

La visita di ostetricia psicosomatica: luogo dell'ascolto

Cristina Maggioni

tratto e ampliato da *Trattato di ostetricia e ginecologia psicosomatica* di S. Mimoun e C. Maggioni, Franco Angeli Editore, Milano 2003

La visita di ostetricia si svolge in un ambito completamente diverso da quello delle altre visite mediche. In primo luogo non c'è, o non c'è subito, una patologia e ancor meno una patologia acuta che richieda un intervento immediato. Il ruolo del medico è quello di consentire che si compia una vita nuova, di porre i limiti affinché tutto avvenga nelle migliori condizioni; in termini medici si potrebbe dire "nella norma". Un medico "controllore" quindi, a cui chiedere di fare il punto, il check-in, di convalidare una gravidanza che andrebbe comunque avanti anche senza di lui.

Al medico, una volta che ha controllato la pressione, gli esami delle urine, l'altezza del fondo dell'utero o l'apertura del collo dell'utero, il battito del cuore del feto e il peso della madre, non resta altro da fare che sparire dietro alla prescrizione di nuovi esami o lanciarsi nelle terapie se qualcosa non va bene.

Parlare di psicosomatica significa abbandonare questa posizione per interrogarsi sul soggetto, per far entrare il soggetto e dargli la parola.

1. Diade madre-bambino

Ecco dunque la specificità della visita di ostetricia: c'è la madre che si fa visitare, ma c'è anche subito un altro che è il feto e che esiste anche se non è ancora presente.

Il primo rischio è quello di occuparsi di uno dei due a scapito dell'altro, della madre invece che del bambino o del bambino al posto della madre. Ci sono medici che si limitano ad assicurarsi che il feto cresca, che non soffra e che il suo "contenitore" gli fornisca zucchero, vitamine e proteine e gli offra un buon flusso di sangue che garantisca una buona perfusione placentare per la sua crescita; alla madre non resta allora altro da fare che sparire dietro alla lista della dieta da seguire o delle attività che deve fare o non fare. A proposito del suo medico una paziente diceva: "Non mi ha neanche chiesto se stavo bene!".

Si può dimenticare la madre ma si può anche trascurare il bambino. Nel corso della formazione medica viene chiamato "il corpo mobile", si impara a misurare il feto secondo degli standard di normalità e ci si rimette alla decisione dei genitori se non si presenta secondo "la norma": "Volete tenerlo o abortire?", "Volete che nasca con il cesareo o con la peridurale?".

La sua esistenza, soggetta alla volontà dei genitori, non avrebbe alcun interesse in sé. Ed ecco che le domande delle madri si ripresentano andando controcorrente: "Ma per il bambino, per *lui*, cosa è meglio? Non vorrei che soffrisse!"; "Se sono nervosa io, può fargli male?"; "Ma sentirà i miei sentimenti?"; "Sarà felice?".

Il confine madre-bambino è incerto. Tra madre e bambino, corpo della madre e corpo del bambino, uno e al tempo stesso due, che il medico separa con un colpo netto di bisturi o con un gesto calmo, che ne è di questa relazione che oscilla continuamente tra la fusione e il distacco? Molte domande delle madri ci rimandano a questo punto centrale dell'ostetricia, a questa diade madre-bambino, a questa unità che esiste in quanto tale solo sulla stessa tavola nei libri.

Così, se ci sono moltissime domande da parte delle madri per assicurarsi che il bambino esista, che ci sia davvero, è perché dimenticano la sua esistenza o esitano oppure a volte vorrebbero addirittura dimenticarlo...: "Senta dottore, ma è sicuro che ci sia ancora?"

2. Il processo della generazione di figli

Più avanti nella gravidanza, quando la sua esistenza diventa sempre più presente, a volte ci sono ancora dei dubbi: "Se non si muove da questa mattina...", oppure si cominciano a dare delle interpretazioni della sua presenza: "Mi fa compagnia", "Sento che si muove" oppure "Non smette di farsi sentire ma mi dà dei calci che non mi fa dormire". L'altro prende forma lentamente, si forma dapprima come idea fantasma e in quanto tale soggetta a ogni tipo di interpretazione immaginaria e simbolica, e poi sempre più come presenza, peso del reale.

