



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

Laurea Triennale in Ostetricia

COORDINATORE: PROF P. GRECO

D.ssa Rossi Elena

LE CULTURE DELLA NASCITA

Protagonisti della nascita:

**C
u
l
t
u
r
a**



**S
o
c
i
e
t
à**

Ogni società e cultura elaborano una serie di prescrizioni e norme che regolamentano il quanto e il come procreare:

- *Politiche sociali*

istruzione, lavoro, cure, anziani, sanità..

- *Governo e politiche sociali*

controlla l'attività riproduttiva della popolazione, scoraggiandola e limitandola in vari modi o promuovendola per ragioni politiche o religiose.

Desiderio di procreare nella nostra società:

- Identificarsi nel ruolo di adulto – genitore;
- Consolidare un rapporto di coppia;
- Desiderio di prendersi cura di un bambino;
- Latente desiderio di immortalità;
- Altro

Scelta di non avere figli nella nostra società:

- Non normale;
- Negativa;
- Immaturi;
- Egoisti;
- Irrispettosa verso coloro che hanno problemi di infertilità;

Infertilità e tecniche di riproduzione assistita nella nostra società:

- Sottraggono la procreazione alla sessualità;
- Controllano la nascita (come quando);
- Modellano le decisioni individuali con prescrizioni sociali, etico religiose:

Le prescrizioni sociali, etico religiose che modellano la riproduzione assistita sono:

- Unione affettiva stabile - instabile;
- All'interno del matrimonio e in situazioni di convivenza;
- Single;
- Omosessuali;
- Come e dove partorire (casa, ospedale)
- Aspetto economico
- Elemento di artificiosità - innaturalità



LE CULTURE DELLA NASCITA

- **Nascita come rito di passaggio;**
- **Il simbolismo della nascita nelle culture tradizionali;**
- **Il parto tra passato e presente;**
- **Il simbolismo nella medicalizzazione della nascita;**
- **Verso nuovi modelli di assistenza;**
- **Modello tecnocratico e modello olistico a confronto;**

Nascita come rito di passaggio

La nascita è considerata un evento speciale in ogni cultura società ed epoca storica perché:

- Garantisce la sopravvivenza e la conservazione perpetuazione della specie umana;
- Comporta trasformazioni a livello personale (affettivo-emotivo) e sociale attraverso il mutamento della propria identità individuale e sociale.

- Comporta cure e rituali specifici che rispecchiano il sistema di valori prevalenti e il consenso sociale.

Queste prescrizioni e pratiche sociali specifiche definite *riti di passaggio* che accompagnano le fasi di transizioni da uno stato sociale ad un altro hanno lo scopo di *sedare l'ansia* indotta da un evento non totalmente governabile che comporta imprevedibilità e rischi e al contempo permettono di trasmettere il *sistema di valori dominante*.

Ogni rito di passaggio è costituito da tre fasi:

Separazione

Transizione

Reinserimento

Separazione

ci si separa dalla status sociale precedente per entrare in uno status di sospensione, limbo.

Transizione

stato di trasformazioni fisiche, psicologiche e sociali.

Reinserimento

incorporazione e reinserimento nel nuovo gruppo sociale.

Il sistema dei valori dominante comporta la trasmissione dei modelli di parto che si fondano su regole che tendono a stabilire quali sono:

- i soggetti coinvolti;
- i luoghi deputati;
- le azioni necessarie
- i comportamenti

Queste regole che variano da cultura a cultura, sono avvallate da prove proposte come obiettive, e fanno della *nascita un evento sociale*.

Fondamentalmente si distinguono due culture dominanti che riflettono concezioni del mondo e contenuti simbolici della nascita antitetiche e sono la *cultura tradizionale* e la *cultura Industrializzata – occidentale*.

Cultura tradizionale

Nella cultura tradizionale i rituali della nascita sono focalizzati sulle *funzioni corporee* e tendono a stimolare e incoraggiare i processi fisiologici alla base del travaglio e del parto con l'*obiettivo* di favorire *l'espulsione rapida e sicura del bambino*.

La *concezione olistica* della donna dove corpo e mente operano in armonia, il dolore è considerato componente essenziale dell'evento pertanto non è evitato – negato.

Il protagonista dell'evento è la donna.

Indicative sono le parole con cui i Tikopia, popolazione studiata dagli etnologi, annunciano la venuta di un nuovo membro nel gruppo:

Una donna ha dato la vita

Cultura industrializzata - occidentale

Nelle culture industrializzate il *dolore* da parto e travaglio è considerato un forte tabù e le pratiche della nascita, *medicalizzata o naturale*, sono finalizzate al controllo del dolore. La componente mentale è *scissa* da quella del corpo e anche nel parto naturale la donna viene distratta dall'esperienza dolore e indotta a controllare mentalmente le reazioni corporee.

Il protagonista dell'evento è il *bambino* e la medicalizzazione della nascita sottrae alla donna la gestione e il controllo del processo generativo.

Le parole utilizzate per annunciare la nascita nella cultura occidentale, industrializzata sono:

È nato un bambino

Il simbolismo della nascita nelle culture tradizionali

Il processo generativo è dunque un evento sociale basato su rituali che esprimono simbolismi. In molte culture tradizionali, la primigravida ha uno status sociale marginale in quanto è in uno status sociale di *transizione* in cui non è ancora madre e non è più una semplice sposa e non è una vergine.

In tale fase è considerata impura e dunque potenzialmente pericolosa per quelli che la circondano e contemporaneamente minacciata da influenze malvagie che potrebbero danneggiare la sua salute e quella del bambino.

Essendo in uno stato tra il *naturale* e il *soprannaturale*, la donna è in contatto con il mondo del sacro e può essere considerata posseduta da spiriti che la espongono a pericoli o che le assegnano poteri straordinari di stregoneria e divinazione.

Pertanto spesso la donna è isolata e la gravidanza è collegata a una serie di *divieti, tabù* e restrizioni connessi a credenze particolari che servono a favorire la nascita di un bambino sano e a proteggere il gruppo, rinforzando e rispettando i valori della cultura di appartenenza.

I tabù comportamentali invitano la donna in stato di gravidanza alla temperanza, alla conciliazione, a un'atmosfera di calma e di buoni intenti per garantire la nascita di un bambino che abbia tutte le qualità fisiche e morali culturalmente approvate dalla comunità rappresentandone i valori.

I tabù alimentari costituiti da proibizioni o prescrizioni di consumare certi cibi, si fondano sulla credenza che il feto possa ereditare le proprietà fisiche, biologiche, naturali e soprannaturali degli alimenti assunti dalla madre.

In molti paesi è diffusa la credenza che se la donna in attesa non soddisfa ogni desiderio alimentare, sul corpo del neonato apparirà una *voglia* nel punto corrispondente a quello che la madre avrà toccato sul proprio corpo dopo il rifiuto.

In Marocco ad esempio, in anni recenti anche il *cinema* è diventato un tabù da osservare, perché le sue immagini potrebbero influenzare negativamente il feto.

Dunque i tabù sono soggetti all'evolvere del costume e della società.

L'importanza accordata alla donna comincia solo con la prima gravidanza in quanto il rapporto di coppia si consolida come un vero matrimonio e la donna si inserisce a pieno titolo nella famiglia di origine del marito e acquista un ruolo all'interno del gruppo.

La percezione della donna e le credenze sul corpo femminile sono alla base di diverse procedure di travaglio, di parto e di un'ampia gamma di *simbologie* atte a collegare l'esperienza del parto a valori permanenti che costituiscono un modello di riferimento.

Ad esempio è molto diffusa l'associazione del parto con i concetti di *chiusura* e *apertura*:

nelle Filippine è usanza mettere una chiave (apertura) sotto il cuscino della donna in travaglio;

nei villaggi Indocinesi la gente apre tutte le porte e le finestre e proibisce a chiunque di fermarsi sulla soglia di una casa o di pronunciare parole come *bloccato* o *chiuso*.

In alcune società si raccontano e si rappresentano davanti alla donna in travaglio, *miti drammatici* che trasmettono idee fondamentali sul corpo umano e il rapporto tra le sue parti e funzioni che associano il partorire a forze universali.

