

IL TAGLIO CESAREO A RICHIESTA E GLI “STILI MATERNI”

A.L. Tranquilli, A. Archibugi

La medicalizzazione della gravidanza e del parto è uno dei problemi ostetrici più discussi ultimamente, ed una delle maggiori preoccupazioni in tutto il mondo sembra essere la numerosità dei tagli cesarei (TC).

Alla riemergente visione naturalistica si è contrapposta una medicina perinatale molto aggressiva supportata dal successo nella gestione delle grandi patologie materne (ipertensione, preeclampsia, HELLP syndrome, diabete) e fetali (prematùrità – da parto prematuro, PROM, o iatrogena – e ritardo di accrescimento intrauterino). In questa visione, la quantizzazione dei cesarei non è certo il migliore indicatore assistenziale poiché le indicazioni “relative” all’intervento sono in continua evoluzione e, a torto o a ragione, sempre più numerose.

Negli ultimi anni una nuova indicazione si è andata ad aggiungere a quelle già in discussione: la richiesta materna.

Sulle motivazioni di tale scelta si tornerà più ampiamente in seguito, ma indiscutibilmente il cesareo “a richiesta” riconosce un *background* nel consolidamento del concetto della autonomia decisionale del paziente e nel diritto – positivo o negativo – di esercitare tale autonomia nella determina-

zione delle cure cui si deve sottoporre. Con una interpretazione piuttosto ampia di una nostra legge regionale (1, 2) il taglio cesareo elettivo su richiesta materna è stato introdotto sistematicamente nella nostra pratica clinica dal 1996.

La legge regionale sui diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato, nella stesura del 1992 (1), sanciva di *favorire modalità di parto fisiologiche*, ma (Legge 23, Art. 3,1d) *garantendo la partecipazione attiva della donna, oltre che per la scelta del tipo di parto da effettuare, a tutte le fasi del travaglio e del parto, evitando l'imposizione di tempi e modalità non adeguate alle sue esigenze ed il ricorso a forme analgesiche non richieste o ad interventi intempestivi, non indispensabili per il benessere della donna o del nascituro.*

Nella revisione 1998 (2), più sinteticamente, la Regione demanda alle Aziende ospedaliere (Legge 22, Art. 3, 1 b c) il *favorire modalità di parto fisiologico; e il garantire la partecipazione consapevole e attiva della donna alla scelta del parto da effettuare.*

Dopo una prima osservazione del fenomeno (3), abbiamo voluto indagare l’andamento nella richiesta e le motivazioni di questa speciale indicazione, nei primi anni di più ampia applicazione.

Il riscontro ottenuto da questa prima

indagine semplicemente quantitativa, è stato effettivamente quello di un aumento della esecuzione di tagli cesarei eseguiti sulla base della richiesta materna (4); con un'analisi successiva del problema sotto diversi profili, in particolare quello *etico, giuridico, clinico e gestionale* (5).

L'obiettivo principale di questo documento è quello di esaminare più in dettaglio il profilo *psico-sociale* da cui trae origine la richiesta materna di taglio cesareo.

Il punto cruciale dell'indagine rimane comunque la conoscenza e l'interpretazione del "vero" background della richiesta, in un contesto in cui l'eventualità sta ritornando un elemento centrale della società occidentale e la riduzione del numero dei parti, la natalità zero, il saldo biologico negativo sono diventati interesse della collettività, così come la modificazione della tipologia familiare, spesso monoparentale. L'interesse è palese, e traspare apertamente nelle intromissioni che i media compiono quotidianamente con servizi giornalistici, realizzazioni di programmi di *fiction*, o più semplicemente attraverso la pubblicità. La nascita viene proposta come evento di vitale importanza, ma "patinato", filtrato ai fini mediatici e depurato dall'esperienza "vera" di impegno (*graveo*) e talvolta di sofferenza che a questo si accompagna. La nascita non è più vista come un processo di formazione di un individuo che si genera nella donna e la modifica dal suo intimo, ma come il frutto finito e perfetto che dà solamente gioie. Si assiste quindi ad un processo collettivo di negazione degli aspetti completi dell'esperienza-nascita che includono i rischi e la fatalità che accompagnano qualsiasi evento naturale. Il parto è la porzione più delicata di questo transito

e la soluzione chirurgica, veloce, apparentemente senza nessun rischio, sembra essere il *deus ex-machina*, la panacea della "medicina dei desideri" che giunge a concludere felicemente quell'esperienza della maternità, che invece, proprio in quel momento, si dischiude.