Oggi i medici hanno sicuramente i mezzi per accelerare questo processo di realizzazione della maternità; in passato bisognava che il bambino si muovesse perché la madre lo percepisse mentre adesso è l'ecografia che lo rende presente agli occhi dei genitori ancor prima che realizzino di essere genitori, così come il sesso viene a identificare il bambino prima della sua nascita. Oggi si chiede ai genitori di procedere più velocemente della fisiologia, di precedere ciò che sta avvenendo nel corpo o meglio di prendere coscienza più in fretta di questo processo.

Ma non abbiamo dati sufficienti per sapere se questa identificazione precoce del bambino facilita o ritarda il processo di separazione della diade madre-bambino e quello di attaccamento poi.

3. Il processo di nascere madre

Per parlare della visita di ostetricia bisogna prima di tutto sapere che si tratta di un processo e che genitori, medici, ostetriche sono spettatori attenti e vigili di un processo che si svolgerebbe in ogni caso e di cui la madre sarebbe l'unica beneficiaria. Ma in che momento la madre parteciperà a questo processo? Per alcune sarà al momento del concepimento, per altre sarà solo molto tempo dopo la nascita del bambino; per tutte ci vuole tempo. Tempo per nascere madre. La visita di ostetricia diventa allora un ambito in cui questo processo trova un fondamento, un luogo di verifica non solo della crescita del bambino o dell'adattamento dell'organismo materno ma anche dell'esistenza stessa di questa crescita della madre nella donna.

Sembra allora importante che l'acquisizione della maternità sia considerata un cammino sia dal medico che dalla donna; ci possono essere dei rimpianti, dei dubbi, delle incertezze, dei momenti di gioia o di sofferenza senza che ciò modifichi o comprometta il processo stesso della maternità. Le nuove ricerche tendono infatti a dimostrare che l'ambivalenza di fronte al nascituro (almeno nei primi mesi di gravidanza) è una condizione di sviluppo positiva mentre le dichiarazioni perentorie del tipo "lo voglio" o "non lo voglio" sarebbero affermazioni del mondo cosciente e della volontà della donna, senza che vi sia consapevolezza che ogni desiderio di gravidanza nasconde delle contraddizioni, delle esitazioni, delle ambivalenze. Il rifiuto di assumere le proprie ambivalenze sarebbe più pericoloso che ammetterle nella coscienza. Le posizioni a rischio sarebbero piuttosto quelle di ambivalenza della madre di fronte alla propria madre piuttosto che rispetto al nascituro.

Una visita di ostetricia che volesse tener conto di questo processo dovrebbe considerare la nascita della madre un risultato e non un fatto acquisito fin dal giorno in cui il test di gravidanza risulta positivo. In questa prospettiva non si dovrebbero sbattere in faccia ai genitori l'ecografia che svela il sesso del bambino o la sua esistenza ancor prima di aver chiesto ai genitori se desiderino saperlo, vederlo, ecc. Tranne in casi di forza maggiore, non ci si può neanche permettere di fare commenti sul bambino (all'ecografia: 'é un ciccione, é già una monella, una gran seduttrice, una testarda, ecc) che saranno capiti e interpretati in funzione della preparazione della madre, del suo stato psicologico, di ciò che sente, ecc.

4. I protagonisti

Il padre

A parte la madre, altre persone partecipano a questo processo: in primo luogo il padre che a volte è presente fisicamente e talvolta è addirittura lui che parla al posto della donna, che chiede, controlla, riferisce i sintomi, tiene il conto delle date, degli esami e degli appuntamenti; altre volte invece non si vede mai e non viene neanche menzionato dalla donna. Ma che sia visibile o invisibile, è del suo bambino che ci occupiamo.