Ad esempio Lévi Strauss (1962) ha esaminato il canto di uno sciamano cuna a Panama, recitato per alleviare le difficoltà di un parto travagliato evidenziando che:

Inizialmente il *canto* descrive le difficoltà della levatrice e il suo appello allo sciamano; poi nel *dramma* lo sciamano assieme a spiriti protettori si avvia verso la casa di Muu che è la potenza responsabile del feto e che ha imprigionato l'anima della partoriente. Il canto descrive la ricerca, i pericoli e le vittorie della sciamano e del suo gruppo di spiriti protettori durante la battaglia a Muu e ai suoi alleati. Quando Muu è vinto, libera l'anima della partoriente che espelle il bambino e il canto finisce.

Simbolicamente il viaggio verso Muu è rappresentato dalla vagina e dall'utero della donna gravida, nelle cui profondità il terapeuta, lo sciamano combatte per lei vittoriosamente. Attraverso lo *psicodramma del mito*, lo sciamano offre alla donna un linguaggio metaforico per dar corpo e significato alla prova che sta attraversando, rendendo tollerabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare. L'intenso dolore che per la donna è un elemento estraneo al suo corpo viene trasformato con il mito in un'esperienza in cui tutti i passaggi hanno un significato.

La cultura prescrive anche luoghi, modalità di assistenza e posizioni in cui si svolge il parto:

- a volte il parto avviene presso la famiglia di origine o in una parte della casa isolata e momentaneamente inaccessibile agli uomini;

- altre volte la donna gravida, soggetta a influenze malefiche viene isolata in una capanna speciale da cui tutti gli uomini e molte donne sono esclusi e viene soprattutto allontanata dal marito per evitarne una *svirilizzazione* dovuta ad un pericoloso coinvolgimento in un'attività che è essenzialmente femminile.

In ogni caso nelle culture tradizionali, la donna durante il parto è assistita e aiutata da altre donne assimilabili alle *levatrici*, ma in zone dove la popolazione è più dispersa, sono la madre, la suocera o altre parenti che hanno già partorito.

Per quanto riguarda le *posizioni* assunte in travaglio vi è eterogeneità: può partorire accovacciata, inginocchiata o seduta sorreggendosi a qualche supporto.

Successivamente al parto, i *riti di purificazione* permettono alla donna, dopo un periodo di separazione e isolamento, di essere gradualmente riconosciuta nel *nuovo status di madre* e reintrodotta nel gruppo sociale.

Anche i rituali che riguardano il *bambino* seguono lo stesso schema: inizialmente vi è una separazione rappresentata dalla recisione del cordone ombelicale, poi segue un periodo di transizione contrassegnato da isolamento e necessità di protezione, infine il bambino viene introdotto nella società umana attraverso vari rituali quali: l'imposizione del nome, la circoncisione o il primo taglio di capelli in accordo con i costumi del gruppo.

L'osservanza di un isolamento *post partum* per madre e neonato può essere considerato un modo con cui la cultura salvaguarda e attribuisce particolare valore rituale al periodo in cui si stabilisce il primo *attaccamento* reciproco tra madre e bambino.

Il parto tra passato e presente

La figura della *levatrice* che si occupa della gravidanza e della nascita, è presente nelle antiche culture egizia, babilonese, greca, romana, cinese e incas. Prima dell'industrializzazione le cure relative al processo riproduttivo sono affidate quasi esclusivamente ad altre donne.

Inizialmente la levatrice era una donna, parente o amica appartenente alla comunità ma in seguito il suo ruolo subisce trasformazioni, viene ritualizzato e assume una funzione sociale con precisi compiti all'interno della comunità.

Il *mestiere di levatrice* viene tramandato di madre in figlia ed è basato sull'esperienza diretta e sugli insegnamenti di un'altra comare più anziana sposata o vedova, già madre e con particolari requisiti fisici e morali.

Requisiti fisici:

- notevole forza;
- resistenza alla fatica;
- mani piccole e affusolate

Requisiti morali:

- deve essere una donna universalmente accettata e stimata dall'intera comunità;
- deve sapersi occupare dell'aspetto pratico e spirituale della nascita;
- deve fornire assistenza psicologica alla gestante e supporto a tutta la famiglia;

Nel tempo il suo ruolo diventa sempre più rilevante arrivando a svolgere un elevato numero di *compiti* complementari quali:

- consigli di tipo ginecologico;
- suggerimenti terapeutici;
- consigli sull'alimentazione e l'allattamento;
- possibilità di amministrare il battesimo in casi d'emergenza.

Dopo il Concilio di Trento (1545-63), durante la Riforma Cattolica, la Chiesa avvia una stretta *sorveglianza* del lavoro delle levatrici al fine di assicurarsi il controllo sulla comunità femminile.

Nel settecento, *l'ostetricia diventa una scienza* e il potere delle levatrici inizia ad essere fortemente contrastato e la maternità diventa un processo di *dominio medico*. Pertanto il ruolo delle levatrice non è più riconosciuto come autonomo ma è subordinato a quello medico e tra il 1750 e il 1800 vengono istituite le prime scuole per levatrici dove per la prima volta sono gli *uomini* ad istruire le donne sull'arte del parto.

Nello stesso periodo in molti ospedali europei e americani, vengono fondati i *primi centri di maternità*. Nonostante la medicalizzazione della nascita, la levatrice continua ad essere la figura più spesso presente nell'assistenza al parto e la casa ritenuta il luogo più adatto.

Solo le donne in condizioni disperate (es. senza famiglia) fanno riferimento agli ospedali per partorire.

Molti storici della medicina concordano sul fatto che la maggior parte delle nascite avvenute nelle società preindustriali presentavano un decorso normale, con travagli più brevi rispetto a quelli dei giorni nostri, questo perché:

- lo stile di vita era caratterizzato dall'attività fisica costante che dotava le donne di una muscolatura forte e ben sviluppata;
- consumo di cibi non raffinati

Anche se durante il parto era maggiore il pericolo di infezioni, dovute alle condizioni igieniche spesso precarie, erano minori i rischi di contagio in quanto:

- la donna era isolata;
- non venivano fatte esplorazioni vaginali e dalle levatrici non erano utilizzati strumenti per il parto se non in rari casi.

Se però erano presenti difficoltà, come ad esempio la presentazione anomala del feto, non vi erano rimedi efficaci e il parto terminava spesso con la perdita del bambino e della madre.

Nell'*ottocento* si assiste alla diffusione di nuove tecniche che in una prima fase procurano più problemi di quanti ne risolvano:

- la morale dell'epoca inibisce ai medici l'esplorazione dei genitali femminili, e vengono utilizzati senza il beneficio della visita, strumenti come il forcipe, procurando così gravi lacerazioni;

- L'introduzione dell'anestesia (somministrazione di etere e cloroformio) non è inizialmente totalmente controllabile dal medico perché egli assiste semplicemente la partoriente sotto lo sguardo attento di parenti e amiche che hanno esperienza pratica del parto;

In generale per tutto l'ottocento per la maggior parte delle donne, la gravidanza e il parto non sono legate né alla figura del medico né all'ambito ospedaliero. Tutto il processo della nascita è affrontato come un evento naturale e considerato una *cosa da donne* rispetto al quale è opportuno che il mondo maschile resti completamente estraneo.

È solo agli inizi del *novecento* che in Europa e negli Stati Uniti, l'evento della nascita passa dall'ambiente familiare della casa alla struttura ospedaliera. La scienza medica si specializza in diverse branche e nasce la *ginecologia* che si occupa:

- delle malattie degli organi sessuali femminili;
- della gravidanza.

I concetti di gravidanza e parto per la prima volta vengono associati, almeno a livello di percezione popolare, a quello di medicina e quindi di malattia

La figura della levatrice pian piano scompare e durante la prima metà del secolo, soprattutto nel nord America, vi è un incremento rapidissimo delle nascite presso gli ospedali.

Anche se i tassi di mortalità infantile e materna registrati negli ospedali all'inizio del novecento siano ancora elevati, l'afflusso continua ad aumentare e sembra motivato dalle seguenti convinzioni:

- che il parto in ospedale sia più sicuro per la madre e per il bambino;
- dalla campagna promossa dai medici contro le levatrici

Nello stesso periodo si assiste a profondi *cambiamenti sociali e di costume* quali:

- l'opera di disgregazione e isolamento della famiglia, avviata dalla *rivoluzione industriale*, che porta ad un assottigliamento della rete di mutua e affettuosa assistenza familiare e amicale;

- La progressiva diminuzione della *servitù* nelle famiglie benestanti, che riporta l'onere della casa sulle spalle della donna, suggerendo il ricorso all'ospedale anche per sospendere le responsabilità domestiche, più pesanti all'arrivo di un bambino;
- L'azione di *propaganda* svolta dalla stampa, soprattutto dalle riviste femminili, che negli anni venti sponsorizzano la nascita in ospedale;

- La progressiva diffusione di tecniche volte a garantire un parto indolore come ad esempio la tecnica del *twilight sleep* diffusasi durante la prima guerra mondiale in Inghilterra e poi negli Stati Uniti.