È proprio cercando di analizzare l'impatto della gravidanza sulla personalità femminile che diventa possibile tracciare il profilo psicologico nel quale si inserisce la richiesta della madre di effettuare il taglio cesareo.

Durante la gravidanza, infatti, la donna raggiunge una maggiore e articolata individuazione di sé che la porta ad affrontare una serie di compiti adattativi e trasformativi che vengono attivati dai cambiamenti sia sul piano somatico che sul piano psichico.

La Pines individua quattro stadi mettendo in luce la stretta relazione tra fantasie della donna ed eventi somatici relativi alle diverse fasi della gravidanza.

Durante il *primo stadio*, che va dal concepimento alla percezione dei movimenti fetali, si verifica una polarizzazione su di sé accompagnata da uno stato di "regressione" e da una accresciuta "passività". Il *secondo stadio* della gravidanza va dalla percezione dei movimenti fetali fino alle ultime fasi della gravidanza. Il feto in questo periodo è percepito in modo progressivamente differenziato e viene riconosciuto come un'entità a sé, suscitando nella donna ansia di perdita.

Il *terzo stadio* comprende gli ultimi momenti prima del parto, sono presenti in questo periodo ansie riguardanti l'integrità del bambino, il travaglio, il parto.

Nei giorni che precedono il parto sono presenti ansia di morte, come se la nascita di una persona comportasse, per

lo meno a livello fantasmatico, la perdita di un'altra.

Il *quarto stadio* è caratterizzato dal confronto con il bambino reale e, con l'esperienza del parto, la donna si misura con il proprio senso di inadeguatezza. Da quel momento il nuovo compito che la donna si trova ad affrontare è la creazione di un rapporto con il bambino reale (6).

Da queste considerazioni emerge che, nel percorso evolutivo della gravidanza, uno dei compiti maggiori che la donna si trova ad affrontare è la costruzione di una nuova immagine di sé come madre e di sé con il bambino.

I risultati di ricerche sulle relazioni precoci madre-bambino hanno messo in luce la presenza di diversi stili materni che influenzano non solo le fantasie, le rappresentazioni, le convinzioni e le aspettative in gravidanza ma anche la stessa relazione precoce madre-bambino.

Dagli studi clinici della psicoanalista inglese Raphael Leff (1983) emergono due orientamenti materni: la madre "*facilitante*" e la madre "*regolatrice*". L'autrice sottolinea che questi due stili possono essere considerati come "poli estremi" degli stili materni e che raramente si delineano in modo così "puro"; spesso, infatti, si assiste alla presenza di entrambi gli orientamenti sebbene i tratti fondamentali di tali stili si presentino con carattere di stabilità fin dall'inizio della gravidanza e permangano fino alla nascita del bambino.

La madre "*facilitante*" considera la maternità come un'esperienza conclusiva della sua identità femminile, si sente arricchita dall'esperienza che sta vivendo e si abbandona alla regressione che le permette di vivere la fantasia di unione con la madre dell'infanzia.

Con la percezione dei movimenti fetali

prende corpo la differenziazione, il bambino diventa un compagno immaginario simile a quello dell'infanzia, la donna dialoga con il bambino, gli attribuisce un sesso, un nome e caratteristiche personali; a questo punto, la sua identità di madre inizia a differenziarsi dalla propria madre, con la comparsa di conflitti riguardanti la dipendenza, l'invidia, la rabbia verso la fertilità materna.

L'elaborazione e la risoluzione di questi conflitti portano la donna a mostrare con orgoglio la gravidanza, consentendole di accettare i cambiamenti e di prepararsi al parto ed alla nascita del bambino, con l'idea di allattarlo e di curarlo il più a lungo possibile (7).