In ogni modo bisogna rendersi conto che il padre biologico non è sempre il padre del bambino nell'inconscio materno, nel senso che la madre può attribuire il bambino a un altro uomo, a suo padre, a suo nonno o persino a sua madre. Ricerche recenti dimostrano che l'attribuzione simbolica del bambino da parte della madre viene fatta ancor prima del suo concepimento.

Numerose ricerche hanno studiato il comportamento del padre; anche per il padre è vero che gli ci vuole tempo per diventare, per nascere padre e può prendere tempo senza esservi costretto dalla fisiologia; in generale gli occorre più tempo che alla donna ed è per questo motivo che si dice che il padre nasce padre molto tempo dopo la nascita del bambino. Purtroppo non ci si occupa mai di lui; non ci sono corsi di preparazione al parto per i padri e la loro presenza è al massimo un 'accanto a'; ma cosa significa accanto? Molti uomini hanno chiesto aiuto: la loro stessa presenza in sala parto meriterebbe di essere preparata. C'è uno specifico per il padre? Non è qui il luogo di questa discussione, ma rinviamo agli studi (vedi capitoli successivi) che mostrano che un divorzio in corso di gravidanza rappresenta un rischio per il feto di iposviluppo superiore a qualunque altro fattore di rischio noto. Forse il ruolo del padre in gravidanza andrebbe ripensato, non più come accompagnatore e spettatore materno (con il rischio di voyeurismo per esempio in sala parto o di identificazione alla donna) ma, per esempio come garanzia alla regressione materna, come sicurezza alla crisi di identità materna, come stabilità di fronte a un corpo, quello materno fetale, che cambia e si divide; garante, ma per esserlo ha anch'egli bisogno di un referente simbolico, un padre simbolico, da qualche parte...

I nonni

Per la madre come per il padre, diventare genitori significa confrontarsi con i propri genitori. Così alla visita ostetrica, sono, figurativamente presenti anche i nonni, la famiglia, perché fare un bambino significa entrare in una discendenza, inserirsi in una genealogia e in una trasmissione ereditaria, significa entrare nella storia e il medico sarà confrontato a tutto un mondo: "Mia madre mi ha detto che...", "Mia madre mi ha detto che credeva di morire", ecc. Tutta la famiglia è presente anche senza che la figlia ne parli.

In primo luogo c'è la madre: per la donna diventare madre significa confrontarsi con la propria madre.

Groddeck (*Libro dell'Es*) diceva che bisogna avere una madre per fare un figlio, altrimenti si è sterili. Evidentemente parlava di una figura materna più che di una madre fisicamente presente, ma per la donna un riferimento materno è fondamentale per consentirle di diventare madre, di restare incinta o perché la sua gravidanza e il parto vadano bene. In qualche caso limite può succedere di dover eseguire un cesareo perché, di fronte alle testimonianze di morte legate al parto che sua madre le ha trasmesso, la donna non può permettersi di vivere un parto normale. Ogniquale volta gli incontri che si sono svolti durante la gravidanza non siano riusciti a far superare alla donna questo tipo di angoscia, ci sembra preferibile scegliere la chirurgia. Infatti in questi casi non è stata riscontrata nessuna difficoltà nel legame madre-bambino mentre invece nei casi in cui la donna è stata forzata a partorire normalmente è il bambino, considerato un pericolo e una minaccia, che ha fatto le spese del conflitto di sua madre.

Portare un figlio in grembo significa portarlo nel mondo e il primo mondo di cui tener conto è

quello familiare. Ci sono le aspettative, le speranze, le critiche: sarà incapace, sarà forte, non doveva arrivare adesso, è arrivato troppo tardi, troppo presto...?