La tecnica del twilight sleep promette un parto praticamente *senza dolore* attraverso la somministrazione di un insieme di farmaci nelle diverse fasi del parto:

- morfina all'inizio del travaglio;
- scopolamina usata come amnesiaco;
- etere e cloroformio appena il bambino entra nel canale del parto.

Questo sistema in seguito viene riconosciuto come rischioso per il feto, e rende la donna priva di conoscenza per gran parte del processo, privandola non solo del dolore ma anche di un'esperienza cruciale dal punto di vista emotivo.

Nei decenni successivi alla seconda guerra mondiale (1950-80), caratterizzati da nuove metodiche anestetiche e dall'espansione della cultura del *parto indolore* , in Inghilterra e negli Stati Uniti il ricorso *all'anestesia epidurale* è diventata una routine, con il conseguente incremento dell'uso del *forcipe* e della *ventosa*.

Fino agli *anni ottanta* in tutti i paesi industrializzati, l'ospedalizzazione della nascita è diventata un fatto generalizzato, al quale corrisponde una diminuzione della mortalità materna e perinatale perché:

- innovazioni tecnologiche nell'assistenza alla gravidanza e al parto: ecografie, amniocentesi, dosaggi di ormoni placentari, monitoraggio fetale..;
- miglioramento delle condizioni di vita: maggiore igiene, migliore alimentazione, generalizzata educazione sanitaria.

Gli aspetti negativi dell'ospedalizzazione della nascita sono:

- con l'ospedalizzazione, la nascita è in qualche modo, uscita dall'ambito degli eventi naturali, che fanno parte del ciclo di vita, ed è stata assimilata agli eventi che riguardano la salute;

- la donna incinta e la partoriente sono state totalmente assoggettate al controllo medico, venendo così sottratte al contesto rassicurante e protettivo della comunità femminile, che forniva un supporto solidale basato sull'esperienza diretta e infondeva alla donna fiducia nelle sue capacità di affrontare questo evento

Il simbolismo nella medicalizzazione della nascita

La medicalizzazione e la tecnologizzazione del parto ha esteso il concetto di *rischio* a tutte le gravidanze e ha oscurato il concetto di normalità del parto.

La donna ha perso la fiducia che aveva nel proprio corpo e nella propria capacità di gestire la situazione.

Nell'ipotesi dell'antropologa americana Robbie Davis-Floyd (1992) il ricorso generalizzato alle cure ostetriche non è giustificato da evidenze empiriche ma dalla necessità delle società industrializzate di *trasmettere i suoi valori dominanti*.

Essendo la nascita un processo naturale, un evento fisiologico carico di un alto potenziale emotivo soggettivo, mette in crisi il modello tecnologico oggettivo della nostra società.

Per difendersi da una potenziale de-tecnologizzazione del parto la società attiva due meccanismi:

- rimozione dell'esperienza del parto dall'ambito quotidiano, circondandolo di tabù e circoscrivendolo nello spazio chiuso dell'ospedale;
- attiva rituali al fine di renderlo congruo al suo sistema di valori, eliminando l'incompatibilità tra natura e cultura (tecnologie diagnostiche e terapeutiche).

Per molte procedure di routine sono state evidenziate delle controindicazioni:

- la somministrazione di ossitocina per indurre o accelerare il travaglio comporta un'intensificazione del dolore, una riduzione nella libertà di posizione, una maggior frequenza di sofferenza fetale;

- la posizione litotomica, supina, con le gambe aperte e sollevate su staffe ad angolo retto, può ostacolare la collaborazione della donna , rendendo le spinte meno efficaci e spontanee;
- l'episiotomia, l'incisione del perineo, non garantisce da lacerazioni e la sua efficacia nella prevenzione del prolasso non è stata dimostrata.

Il ricorso generalizzato alle procedure ostetriche non tiene sufficientemente conto delle caratteristiche individuali e dei bisogni espressi dalle diverse gestanti.

Viene indistintamente applicato il *copione* relativo al parto che comprende:

- preparativi nel luogo ad esso deputato;
- la rigida sequenza di procedure utilizzate;
- le regole relative alle persone che possono assistere all'evento;

Pertanto nella seconda metà del 900, negli ospedali si è verificata una ritualizzazione della nascita , del tutto omologa ai riti di passaggio già descritti nelle culture tradizionali, che trasforma il parto da *processo naturale a rito culturale*.

Le fasi del rito culturale del parto in ospedale sono: separazione, transizione, reinserimento sociale

(Pizzini 2001).

1. *Separazione*

con l'ingresso in ospedale la donna viene separata dalla gente "normale"; Durante il periodo di separazione, la partoriente è assoggettata al processo di medicalizzazione e de-sessualizzazione attraverso *riti cerimoniali* (registrazioni dati personali e clinici, visita di accettazione, rasatura pelo pubico, clistere).

Queste pratiche hanno una loro precisa funzione simbolica. Ad esempio la tricotomia, di cui non è provata l'efficacia nella prevenzione di infezioni successive, può essere considerata come una *purificazione* dal “peccato” sessuale che restituisce la donna ad uno stato prepubere e marca la sua dipendenza dall'istituzione.

Durante la degenza, i rituali quali la “svestizione” (l’abbandono dei vestiti abituali) e l’assunzione del ruolo di paziente, comportano una depersonalizzazione.

La regolarizzazione delle funzioni intestinali tramite purghe e lassativi, vengono interpretate come riti di purificazione.

Dunque sia nelle società di interesse etnologico che nella nostra, il corpo della donna che partorisce, è percepito come impuro e pericoloso e per controllarne l'impurità, viene *separato* l'aspetto funzionale sessuale da quello riproduttivo e viene impedita la contaminazione tra queste e le funzioni intestinali.

Anche tutte le pratiche adottate durante il travaglio e il parto hanno forti valenze simboliche, e testimoniano il totale controllo da parte dello staff ospedaliero sull'evento. Ad esempio:

- La posizione litotimica, adottata solo nelle città industrializzate, agevola l'intervento ostetrico, ma rimarca la totale subordinazione della donna al personale sanitario che sta in piedi di fronte a lei;

- L'episiotomia, invasiva e spesso traumatica per la donna, trasforma la nascita da evento naturale ad atto chirurgico, che pertanto esula totalmente dalla possibilità di controllo femminile;

Anche le *modalità comunicative* utilizzate dal personale sanitario sono ricche di significato simbolico:

- le ostetriche solitamente pronunciano incoraggiamenti rituali definiti “nenie da parto” che corrispondono all’accompagnare la nascita come in altre culture tradizionali.

Le nenie da parto danno indicazioni sul modo di spingere e di affrontare le contrazioni (lunga lunga... dài respira, brava, ancora, lunga, spingi bene sotto, tienila...). Le parole da un lato incitano e sostengono la partoriente, dall'altro servono a garantire la distanza emotiva, secondo il copione stabilito, tra sé e l'evento.

2. *Transizione*

l'immobilità imposta alla madre dopo il parto e la momentanea separazione dal suo bambino, rappresentano una specie di limbo, una transizione in cui la donna non è né madre né non madre.

3. *Reinserimento*

anche il reinserimento sociale della neomadre è soggetto a prescrizioni rituali: le dimissioni, sono decise previo visita ostetrica, dal medico, così come la consegna ufficiale del bambino ai neogenitori è compito del pediatra. La puerpera riconosciuta ora come madre viene restituita alla società con una nuova identità.

Quindi anche nella cultura occidentale, la nascita è coincisa con un processo di iniziazione rituale che nel contesto medico-istituzionale è totalmente delegato ai *sacerdoti della medicina*; a loro compete occuparsi di morti, nascite, vita sessuale e malattie, in un modo che isola e separa questi tabù dalla vita quotidiana.

Verso nuovi modelli di assistenza

Negli ultimi decenni il modello medicalizzato della nascita è entrato profondamente in crisi.