Secondo Ammaniti la madre "*facilitante*" può essere portata ad idealizzare la maternità ed il bambino ricorrendo a difese di negazione della propria imperfezione e di quella del bambino (8).

La madre "*regolatrice*" considera la gravidanza come un passaggio obbligato per avere un bambino e prova fastidio per le trasformazioni corporee, resiste alla disorganizzazione psicologica rinforzando le proprie difese psichiche e le proprie razionalizzazioni: il suo segreto desiderio è di non farsi influenzare dalla gravidanza e dal futuro bambino.

Cerca inconsciamente di evitare la regressione come anche l'esperienza mentale della fusione con il feto, che viene spesso sentito come un parassita o un intruso che la assorbe e la vuole tenere lontana dai suoi impegni lavorativi.

Nelle donne che presentano questo stile materno i movimenti fetali sono avvertiti come una presenza estranea, le fantasie sul feto sono limitate, e la madre aspetta con impazienza che la gravidanza si concluda, manifesta an-

sie genetiche e preoccupazioni circa il parto, tutte condizioni che possono essere messe in relazione con un'insufficiente elaborazione delle proprie ambivalenze.

Il parto stesso è vissuto come un'esperienza minacciosa e spesso viene programmato con tecniche di induzione.

Nella madre "*regolatrice*" la gravidanza sembrerebbe riattivare antichi conflitti e ferite legati all'invidia per le tenerezze che le sono state negate ed ora rivolte al bambino come anche i sentimenti di avidità diretti verso la propria madre (8).

La madre "*facilitante*" sperimenta la gravidanza come la piena conclusione della propria identità femminile e considera il figlio in termini intimi e si affida a quanto il bambino le comunica. Vive la paura come una reazione fisiologica e incrementa la capacità reattiva e l'attenzione e ha una risposta emozionale alla tensione del dolore del parto. Può guardare in faccia la paura ed individuandola la dissolve. La madre "*regolatrice*", al contrario, attribuisce alla gravidanza un significato diverso e cerca di resistere alla transitoria disorganizzazione della sua condizione accentuando il sistema difensivo e amplificando il suo funzionamento razionale per lo più continuando il suo lavoro fino alla fine della gravidanza. Il paradigma materno è quello di essere potenzialmente controllante e di mantenere a distanza l'esperienza. Con il progredire della gravidanza la donna è spesso tormentata dalle angosce relative al feto ed è preoccupata per il parto.

Questo tipo di madre ha paura di perdere il controllo di sé, ha paura della propria emozionalità, paura di scoprirsi ed è presente in lei la paura della inadeguatezza e debolezza e la pau-

ra di morire e di perdersi. È più portata a reprimere la paura che si trasforma in ansia o la subisce passivamente e allora si trasforma in afflizione; se poi trova persone che trovano la distanza e la controllano attraverso strumenti tecnici può essere più portata a richiedere un taglio cesareo e a scivolare nella posizione di vittima e di impotenza. Provando un senso di abbandono e di solitudine, la donna vive come non giustificabile il dolore e aumenta, quindi, la richiesta di analgesia e di taglio cesareo (9).

Sulla base delle seguenti considerazioni è chiaro come l'accettazione attiva del lavoro sia un lavoro di apprendimento che necessita di attenzione, tempo e strumenti adeguati, tutti elementi mancanti tra le donne che fanno richiesta di taglio cesareo nelle quali è possibile riscontrare scarsa autostima, esperienze traumatiche di vissuti precedenti, un rapporto difficile con il dolore, una svalutazione del processo creativo della nascita, la tendenza alla passività, uno scarso grado di contatto con sé e una carica emozionale data da problemi irrisolti.

Un elemento fondamentale nell'influenzare l'esito dell'evento nascita diventa, quindi, il tipo di relazione che si riesce ad instaurare con la donna durante il percorso nascita; un tipo di relazione ottimale è quella che rende la donna stessa capace di interagire in sintonia con il proprio essere, con le scelte assistenziali e terapeutiche (scelta informata). La relazione che permette di ascoltare gli stati d'animo, che si occupa della persona nella sua interezza, che affronta le paure dandole la possibilità di verbalizzarle in quanto tali, diviene uno strumento essenziale di prevenzione sia nella gravidanza che nel travaglio e nel puer-

perio all'interno della quale è possibile creare uno stato di fiduciosa comprensione avviando una buona alleanza terapeutica.