Fratelli e sorelle

Ci sono anche i suoi fratelli, le sue sorelle, un fratello maggiore di cui ci si occupa troppo trascurando la nuova gravidanza o di cui si è scontenti e si spera che vada meglio questa volta, oppure un figlio morto che si cerca di sostituire: il bambino prende posto in una "rete di significanti che gli preesistono" (Bydlowski). "Mia nonna dice che non merito un figlio", "Mia madre dice che posso fare solo figli cattivi". Ma ci sono anche i desideri che non vengono esplicitati, che non vengono verbalizzati come ha ben dimostrato l'analisi delle date e dei nomi: alcune donne restano incinte proprio nel momento in cui era prevista la data del parto di un altro figlio morto o avevano avuto un aborto; oppure danno alla luce il proprio figlio nel giorno in cui avevano avuto un lutto.

Nella visita di ostetricia il medico deve essere consapevole di avere a che fare con delle generazioni del passato, del presente e del futuro. Soltanto se prende coscienza di questo può realmente cominciare a lavorare con un orientamento psicosomatico.

Ci sono rimasta

Nell'inconscio, rimanere incinta è qualcosa in cui ci si trova coinvolti e da cui non si esce; nell'inconscio la gravidanza, anche se è voluta, resta una trappola, un privilegio o un'illusione a cui bisogna assoggettarsi per mettere al mondo. Non bisogna certo intenderla come un assoggettamento passivo o cieco ma come qualcosa che ha dell'assoggettamento dell'artista alla sua ispirazione. E' evidente che nelle culture in cui la maternità è tenuta in grande considerazione sia più semplice accettarla, mentre in altre situazioni, per esempio di fronte alle difficoltà economiche o alla fatica che la maternità implica, la tendenza sarà piuttosto quella di ribellarsi anche se inconsciamente, anche di fronte a una gravidanza desiderata consapevolmente: "Ma io voglio continuare a fare la mia vita", "Ma lei dottore non mi dirà che questa gravidanza mi cambierà la vita". Eppure, dal momento che la fisiologia cambia, la donna è obbligata ad arrendersi all'evidenza: disturbi del sonno, vomito, visite per affaticamento, la gravidanza richiede un adattamento fisico straordinario che non può avvenire senza cambiamenti psichici notevoli. Se si pensa che i cambiamenti ci sono già alla fine del primo trimestre non ci si stupisce che le donne lamentino tanti disturbi proprio nel corso del primo trimestre.

A questo proposito è interessante notare che le donne che rifiutano la loro gravidanza sono quelle a rischio di complicazioni, ma in una ricerca recente tra le donne ricoverate per minaccia di parto prematuro, quelle che hanno un livello di coping molto alto, che hanno bisogno di controllare la loro situazione corrono maggiori rischi di parto prematuro di quelle che regrediscono più facilmente.

L'ambivalenza

L'esitazione di fronte al progetto di un figlio, l'ambivalenza di ogni progetto sembra oggi un fattore di prognosi favorevole perché la relazione madre-bambino possa stabilirsi su delle buone basi.

Tutte le ricerche sulle gravidanze desiderate a ogni costo, per esempio le FIV, dimostrano che 'non sono tutte rose e fiori nella camera del neonato' e se non ci si vuole rendere conto durante la gravidanza che il nascituro non è l'ideale che colmerà ogni attesa e ogni desiderio, di fronte al bambino reale si dovrà realizzare che non è certo quel bambino lì, nella sua concretezza, a poter colmare ogni vuoto.

In effetti ci sono casi in cui la relazione madre-bambino è compromessa fin dall'inizio. Una donna può desiderare un bambino per colmare un vuoto, una solitudine; può chiedere un

bambino come pegno, come ricatto, può dover offrire un bambino a sua madre per diventare figlia o desiderare un figlio da suo padre per vincere la rivalità con sua madre; un bambino per sé, per riempirsi e che viene vomitato, per l'altro immaginario di cui sentirsi colpevole, per se stesse come prova della propria femminilità, come garanzia contro il tempo.

Lettura della biologia

Si può desiderare un figlio ma non poterlo sopportare; una paziente diceva: "E' insopportabile essere incinta, lui, il bambino, è insopportabile", perché? "Perché si muove!". Se per una donna il bambino che si muove è fonte di gioia, per un'altra è causa di malessere; la lettura della biologia dipenderà dai fattori emotivi, simbolici e immaginari della storia della donna, del suo passato, del suo mondo presente così come dalle sue aspettative.