Nonostante l'aumento delle garanzie per madre e bambino in tutti i casi di rischio, si è registrata una serie di effetti negativi legati alla realtà dell'ambiente ospedaliero.

L'altra faccia dell'efficienza tecnologica ovvero, gli effetti negativi legati alla realtà dell'ambiente ospedaliero sono:

- Sentimenti di solitudine;
- Isolamento;
- Alienazione;
- Disumanizzazione;
- Depersonalizzazione.

Gruppi di donne in Europa e nel nord America, esprimevano la loro insoddisfazione per come i medici agivano sulla nascita. Trovavano disumanizzante la posizione litotomica, immobilizzante, in una fredda sala operatoria, senza la presenza di un familiare.

Le donne criticavano l'uso indiscriminato delle tecniche, che non teneva conto delle differenti esigenze personali delle partorienti.

Come ad esempio:

- l'induzione del travaglio;
- Il ricorso a droghe o analgesici;
- La separazione dal partner e dal neonato;

L'antropologo Davis-Floyd (1994) definì questo copione, protocollo indifferenziato, come *Tecnocratico* in quanto tipico di una società che si modella sulla tecnologia ed è burocratica, autocratica e gerarchizzata, come la società americana.

Nel modello tecnocratico, conseguenza della tecnologizzazione, sono considerate importanti le informazioni derivanti dalle macchine a scapito di di quelle provenienti dalle reazioni del corpo.

In riferimento al modello tecnocratico, viene riportato un esempio, frutto di un'osservazione diretta in ospedale:

mentre la donna in travaglio era ancora in preda al dolore di una contrazione, l'infermiera in piedi accanto a lei insisteva sul fatto che, dato che il monitor non registrava la contrazione, questa doveva essere terminata.

Il modello tecnocratico viene messo in crisi e negli anni *sessanta-settanta* nasce un nuovo movimento culturale alla ricerca di opzioni alternative per promuovere il ritorno a un *parto più naturale*.

Il ritorno a un parto più naturale, restituisce alla donna quell'esperienza profondamente emotiva di cui era stata privata, soprattutto a causa del massiccio ricorso agli anestetici.

I primi promotori di questo movimento furono i medici *Grantley Dick-Red, Bradley, Leboyer e Lamaze* che nonostante sostenessero teorie e metodi diversi, entrambi ponevano l'accento sull'*educazione al parto* per sostituire i farmaci e promuovere la *partecipazione attiva della donna* durante tutto il processo della nascita.

Questi metodi si basavano principalmente sul rilassamento muscolare, ottenuto attraverso l'apprendimento di svariate tecniche di respirazione e il superamento di ansie e paure per mezzo di una corretta informazione.

Per la prima volta si ritiene che un'adeguata *psicoprofilassi* e un ambiente più familiare fosse più utile di qualsiasi farmaco per il superamento del dolore e il buon esito del parto.

Anche il *movimento femminista* degli anni sessanta-settanta, con i suoi principi, ha dato una notevole spinta e contributo al cambiamento.

Esso riconosceva il diritto alle donne di avere il controllo del proprio corpo e del processo riproduttivo, *sensibilizzando il personale ospedaliero* che si è visto costretto ad adeguarsi alle nuove richieste del popolo e degli educatori adottando metodologie più rispettose delle volontà della donna di avere un parto più naturale e meno tecnologizzato e medicalizzato.

Nonostante le numerose migliorie apportate sia all'ambiente nel quale si svolge il parto, sia alle pratiche di assistenza alla nascita, il controllo della situazione è rimasto nella maggior parte dei casi, in mano all'ordine medico.

Infatti i corsi di preparazione alla nascita sono proposti dalla figura medica pertanto non è presente un approccio naturale al parto ma è preparato in linea al modello *interventista* proprio dell'istituzione.

Dunque l'introduzione delle tecniche di psicoprofilassi non aumentano il potere decisionale della donna perché la scelta ultima sugli interventi cui sottoporre madre e bambino spetta sempre all'istituzione. La superficialità dei cambiamenti, confermata anche dall'aumento dei tagli cesarei, negli ultimi anni ha portato la donna ad allontanarsi dal contesto ospedaliero per partorire in casa. Ad esempio in Olanda dove una donna su tre partorisce in casa e in America sono sorti numerosi centri di maternità alternativi.

Nei *centri di maternità alternativi*, la filosofia è quella di valorizzare al massimo il benessere emotivo della donna e della sua famiglia nell'esperienza del parto pur offrendo garanzie dal punto di vista medico.

Le caratteristiche dei centri di maternità alternativi sono:

- l'arredamento è simile a quello domestico;
- è presente un'ostetrica che segue il travaglio e il parto;
- la donna può muoversi liberamente;
- sono presenti i familiari;
- la donna dispone di uno spazio privato dove trascorrere molte ore con il marito e il neonato.

Visto il successo di queste iniziative, anche in *Italia* sono state promosse esperienze di *parto attivo* o di *parto in acqua* e sono state istituite unità speciali all'interno dell'ospedale improntate alla filosofia e ai metodi dei *Birth Centers*

Modello Tecnocratico e modello Olistico a confronto

Il modello umanizzato olistico valorizza l'entità mente-corpo proponendo l'ascolto dei bisogni di madre e bambino, promuovendo l'alleanza terapeutica tra donna e operatori sanitari, utilizzando innovazioni tecnologiche in relazione al vissuto della donna; il modello parte dall'*interno*, dai bisogni della donna a differenza del modello tecnocratico a connotazione interventista *esterno* ovvero tecnologizzato e medicalizzato.

Modello Tecnoocratico e modello Olistico a confronto

TECNOCRATICO

Il corpo è imperfetto
e separato dal sé;

Il corpo è meccanico, un veicolo,
uno strumento per il sé;

La vita è controllabile;

OLISTICO

Il sé e il corpo sono un unicum;

Il corpo è un organismo
interconnesso con la mente e
con l'ambiente;

La vita non è controllabile;

TECNOCRATICO

Il sé dovrebbe controllare il corpo;

La gravidanza è al di fuori del controllo personale e quindi Spiacevole;

Il corpo gravido è un contenitore per il feto, che è un essere separato;

OLISTICO

Il corpo non può essere controllato;

La gravidanza è al di fuori del controllo personale e piacevole;

Madre e bambino sono essenzialmente Uno, sono parte di un sistema integrato danneggiabile dalla scomposizione in due parti separate;

TECNOCRATICO

Lo sviluppo fetale è un processo meccanico in cui la madre non è attivamente coinvolta;

I desideri della madre e i bisogni del bambino spesso confliggono durante il travaglio e il parto;

La nascita è un processo meccanico;

OLISTICO

La madre è parte attiva nello sviluppo del bambino;

Sicurezza del bambino e bisogni emotivi della madre sono la stessa cosa. La nascita più sicura per il bambino sarà quella che garantisce l'ambiente più confortevole alla madre;

La nascita è un duro lavoro compiuto dalla donna;

TECNOCRATICO

La tecnologia è superiore rispetto alla natura, che non è opportuno ascoltare;

La mente è più importante del corpo;

Partecipazione attiva e controllo sulla propria vita sono elementi positivi;

La donna partecipa attivamente alla nascita a condizione che la sua mente sia consapevole;

OLISTICO

La natura è superiore alla tecnologia e ad essa è opportuno affidarsi. La tecnologia dovrebbe supportarla ma non interferire;

Mente e corpo sono un'unità interconnessa

La partecipazione più attiva può implicare la perdita di controllo;

La donna partorisce con l'intero suo essere;

TECNOCRATICO

Il dolore è negativo. Non provare dolore in travaglio è un diritto della donna moderna;

Il sapere medico è autorevole;

Per essere forti e potenti è necessario avere il controllo della situazione.

OLISTICO

Il dolore è parte integrante del processo del travaglio. Eliminare il dolore interferisce con la complessità del sistema;

L'intuizione e la conoscenza interiore sono autorevoli;

La forza e il potere derivano dal lasciar andare il controllo.

I modelli di nascita, tecnocratico e olistico, concettualizzati dall'antropologa Americana Davis-Floyd (1994-1997), rappresentano gli estremi di un *continuum*, all'interno del quale le concrete modalità di assistenza si strutturano in situazioni diversificate, variamente improntate alla prevalenza dell'una o dell'altra filosofia.