È importante a questo punto definire con precisione i singoli ruoli delle figure deputate all'assistenza della gestante, quali quella del ginecologo e dell'ostetrica.

Da parte sua, il ginecologo a cui è stata fatta richiesta di effettuare un taglio cesareo alla fine della gravidanza, deve instaurare con la paziente una relazione terapeutica positiva e deve avvalersi di una buona capacità di comunicazione che gli permetta di ritrovarsi a proprio agio nel discutere i temi riguardanti la sfera emotiva e psicologica della donna di cui si sta occupando. È fondamentale che accompagni la donna nel suo viaggio attraverso la gravidanza e il parto aiutandola ad adattarsi al suo nuovo ruolo di madre, invitandola alla partecipazione attiva e incoraggiandola verso una visione globale del percorso della nascita restituendole il potere e l'abilità di viverlo.

Per quanto riguarda l'ostetrica, questa può rendere abile la donna allo sviluppo delle competenze necessarie a crescere il proprio bambino e ad affermarsi come donna e come madre.

In un servizio maternità ogni gravida dovrebbe, quindi, poter disporre oltre che del ginecologo di riferimento, an-

che di una ostetrica come figura costante che cerchi di conoscerla, di lavorare assieme a lei e che sia di sostegno e guida durante i mesi della gravidanza accompagnandola fino al parto (10).

Anche in circostanze non perfette, esistono comunque delle buone opportunità per guidare le donne nel corso della gravidanza facendo tesoro dei momenti che mettono a contatto la donna con il personale medico e ostetrico.

È chiaro, dunque, come la gravidanza rappresenti per la donna un percorso di apprendimento che diventa ancora più nitido nella attesa del primo figlio, situazione in cui si riscontra una maggiore apertura e disponibilità da parte di quest'ultima; è per questo che il modello della continuità assistenziale, basato sulla costituzione di una piccola équipe che accompagni la donna in modo globale durante la gravidanza, il parto e il puerperio utilizzando strumenti comuni, diventa uno strumento essenziale di prevenzione nei confronti della richiesta di taglio cesareo.

In tale ottica, quindi, considerato come le richieste materne poggino su un complesso contesto sociale, seppure il supporto psicosomatico e il continuum assistenziale possano ben interagire con le singole scelte, soltanto una ripresa di coscienza della pubblica opinione potrà modificare l'atteggiamento che si sta sempre più evidenziando.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LEGGE REGIONALE N. 23 2/6/1992: *Diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato*. Boll. Uff. Reg. Marche 1992; 32 (51): 2155-9.
- 2) LEGGE REGIONALE N. 22 27/7/1998: *Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino ospedalizzato*. Boll. Uff. Reg. Marche 1998; 66 del 4.8.98.
- 3) TRANQUILLI A.L., GARZETTI G.G.: *A new ethical and clinical dilemma: "cesarean section on maternal request"*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 177: 245-6.
- 4) TRANQUILLI A.L.: *Cesarean section on maternal request*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2001; 184: s 184.
- 5) TRANQUILLI A.L., ROMANINI C.: *Il taglio cesareo su richiesta materna: basi psicologico-sociali*. Atti SIGO 2000: 658-661.
- 6) PINES D.: *Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality*. British Journal of Medical Psychology 1972: 45.
- 7) RAPHAEL-LEFF J.: *Facilitators and regulators: two approaches mothering*. British Journal of Medical Psychology 1983: 56.
- 8) AMMANITI M.: *Narrazioni materne in gravidanza e stile d'attaccamento infantile*. In: Ammaniti M., Stern D.N. 1991.
- 9) AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R.: *Maternità e gravidanza*. Raffaello Cortina Editore 1995.
- 10) ROBERTSON A.: *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*. McGraw Hill 1998.