

# EVIDENZE DI CORRELAZIONE FRA STRESS PSICOSOCIALE E IPERCONTRATTILITÀ UTERINA

**Facchinetti F.\*, Ottolini F.°, Fazio M.\***

*\* Dipartimento Materno Infantile, U.O. Ginecologia ed Ostetricia  
Università di Modena e Reggio Emilia*

*° Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna*

Il parto pretermine (PP) costituisce ancora oggi una patologia della gravidanza di estremo rilievo e uno dei maggiori problemi sanitari, essendo gravato da un'elevata morbilità e mortalità neonatale, e da importanti sequele patologiche a distanza. Gli studi epidemiologici hanno evidenziato vari fattori di rischio biologico quali fattori locali, complicanze ostetriche remote o complicanze della gravidanza in corso, ma circa il 50% dei parti prematuri si verifica in assenza di tali condizioni predisponenti (1).

La ricerca epidemiologica ha incentrato l'attenzione su gli aspetti socioeconomici e comportamentali che con maggior frequenza si associano al PP; tra questi la nulliparità, un'età < 20 anni o > 35, la razza nera che appare più colpita rispetto alla caucasica, una bassa statura e basso peso corporeo, un basso livello culturale, gravidanze ripetute e ravvicinate. Un "pregiudizio" che appare evidente dai numerosi studi svolti sul PP, è quello di considerare sempre tale evento come un'unica patologia: sarebbe invece importante distinguere l'insorgenza spontanea di un PP (dovuta a rottura prematura di membrane e/o a travaglio pretermine) dall'espletamento di un parto pretermine provocato per far

fronte a patologie materne o fetali; in quest'ultimo caso è chiaro che non si possono chiamare in causa gli stessi fattori di rischio di un parto prematuro spontaneo.

È ormai assodato che la presenza di eventi stressanti, quali lo scarso stato nutrizionale, l'attività lavorativa stressante ed un basso livello socioeconomico, associato spesso anche ad episodi di violenza domestica, è significativamente associato allo scatenamento del travaglio, e quindi al parto pretermine (2, 3). Inoltre abitudini quali il fumo di sigaretta, l'abuso di alcool e droghe come la cocaina sembrano favorire l'interruzione pretermine della gravidanza (4).

Cercando di indagare più approfonditamente riguardo agli effetti dello stress cronico sullo scatenamento del travaglio prima della 37<sup>a</sup> settimana, bisogna focalizzare l'attenzione sul concetto di "carico allostatico". Il carico allostatico, come definito da McEwen (5) in un modello sperimentale su animali, descrive la capacità del corpo a raggiungere la stabilità attraverso i cambiamenti, in modo tale che l'asse ipotalamo-ipofisario, il sistema nervoso autonomo, il sistema cardiovascolare, metabolico e immune

proteggano il corpo adattandosi e rispondendo agli stimoli stressanti interni ed esterni. Il prezzo di questo meccanismo per mantenere l'omeostasi è chiamato "carico allostatico". La esposizione ripetuta agli stress potrebbe incrementare il carico allostatico portando ad un certo punto all'incapacità di far fronte ai cambiamenti. Contrariamente a quanto avviene per tutti i sistemi endocrini, la ipersecrezione di corticoliberina ipotalamica CRH e cortisolo materno piuttosto che inibire rappresenta uno stimolo per il CRH di origine placentare, creando così un circolo vizioso: questo è uno dei fattori responsabili dell'attiva secrezione di prostaglandine e quindi di tutti i meccanismi che alla fine inducono ipercontrattilità e modificazioni cervicali. L'attivazione del CRH placentare e ipotalamico potrebbe in questo modo mediare la segnalazione dello stress nelle diverse presentazioni cliniche del parto pretermine (6). Durante la gravidanza le donne devono affrontare molti ed importanti cambiamenti sia fisici che psicologici: lo stato d'animo di una donna durante la gestazione spesso oscilla fra la gioia e l'esserne addirittura infastidita (7). Di conseguenza da molti anni vengono condotti studi per elucidare eventuali correlazioni fra affettività, psicopatologia e parto pretermine. In accordo con queste interessanti premesse, abbiamo voluto indagare riguardo ai correlati psicosomatici del parto pretermine, avvalendoci di tre questionari psicometrici di autovalutazione somministrati a donne ricoverate presso il Reparto di Ostetricia del Policlinico di Modena con diagnosi di minaccia di parto pretermine, e a donne con gravidanza fisiologica comparate per epoca gestazionale e parità, che frequentavano il corso di preparazione al parto presso lo stesso Policlinico. Scopo dello studio era individuare quanto i diversi fattori di rischio socioeconomici per il parto pretermine nonchè lo stato di benessere e di distress psicologico incidessero effettivamente sulla nostra popolazione in esame, rispetto ai controlli. Nello studio, di tipo prospettico caso-controllo, sono state arruolate donne con diagnosi di "mi-

naccia di parto pretermine" secondo i seguenti criteri:

- *età gestazionale* compresa tra le 25 e le 37 settimane;
- *presenza di contrazioni uterine regolari* (> 8 in 40 min. della durata di 30 sec.);
- *modificazione e/o dilatazione della cervice uterina*;
- *mancata risposta all'idratazione*.

Non sono state incluse donne con minaccia di parto pretermine ma portatrici di infezioni accertate vaginali o amniocoriali, gravidanza gemellare, rottura prematura delle membrane, fibromatosi uterina, beanza cervicale, malattie sistemiche o malformazioni fetali, e che non avessero un'ottima comprensione della lingua italiana.