Data l'enorme varietà di approcci al parto è dunque impossibile parlare di parto naturale. Pertanto, le scelte operate, sono considerate *naturali* in quella società e in quel periodo storico.

In Italia nonostante l'umanizzazione del parto coesistono diverse modalità di assistenza che anche discostate dal modello tecnologico, apportano *cambiamenti superficiali* e non sostanziali in quanto imposte dall'ospedale e non scelte dalla donna. È necessario un ambiente di cura capace di salvaguardare i sentimenti e le scelte della donna, ad esempio: la donna può desiderare o meno il supporto costante dell'ostetrica o del partner, o di ricorrere a varie forme di aiuto farmacologico o strumentale.

In generale è stato osservato che:

- Donne di classe popolare hanno meno aspettative sul parto sono meno disturbate della medicalizzazione rispetto a quelle di classe media;
- Le donne in carriera, abituate ad esercitare un controllo razionale su ogni aspetto della loro vita, si ispirino maggiormente ai valori del modello tecnologico preferendo il ricorso ad aiuti farmacologici e strumentali, piuttosto che privilegiare la naturalità del processo;

Soddisfazione e benessere di madre e bambino possono essere quindi frutto di esperienze anche molto lontane: quello che conta è che le proposte non siano guidate esclusivamente dall'ideologia (medicalizzata-olistica), ma che tengano conto in modo flessibile delle caratteristiche, dei bisogni e Dei desideri di ogni donna.

DESIDERIO DI UN BAMBINO E SCELTE RIPRODUTTIVE

Istinto materno o costruzione sociale?

La diffusione massiccia delle pratiche contraccettive
la liberazione dell'aborto, le tecnologie di riproduzione
assistita, hanno sganciato la sessualità femminile dalla
riproduzione, dove la maternità non è necessariamente
collegata all'atto sessuale e/o all'istituzione matrimoniale.

Pertanto la scelta di avere un figlio dipende da:

- idee e scelte private e personali;
- contesto ideologico e culturale che riflette e modella le decisioni delle persone: le ideologie sull'identità e i ruoli maschili e femminili, sui bambini e le famiglie;

La scelta di diventare genitori è stata spiegata in diversi modi a partire dagli anni 40 ai giorni nostri:

- *Teorie innatista e innatista sociobiologica;*
- *Teorie psicoanalitiche – psicologia dell'Io;*
- *Psicologia empirica.*

Secondo la concezione *innatista*, la scelta di avere un figlio è dovuta all'esistenza di una motivazione innata alla maternità, ovvero all'istinto materno.

(Deutsh, Soddy, Wengraf)

La concezione *sociobiologica* evoluzionista, ritiene che il desiderio di avere un figlio è indotto da un bisogno innato di assicurare la sopravvivenza e perpetuare la specie ed il proprio patrimonio genetico.

(Barash)

Le concezioni innatista e sociobiologica hanno trascurato l'esperienza psicologica soggiacente al desiderio di maternità. Tale aspetto è stato considerato ed analizzato da autori di orientamento *psicoanalitico* che cercano la motivazione alla genitorialità nella dinamica dello sviluppo della personalità infantile, valorizzando le componenti inconsce della scelta. Ad esempio: nella donna il desiderio di un figlio maschio è da attribuire all'invidia del pene o conflitto Edipico e quindi all'inconscia competizione con la propria madre.

Per gli *psicologi dell'Io* (orientamento psicodinamico) il desiderio di genitorialità è indotto dai processi di identificazione: in cui l'interiorizzazione del ruolo materni è legato all'angoscia di separazione dalla propria madre. Pertanto è basato su una gratificazione narcisistica-egoistica.

(Fleugel)

Un'altra spiegazione sostiene che la
riproduttività rappresenta una tappa fondamentale del
ciclo di vita dell'adulto in cui la generatività, si pone
come opportunità di amare, occuparsi degli altri.
Il divenire adulto tende a coincidere con il concetto di
altruismo.

(Erikson)

Per *psicologia empirica* il desiderio di generatività dipende da più fattori interdipendenti spiegati dal modello economico. Esso ritiene che la scelta di diventare genitori dipende dal rapporto tra costi e benefici. Ad esempio:

- tra il desiderio di avere un figlio e quello di far carriera (elementi positivi);
- tra la paura di rimanere senza figli e la paura di perdere la libertà (elementi negativi);

Se le scelte sono controcorrente, il rapporto tra costi e benefici include ad esempio la disapprovazione sociale e Familiare. I costi e i benefici attribuiti ai figli cambiano da cultura a cultura.

In generale nei paesi sviluppati i bambini sono percepiti come fonte di gioia e gratificazione malgrado gli alti costi fisici, emotivi, economici connessi alla sua presenza. Inoltre i figli garantiscono un avanzamento dello status sociale e un ampliamento della rete di relazioni. La maternità contribuisce a convalidare lo status di adulto.

Le opinioni sui benefici correlati alla maternità sono incongruenti con quanto le neomamme riportano: un figlio rappresenta, soprattutto i primi tempi, fatica, solitudine, depressione, timore della simbiosi e quindi di perdere l'identità di individuo separato.

A volte nelle famiglie nucleari il ritorno ai ruoli tradizionali comporta minor aiuto dal partner e minor supporto sociale.

Vi è dunque un *gap* tra l'ideologia culturale della maternità e i concreti vissuti quotidiani delle neomamme.

La decisione di avere un figlio

La decisione di diventare genitori dipende da diversi fattori reciprocamente interconnessi:

1. Aspetti macroculturali;
2. Livello socio-culturale;
3. Rete di relazioni;
4. Relazione di coppia;

5. Identità personale;
6. Percezione dei figli;
7. Opportunità di pianificazione familiare;
8. Come si decide

1. *Aspetti macroculturali*

La realtà sociale in cui si vive produce le linee guida e le giustificazioni relative alla procreazione ovvero credenze e ideologie. Il nucleo dell'ideologia delle società sviluppate è che la famiglia sia l'elemento fondamentale e il contesto ottimale per la nascita e la crescita dei bambini e per lo sviluppo degli adulti.

Le religioni valorizzano la natalità e riprovano sia l'aborto (salvo in casi di rischio di vita per la madre) sia la pianificazione o limitazione delle nascite:

- la religione cattolica come anticoncezionale suggerisce l'astinenza o i metodi naturali;
- gli ebrei ortodossi approvano l'utilizzo di contraccettivi per la donna ma disapprovano la dispersione dello sperma da parte dell'uomo;

- per i musulmani marito e moglie devono essere d'accordo sull'uso di metodi di controllo delle nascite anche se la prescrizione di non toccare i genitali con la mano sinistra può rendere complicato il ricorso a qualche tecnica contraccettiva come ad esempio l'inserimento del diaframma. Le donne inoltre possono essere visitate solo da altre donne e l'aborto è consentito solo per impedire la nascita di un figlio handicappato;

Il grado di adesione alle indicazioni religiose varia ovviamente nei diversi paesi e nei diversi stati sociali. Negli ultimi decenni nelle società industrializzate si sono verificati sostanziali cambiamenti nelle aspettative relative ai ruoli maschile e femminile e nelle composizioni delle famiglie: separazioni, divorzi, famiglie ricostituite, convivenze, famiglie monoparentali.

Tali cambiamenti sono correlati ad un aumento della scolarizzazione femminile e all'inserimento della donna nel mondo lavorativo, attraverso percorsi eterogenei sempre meno vincolati a tappe prevedibili, conseguenze significative sulle scelte riproduttive.

Restano comunque forti le prescrizioni a formare una famiglia basata sul contratto ad avere dei figli, possibilmente nei tempi giusti. Pertanto la donna è sottoposta a spinte motivazionali conflittuali: da un lato il realizzarsi sul piano scolastico lavorativo, dall'altro il formare una famiglia e generare figli.

Si spiega dunque:

- l'ambivalenza delle adolescenti sulle future scelte di maternità, in genere successive a una realizzazione personale e lavorativa;
- Il disagio delle giovani donne poste di fronte a una scelta tra maternità e realizzazione personale legata alla ricerca di un nuovo ruolo femminile nella società

2. Livello socioculturale

Nelle società industrializzate a più elevati livelli di istruzione e status socioeconomico corrisponde un minor numero di figli: per conciliare tempi del lavoro con i tempi di maternità e perché tendono a sviluppare alti livelli di aspettative sul futuro dei figli.