5. Cultura

In ogni cultura la gravidanza e il parto sono circondati da miti e tabù, il che significa che sono momenti bellissimi e pericolosi per l'individuo e per il gruppo. Il rito segna, con la sua presenza e i suoi simboli, i momenti del passaggio, rende possibile attraversarli senza che si corra il rischio di una spersonalizzazione, offre un corpo sociale laddove il corpo individuale, l'io del soggetto rischia di perdersi. Contrariamente a quello che spesso si sente dire, più si va verso culture cosiddette primitive (lo stato naturale non esiste per la specie umana dal momento che con il linguaggio simbolizza e significa tutte le cose) più i riti le regole divenano stringenti e nulla è lasciato alla spontaneità della donna è fissato tutto cosa mangiare i passi da fare il filo rosso i gesti perchè di fronte al nuovo all'imprevedibile la cultura si fa carico con il suo ordine di dare ordine, con il suo codice di significare la violenza della fisiologia, la nascita, come la pubertà, il matrimonio e la morte sono fatti culturali

Ma oggi la cultura che offriamo è molto medicalizzata da un lato dall'altro si sente spesso far appello a concetto di "natura" che è oggi el tutto incomprensibile. L'idea di natura contrapposta alla cultura è una idea nata nell'illuminismo con il mito del buono selvaggio pensava che esistesse uno stato buono, non corrotto dalla società una natura buona contrapposta alla società cattiva e collocava indietro nel tempo nel cosiddetto primitivo questo stato di beata umanità

Oggi sappiamo che non è così e che anzi nel mondo primitivo la società e la cultura impregnavano ogni gesto della vita in un quadro di riferimenti cosmologici che inserivano ogni evento in un contesto che in senso lato si potrebbe dire religioso

Cosa offriamo alle donne oggi per affrontare il parto? Questa domanda la vedremo riproporsi sempre di più e il numero crescente di cesarei per volontà materna ce ne deve dare un indizio

Immagine del corpo

Secondo la mia teoria, infatti il primo rischio deriva dall'immagine del corpo: se essa si modifica, la struttura dell'io è in pericolo, è a rischio. Il corpo è la struttura dell'io. Ogni cambiamento del corpo mette a repentaglio l'idea di unità dell'io che sottende la nostra coscienza unitaria, che permette di dire io esisto. Se il corpo si divide, si rompe nella sua unitarietà che è sempre immaginaria e ricostituita su basi di dati neurofisiologici, psicologici e emotivi e fondamentalmente sulla memoria di sé, anche l'io rischia di frantumarsi. La cultura, la società erano lì per fornire un corpo sociale, un contenitore esterno che garantisse l'unità e la continuità dell'io anche nel momento di così grandi trasformazioni come la gravidanza e il parto.

La medicina oggi si trova ad essere, con il suo sostegno di apparato socialmente riconosciuto, la possibilità di affrontare le modificazioni del corpo, così come i vestiti che si

indossano in gravidanza sono altrettanti modi di nascondere il corpo o di sottolinearlo. L'idea che il parto possa costituire un fattore di rischio per lo stress post traumatico è recente e credo che il nostro sia il primo studio longitudinale nel mondo (I risultati verranno presentati in un convegno internazionale a febbraio 2006), ma che il parto possa determinare una esperienza traumatica come quella descritta per la prima volta per I veterani del Vietnam si è poi visto che la sindrome da stress post traumatico si può presentare dopo catastrofi, incidenti violenze in cui il soggetto ha percepito un rischio di morte reale per se o per la persona cara

Se le nostre sale parto producono situazioni di PTSD ancora molto resta da fare.

Per concludere

La visita di ostetricia psicosomatica deve tener conto che si sarà confrontati con le paure, i dubbi delle donne gravide ma soltanto accompagnandole in questo processo le si aiuterà non solo a far sì che la gravidanza proceda bene ma anche a fare in modo che possa stabilirsi il legame madre-bambino.