Oltre a schede informative per la raccolta dei dati socioculturali sono stati somministrati tre tipi di questionari:

- 1) *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire* (8): questionario self-report costituito da sette scale che misurano rispettivamente sette dimensioni psicosociali della gravidanza (accettazione della gravidanza, identificazione del ruolo materno, relazione con la madre, relazione con il marito, preparazione all'evento travaglio, paura del dolore e della perdita di controllo nel travaglio, preoccupazione per il benessere proprio e del bambino);
- 2) *Symptom Rating Test* (SRT) (9): questionario sintomatologico che valuta il "distress" psicologico (definito come stato di sofferenza psicologica, temporaneo o modificabile nel tempo) i cui 30 items rientrano nelle seguenti 4 sottoscale: ansia, depressione, somatizzazione, inadeguatezza;
- 3) *Scala del benessere psicologico* (PWB) (10): costituita da 84 items compresi in sei scale corrispondenti alle seguenti dimensioni del benessere psicologico (autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita, autoaccettazione). Durante il ricovero le donne sono state tutte sottoposte a controlli cardio-

tocografici quotidiani, ad ecografia ostetrica atta a valutare la lunghezza del canale cervicale ed il funneling, a terapia tocolitica e ad eventuale induzione della maturità polmonare fetale.

Per quanto riguarda l'adattamento psicosociale, le pazienti con ipercontrattilità evidenziano una non adeguata "relazione con il marito", che misura il supporto e la comunicazione nell'ambito della relazione con il proprio compagno, una ridotta "accettazione della gravidanza" che misura i sentimenti di gioia e di contentezza per la gravidanza nonché la tolleranza e la capacità di adattamento ai cambiamenti e ai disagi causati dalla gravidanza, e la "preoccupazione per il proprio benessere e per quello del nascituro".

Dal punto di vista del benessere psicologico i casi risultano avere minor "controllo ambientale" (scala che valuta la capacità del soggetto di controllare e gestire attivamente l'ambiente in cui vive e la capacità di cambiarlo e ricostruirlo creativamente), e ridotte "relazioni positive con gli altri" (scala con cui si valuta la qualità delle relazioni interpersonali, la capacità di empatia, di affetto e di intimità, l'apertura nei confronti degli altri). Infine il questionario dei sintomi (9) ha evidenziato un più alto punteggio e quindi un maggior contenuto di "ansia" e di "inadeguatezza" (scala che valuta sintomi quali il senso di inferiorità, le difficoltà di concentrazione,

la perdita di memoria) nelle pazienti rispetto ai controlli.

Il sintomo dell'ipercontrattilità quindi è correlato ad una maggiore condizione di distress psicologico (ansia ed inadeguatezza) e per contro anche ad una condizione di minore benessere psicologico: resta da stabilire se queste dimensioni siano soltanto correlate alla condizione "patologica" che la donna sta vivendo, o se piuttosto ne siano una concausa. Se infatti è comprensibile la discrepanza di punteggio tra i due gruppi ad esempio nella scala del "controllo ambientale", più arduo risulta giustificare questa discrepanza nella scala delle "relazioni positive con gli altri" o ancor più nella "relazione con il marito". Volendo infine soffermarsi sul questionario di Lederman (8) che, al contrario dei due precedenti, riguarda specificamente le dimensioni psicosociali della gravidanza, appare evidente come alcune situazioni di conflitto, sia relazionali che nei confronti della stessa gravidanza, siano da considerarsi insite nella personalità delle donne intervistate.

Pertanto il sintomo ipercontrattilità è notevolmente embricato con i tratti del benessere e del disagio psicologico. Certamente questi dati dimostrano che tale sintomo è maggiormente presente laddove sussistano condizioni sfavorevoli quali un insufficiente supporto familiare, una ridotta accettazione della gravidanza ed una scarsa crescita personale.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BERKOWITZ J.L., BLACKMORE-PRINCE C., LAPINSKY R.H., SAVITZ D.A.: *Risk factors for preterm birth subtypes*. *Epidemiol.* 1998; 9: 279-285.
- 2) PEACOCK J.L., BLOND J.M., ANDERSON H.R.: *Preterm delivery: effects of socio-economic factors, psychological stress, smoking, alcohol and caffeine*. *Br. Med. J.* 1995; 311: 531-535.
- 3) PARKER J.D., SCHOENDORF K.C., KIELY J.L.: *Associations between measures of socio-economic status and low birth weight, small for gestational age and premature delivery in the United States*. *Ann. Epidemiol.* 1994; 4: 271-278.
- 4) KRAMER M.S., GOULET L., LYNDON J. et al.: *Socio-economic disparities in pre-term birth: causal pathways and mechanisms*. *Pediat. Perinat. Epidemiol.* 2001; 15 (Suppl. 2): 104-123.

- 5) MCEWEN B.S.: *Protective and damaging effects of stress mediators: allostasis and allostatic load*. New England Journal of Medicine 1998; 338: 171-179.
- 6) LANGLOIS D., LI J.Y., SALZ J.M.: *Development and function of the human fetal adrenal cortex*. J. Pediatr. Endocrinol. Metab. 2002 Dec; 15 Suppl. 5: 1311-22.
- 7) LEDERMAN R.P.: *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
- 8) LEDERMAN R.P.: *Psychosocial adaptation in pregnancy*. Second Edition. Springer Publishing Company, 1996.
- 9) FAVA G.A., KELLNER R., PERINI G.I., BERNARDI M. et al.: *Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ)*. Can. J. Psychiatry. 1983 Mar; 28 (2): 117-23.
- 10) RYFF C.D., SINGER B.: *Psychological well-being: meaning, measurement and implications for psychotherapy research*. Psychother. Psychosom. 1996; 65 (1): 14-23.