Il numero di figli per famiglia è di una unità. La struttura familiare è cambiata, è di tipo orizzontale nucleare, composto dalla coppia genitoriale e un figlio.

Mentre la percezione collettiva della famiglia è riferibile alla coppia genitoriale e due o più figli.

Nei paesi in via di sviluppo l'elevato numero di figli è ritenuto un investimento per il futuro, un aiuto per il lavoro familiare e una garanzia per la vecchiaia. Permane un alto tasso di mortalità perinatale e infantile.,

3. Rete di relazioni

La rete di relazioni condiziona molto, in ogni cultura, la scelta di avere un figlio. Nelle culture patriarcali, la pressione sociale a riprodursi è molto elevata.

Nelle culture industrializzate, la nascita di un figlio corrisponde all'inizio di una vera famiglia e spesso viene suggerita e consigliata da parenti e amici soprattutto quando la donna è nella decade dai 25 ai 35 anni.

4. Relazione di coppia

La stabilità e la qualità della relazione di coppia, sicuramente incide sulla scelta di avere figli. La scelta procreativa può essere:

- consapevole e deliberata;
- desiderata da entrambi i membri ma in tempi diversi dunque basata sulla negoziazione;
- desiderata da un solo membro della coppia.

- le relazioni di coppia caratterizzate da complicità e solidarietà mostrano un miglior adattamento alla genitorialità;
- le coppia la cui relazione è fondata su una forte intesa erotica o coppie definite dagli autori americani *romance*, mostrano difficoltà di adattamento al ruolo genitoriale.

In generale la scelta di avere un figlio rappresenta un vero e proprio test per la coppia in quanto comporta la verifica e la ridefinizione della qualità della relazione. Ma quello che accade nella coppia neogenitoriale dipenderà molto da ciò che è accaduto prima che il bambino venisse al mondo e dal come essa ha deciso di avere un figlio.

5. *Identità personale*

La decisione riproduttiva dipende da come la donna percepisce la propria identità:

- fertilità come femminilità dove l'ansia di non avere figli rappresenta una minaccia alla propria identità sessuale (adolescenti con bassa autostima);
- dal punto di vista psicoanalitico la gravidanza può compensare una sensazione di vuoto interno, di perdita.

- un figlio permette, in situazioni di rivalità con la propria madre, di dimostrare di essere una madre migliore;
- la gravidanza può essere oggetto di ansia e il feto percepito come parassita che invade il proprio corpo;

Nella scelta di avere un figlio, i problemi insorgono quando l'orologio biologico non coincide con l'orologio sociale (uso di contraccettivi per anni può provocare infertilità, aggravata dall'aumentare dell'età).

6. *Percezione dei figli*

La psicologia sociale individua nove categorie di valutazione relative alle funzioni svolte dai bambini o ai bisogni dei genitori che questi possono soddisfare:

- *stato e identità dell'adulto*: bisogno di essere accettato dalla comunità come membro adulto, maturo e responsabile;

- *espansione dell'io dell'adulto*: bisogno di avere qualcuno che sopravviva alla propria morte, aggiungere significato alla propria vita con nuove esperienze di sviluppo e di apprendimento;
- *valutazioni morali*: bisogno, a volte amplificato dalla fede religiosa, di occuparsi di qualcun altro, di sacrificarsi per lui superando il proprio egoismo;
- *legami affettivi primari*: bisogno di soddisfare la richiesta di intimità e di affetto di un bambino e di essere oggetto degli stessi sentimenti;

- *stimolazione e divertimento*: quanto il figlio può aggiungere interesse alla vita;
- *autorealizzazione*: valuta il peso dato alla possibilità di realizzarsi come adulto;
- *potere e influenza su un altro*: bisogno di esercitare influenza su un'altra persona;
- *confronto sociale*: quanta gratificazione o prestigio si ricavano dal confronto tra il proprio bambino e gli altri;

- *utilità economica*: la misura in cui il figlio è percepito come potenziale aiuto ai genitori nel lavoro o potenziale incremento delle loro risorse;

Queste e altre rappresentazioni dei figli sono alla base delle decisioni riproduttive e del numero dei figli desiderato. Secondo l'ipotesi delle alternative, l'importanza per l'adulto di ognuno di questi aspetti è inversamente correlata alla disponibilità di strumenti alternativi per soddisfare quel particolare bisogno.

7. Opportunità di pianificazione familiare

Nella seconda metà del novecento, la conoscenza e la diffusione delle pratiche contraccettive, l'aumento delle possibilità riproduttive nelle coppie infertili, l'opportunità diffusa di test genetici e di screening prenatali, hanno fatto sì che la possibilità e il desiderio di generare un figlio non sia più frutto di un vincolo biologico ma di una scelta individuale.

Anche la competenza d'uso dei servizi, ovvero la capacità di procurarsi informazioni necessarie a poter decidere con consapevolezza, responsabilità e propositività, incide sulla scelta di avere un figlio; a livelli più elevati di istruzione corrisponde maggior capacità di accedere e usufruire dei servizi sociali e sanitari.

La carenza di risorse personali, spesso è correlata al ricorso ripetuto all'aborto, come metodo contraccettivo. A volte sono presenti anche resistenze più o meno consapevoli all'uso dei contraccettivi come nel caso di dimenticanze o usi impropri (pillola del giorno dopo), che possono essere spiegate in base a conflitti relativi alla sessualità o a un desiderio latente di maternità o, come in alcuni adolescenti, al bisogno di confermare la propria capacità riproduttiva, la propria femminilità, o altro ancora.

8. *Come si decide?*

Alla base della decisione procreativa vi sono dunque una pluralità di fattori. Il fattore che influisce trasversalmente su tutti gli altri è lo status della donna nella società e la percezione del suo ruolo quindi come la società percepisce la madre (30 anni, sposata, adulta, altruista..).

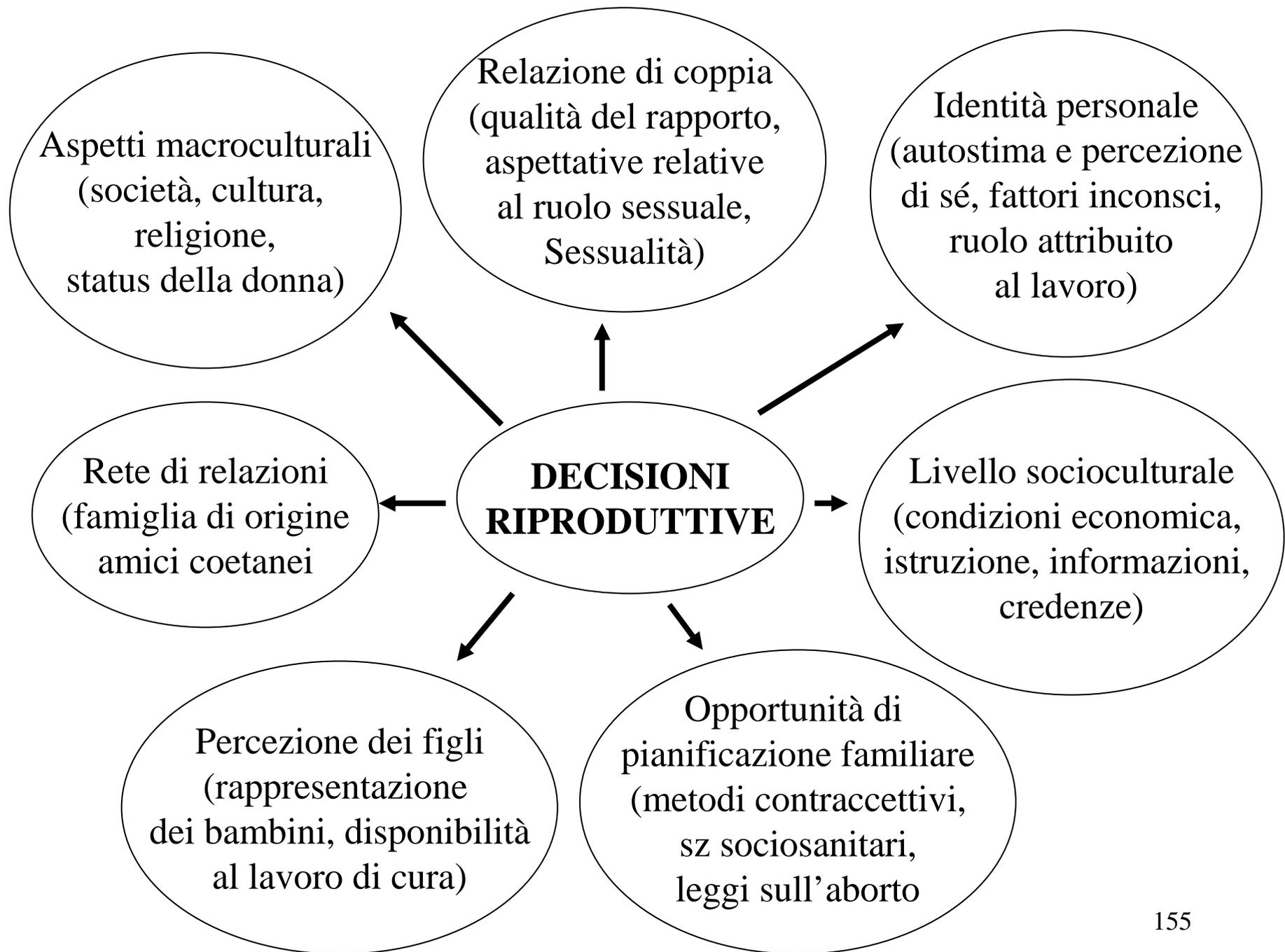
Sono quattro i modelli che spiegano come le coppie prendono la decisione di avere o non avere figli:

