per riuscire ancora

una volta a rilassarsi che è imparare ad aprirsi, ad avanzare secondo il proprio ritmo e le proprie possibilità. Si potrà così, aprendosi, armonizzandosi con il proprio corpo, evitare che il negativo bagaglio culturale generale del travaglio da parto persista come ricordo che influenza lo stato d'animo della mamma.

Ricordiamo ancora che non a caso il dolore da parto è intimamente connesso alla nascita di un nuovo essere e soprattutto alla *rinascita* della donna che così può diventare madre. Per questo il dolore da parto è un dolore di gioia, un dolore che genera, riabilita, purifica, che lievita, moltiplica... fa crescere.

Ed è in questa crescita che va considerata la funzione ipofisaria con la sua vitale produzione di prolattina, del cortisolo che aumenta la pressione arteriosa ed è l'alimentatore dello stress, ed ancora come in concomitanza abbiamo anche l'attività del surrene che producendo DHEA aumenta il senso di benessere, il senso di energia e, facendo da riequilibratore neurovegetativo, attiva un meccanismo d'adattamento.

Possiamo, così, notare come la macchina ormonale ha una sorta d'intervento mirato, protettivo e non minaccioso come è impropriamente inteso dalla società.

La puerpera ha di per sé un adeguato status per affrontare il nuovo ritmo di vita, caratterizzato certamente da molteplici cambiamenti importanti, ma se conosciuti bene, non demolitivi per il suo benessere.

Dico conosciuti bene, perché come per il parto anche nel puerperio la risposta è legata prevalentemente alla cultura e non alla condizione neuro-ormonale.

Allattare il proprio figlio non deve essere uguale ad una dolorosa fatica, ma il modo più sano e profondo di comunicare, di continuare quella dualità che solo madre e figlio conoscono.

E allora il dolore al seno?

Chiediamoci, ad esempio, dove avverte il dolore, toccando il punto dolente; vediamo se la parte è calda al tatto e di conseguenza interveniamo. Potrebbe essere legato ad un'ostruzione dei dotti per un cambiamento di ritmo: si può riscaldare il seno con l'acqua calda ed il massaggio, si verifica il posizionamento del bambino, la madre deve assumere la posizione corretta e comoda, cercando di mantenere il bimbo contro il suo ventre e perfettamente in linea ed avere così i muscoli sostenuti.

Ed ancora i capezzoli dolenti e peggio il dolore da ragadi?

Un trauma al capezzolo causa dolore e, quindi, bisogna necessariamente capire e verificare cosa irrita i capezzoli, trovare la causa del trauma: errato posizionamento ed attaccamento, capezzoli lasciati umidi, il bambino che addormentandosi al seno assume poi una posizione sbagliata.

La tensione muscolare, presente spesso quando si ha in braccio il proprio figlio, crea il dolore delle spalle e delle scapole e anche in questo caso bisogna intervenire sulla postura, sui mo-

vimenti frettolosi e prevalentemente sulla tensione.

E come la si mette di fronte alla dispareunia ed i dolori perianali?

Chiariamoci; questi risultano essere atteggiamenti di difesa che il corpo assume, trasformando in dolore ogni sensazione genitale, e fissandone l'attenzione sulla parte interessata e sicuramente stressata; e che favorisce la somatizzazione prolungandone la guarigione.

A conclusione di questo excursus, il dolore è una percezione la cui componente essenziale è la carica *affettiva* ed è a questo che si deve la differenza di forza con cui il dolore si presenta alla valutazione cosciente.

Il dolore per la componente emotiva e per le reazioni provocate attraverso gli organi, non è più un semplice effetto di un meccanismo nervoso di informazione ma va considerato come un *modo psichico* di avvertire e reagire. Riflettiamo sulla percezione del dolore e, ricordando come esso dipenda da esperienze passate, dai vari condizionamenti, dalla personalità del soggetto, dall'equilibrio emotivo, diremo di non aprire una semplice finestra per capire meglio ed intervenire adeguatamente, ma concedeteci di andare un po' più in là... e di aprire un magnifico terrazzo vista mare!