- *coppie pianificatrici*: decidono in comune di diventare genitori (50% del campione);
- *coppie che accettano il destino*: accettano passivamente la gravidanza o sono piacevolmente sorpresi quando scoprono che è in arrivo un bambino, che avrebbero desiderato ma magari non in quel momento (14%);

- *coppie ambivalenti*: contemporanea presenza di sentimenti positivi e negativi rispetto alla prospettiva di genitorialità, in cui uno dei due partner è comunque più favorevole, mentre l'altro più contrario (20% del campione);
- *coppie si/no*: sono presenti conflitti profondi e irrisolti legati alla prospettiva di avere un figlio e a differenza del modello precedente, l'ambivalenza permane anche alla fine della gravidanza (16%);

La scelta di diventare genitori non può quindi basarsi su categorie dicotomiche quali le gravidanze sono pianificate oppure no, ma essa è frutto dell'interdipendenza di più fattori quali:

- il desiderio individuale e il desiderio del partner;
- aspetti relazionali;
- aspetti ideologici;
- aspetti culturali.



La gravidanza: evento biologico e sociale

La gravidanza è un evento biologico caratterizzato da esperienze emotive universali quali:

- straniamento legato all'esperienza di essere due persone in un corpo solo;
- vulnerabilità e squilibri emotivi;
- le ansie ricorrenti per la propria salute e quella del bambino.

Altri aspetti della gravidanza non sono universali e variano in relazione ai cambiamenti sociali, medici, farmacologici che riguardano le diverse generazioni femminili. Qualunque sia però l'approccio individuale, indispensabili per il benessere in gravidanza sono la disponibilità di supporti emotivi e la quantità e qualità delle informazioni ricevute nel corso di controlli effettuati durante tutto il percorso.

Pertanto indipendentemente dal modello tecnocratico e olistico, l'obiettivo realistico della politica sanitaria è l'aumento di informazioni e di sostegno emotivo a tutte le madri, a prescindere dalle specificità nel modo di affrontare gravidanza e parto.

Negli ultimi anni la percezione sociale della gravidanza è passata dalla quasi innominabilità alla piena rispettabilità

Le donne non vivono la gravidanza in modo marginale ma al contrario adottano un abbigliamento che spesso sottolinea il loro stato e possono essere presenti nei contesti più diversi quali lavoro e o occasioni pubbliche importanti. È inoltre presente una diversa e precoce cura fin dal primo periodo ed il pieno riconoscimento sociale è correlato anche ad una specifica attenzione sotto il profilo medico, che rimarca il particolare valore attribuito a questa condizione.

Inoltre negli anni ottanta è cambiata la percezione sociale del futuro padre e da loro ci si aspetta che svolgano un ruolo attivo nel sostenere la moglie durante la gravidanza, partecipino ai corsi di preparazione alla nascita e assistano al travaglio e al parto, e sono considerati riprovevoli se non si attengono a queste prescrizioni sociali.

L'adattamento psicologico alla gravidanza

Le reazioni psicologiche durante la gravidanza sono contrastanti: emozioni positive che aumentano il benessere psicologico coesistono con ansie e sentimenti depressivi.

La gravidanza può esacerbare una vulnerabilità psicologica sottostante: fattori ormonali o specifici elementi di stress talvolta scatenano reazioni depressive, più consistenti in donne con precedente storia di disordini affettivi non legati alla riproduzione.

Infatti è frequente che la depressione postpartum abbia dei precursori durante la gravidanza, dal momento che si riscontra maggiormente in donne che hanno avuto problemi già nella fase prenatale.

Pertanto lo stato psichico materno influisce direttamente sul bambino:

- figli nati da madri con problemi psichiatrici hanno un peso inferiore rispetto a quello dei figli di madri non disturbate;

- fumo di sigarette e scarsità di controlli clinici, più frequenti in madri stressate e con scarse risorse materiali e sociali, sono associati a un basso peso alla nascita.

Recenti studi sottolineano che non è il numero di eventi stressanti che incide sull'esito della gravidanza ma la valutazione cognitiva dell'accaduto e le risorse che la donna è in grado di attivare per affrontarli ovvero le strategie di coping che adotta.

Dunque sono le caratteristiche e risorse personali a giocare un ruolo cruciale nella possibilità di mitigare gli effetti di eventi che provocano intensi stati di sofferenza.

Alla scarsità di risorse sociali corrispondono più eventi negativi, minor supporto sociale e accesso alle informazioni.

Gli eventi negativi e la carenza di supporti generano a loro volta problemi emotivi, diminuzione dell'autostima, stress, ansia e depressione mentre lo scarso livello di scolarità e la mancanza di informazioni che ne consegue, sono connessi a problemi cognitivi, quali la valutazione e credenze errate, amplificazione dei rischi e delle potenziali complicanze.

Una critica mossa alle ricerche fino ad oggi svolte nell'ambito della psicologia della gravidanza, è che esse hanno sempre valutato i fattori che influiscono sugli esiti negativi problematici e patologici della gravidanza a scapito di quelli positivi in grado di promuovere il benessere della donna.

Restano quindi scarsi i contributi della ricerca che analizzano i sentimenti positivi di profonda felicità, orgoglio, soddisfazione, energia ed entusiasmo che pure fanno parte dell'esperienza della maggioranza delle donne.

LA FASE PERINATALE E IL PUERPERIO

Assistenza al parto e qualità dell'esperienza

I nuovi centri di nascita alternativa hanno limitato al massimo gli interventi medici e il parto è adeguatamente seguito dalle ostetriche anche se i ginecologi, in merito, hanno posto resistenza e la *sfida* è ancora aperta.

Un'esperienza interessante in merito è quella del progetto *Changing Childbirth* (cambiare il parto) sostenuto dal governo inglese a partire dai primi anni novanta:

L'obiettivo principale è riportare la donna al centro dell'esperienza rispettandone i suoi valori, preferenze e rispondendo ai suoi bisogni effettivi.

Il progetto si basa su tre principi chiave dell'assistenza ostetrica, ritenuti strumenti capaci di favorire e sostenere il processo nella donna, di adattamento alla nascita:

1. Scelta;
2. Controllo;
3. Continuità;

1. Scelta

Intesa come la possibilità da parte della donna, di esprimere le proprie preferenze tra le opzioni assistenziali in merito alla gravidanza, parto e periodo postnatale e si fonda sull'informazione e conoscenza ritenuti gli elementi fondamentali per poter scegliere e decidere.

2. Controllo

È il grado di coinvolgimento attivo della donna nell'assistenza ed è estremamente collegato al concetto di scelta e varia da individuo a individuo in base a caratteristiche personali e al contesto socioculturale di provenienza.

Molte donne sentono di poter controllare la situazione (autostima) e di potersi impegnare (coinvolgimento) nelle attività migliorandole e come atto di sfida intesa come opportunità di crescita. Se la persona ha alti livelli di controllo, impegno e sfida, sarà più facilmente in grado di gestire lo stress e mantenere l'equilibrio psicologico.

3. Continuità

Intesa come continuità assistenziale anche durante il puerperio. Il periodo postnatale è caratterizzato dall'apprendimento delle abilità parentali e dallo sviluppo della relazione con il bambino. Pertanto è una fase particolarmente importante per il benessere fisico e psicologico della madre.

Un esempio italiano ispirato a questi principi è il *Centro nascita alternativo* presso il *Dipartimento di ginecologia e Ostetricia dell'Università di Genova*, all'interno dell'*Ospedale San Martino*.
Queste condizioni sono ideali per mettere in atto le raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità in merito all'assistenza al parto:

- il travaglio è affidato alle cure ostetriche, avviene nella propria stanza con accanto il compagno o una persona con cui si desidera condividere l'esperienza, in intimità e privacy;
- il periodo espulsivo può avvenire nella stessa stanza oppure, se si sceglie il rilassamento in acqua, nella stanza con vasca appositamente predisposta;

- Non si eseguono tricotomia e clistere, la donna è invitata ad adottare la posizione preferita durante il travaglio e il periodo espulsivo e si possono assumere liberamente bevande e cibi leggeri e viene limitato il ricorso all'episiotomia ai casi in cui esista indicazione e alla nascita viene facilitato l'instaurarsi del legame madre-bambino rimandando l'esame di routine del neonato a due ore dopo.

Con l'assistenza ostetrica, ne risulta che per le donne a basso rischio, gli esiti clinici non mostrano alcun peggioramento della qualità e si rileva una riduzione dell'intervento clinico durante il travaglio e il parto.

Per quanto riguarda la soddisfazione da parte delle donne, non è facilmente rilevabile in quanto è un concetto multidimensionale che comprende vari aspetti i quali, talvolta, sono difficilmente integrabili fra loro, ad esempio:

Si può essere soddisfatti della disponibilità degli operatori ma non dei servizi ospedalieri; del tipo di analgesia ricevuta durante il parto ma non del grado di informazione ottenuta dal Medico.

Si evidenzia però che il supporto ricevuto dalle ostetriche, insieme alle aspettative positive nei confronti del parto e alla partecipazione attiva nel processo della nascita, concorrono ad aumentare il livello di soddisfazione per l'esperienza.

Il parto strumentale

Il dolore, un travaglio prolungato e l'uso di procedure chirurgiche tendono a generare insoddisfazione e depressione nelle settimane successive al parto, anche se i dati delle ricerche sono eterogenei.

L'Italia è al primo posto per il numero di parti cesarei (1 su 3: problemi legali? incentivi economici?). Le donne con parto cesareo non mostrano un significativo aumento di depressione post partum ma l'insoddisfazione per il tardato contatto con il bambino rimane anche a distanza di dodici mesi dal parto

Caratteristiche personologiche mediano in senso
positivo o negativo l'interpretazione
dell'esperienza e l'insorgenza di conseguenze
psicologiche dopo la nascita del bambino con il
cesareo:

- *Senso di fiducia qualsiasi cosa accada, è presente fiducia in se stesse e nello staff e non mostrano sintomi da stress nel postparto;*
- *Le aspettative si trasformano in delusione (incongruenza rispetto alle aspettative) e può verificarsi dopo il parto un disturbo post traumatico da stress nel puerperio;*

- *Le paure diventano realtà* (aspettative già negative che qualcosa vada male e il parto è vissuto come un trauma) sono meno frequenti e gravi le reazioni da stress dopo il parto;
- *Confusione e amnesia* (già ricoverate in condizioni mediche gravi come sanguinamento e dolore severo) ma non sono riportati sintomi da stress dopo il parto;

La ripresa fisica dal parto

Durante il puerperio le donne riferiscono di sentirsi molto stanche spesso fino a sei mesi dopo la nascita del bambino; possono associarsi altri fattori quali carenza di sonno, mancanza di supporto, fatica nelle cure del bambino che aggravano e prolungano la condizione di stanchezza e favoriscono l'insorgenza di stati depressivi.

Altri sintomi piuttosto frequenti sono:
mal di schiena, problemi sessuali, disturbi
intestinali, dolore perineale, mal di testa,
incontinenza urinaria e mastite.

L'incidenza dei disturbi tende a ridursi progressivamente nei primi mesi dopo il parto ma circa in un quarto delle donne persistono anche dopo sei mesi dalla nascita del bambino, (il puerperio solitamente si ritiene comprenda le prime sei settimane anche se dai risultati delle ricerche questi termini sono da riconsiderare).

Reazioni emotive nel puerperio

Frequentemente si riscontra una forma depressiva lieve nel 70-80% delle donne, Baby

Blues caratterizzata da:

tristezza, ansia, fluttuazioni dell'umore, irritabilità, stanchezza, aumentata sensibilità e tendenza al pianto.

Le donne riferiscono di sentirsi sopraffatte dai propri sentimenti e sorprese dalle proprie reazioni emotive percepite come irragionevoli; può verificarsi uno scarso coinvolgimento nei confronti del bambino, eccessiva preoccupazione per il suo benessere o sensazioni di inadeguatezza nell'accudirlo

I *baby blues* hanno un picco tra la terza e quarta giornata dopo il parto e possono durare da poche ore fino a qualche giorno e tendono a risolversi entro i primi dieci-quindici giorni dalla nascita del bambino.

Si è *ipotizzata* un'origine fisiologica data da cambiamenti ormonali che potrebbero essere coinvolti nella regolazione dell'umore (riduzione drastica degli estrogeni e progesterone). Resta comunque una reazione emotiva transitoria e frequente che non ha alcuna conseguenza né sulla madre né sul bambino.

Più grave è la Depressione Postpartum che colpisce il 10-15% delle puerpere e generalmente si verifica circa quattro settimane dopo il parto e tende a persistere fino a sei mesi dopo il parto per il 25% delle donne che ne soffrono e se non si sottopongono a trattamento Risultano ancora depresse dopo un anno.

I sintomi della *depressione postpartum* sono simili a quelli di un episodio di Depressione Maggiore e interferiscono sia sugli impegni domestici e lavorativi sia sullo sviluppo e il mantenimento della relazione con il bambino. Subentrano anche fantasie di fuga dalle responsabilità, di essere abbandonate dal partner, di fare del male al bambino o a se stesse

Cognitivamente sono presenti sintomi quali difficoltà e incapacità di pensare chiaramente, di prendere decisioni, di concentrazione e memoria.

L'umore è depresso con sentimenti di inadeguatezza, fallimento, impotenza, senso di colpa e vergogna, confusione, ansia o panico.

Dal punto di vista del comportamento è presente un marcato calo dell'interesse per le attività precedentemente gradite, ritiro sociale, incapacità ad affrontare i compiti quotidiani, disinteresse per la cura personale, cambiamenti nell'alimentazione, nel ritmo sonno veglia e diminuzione dell'energia e della motivazione a intraprendere attività.

Sono state *ipotizzate* cause organiche come la diminuzione degli ormoni, ipofunzionalità tiroidea, calo delle endorfine, alterazione di alcuni Neurotrasmettitori; e cause psicologiche e sociali quali una pregressa storia di disturbi psichiatrici prima e durante la gravidanza e assenza di supporto sociale, basso livello socioeconomico, eventi di vita negativi nell'anno precedente al parto.

Il trattamento più comune consiste nella somministrazione di farmaci antidepressivi ed anche la psicoterapia cognitiva rappresenta una valida ed efficace alternativa e nelle forme più gravi l'integrazione dei due trattamenti è la modalità più adeguata

La transizione alla maternità

La transizione alla genitorialità si basa su quattro aree problematiche principali:

- *impegno fisico associato alle cure parentali*
periodo di stress caratterizzato dalla mancanza di sonno e dalla fatica costante;

- *Tensione nella relazione coniugale*

legata a riduzione del tempo trascorso insieme, a cambiamenti nella sessualità e alla sensazione che il figlio sia più importante del partner;

- *stress emotivo*

dato dalla percezione della nuova responsabilità e ai dubbi circa la propria competenza come genitore;

- *Costi economici e restrizioni sul piano relazionale e sociale*

Per affrontare i problemi indotti dal divenire genitori sono importanti:

- *strategie di coping* (modalità di affrontare gli eventi);
- *lo stile cognitivo* (stile attribuzionale);

- le *aspettative* (gap, congruenza o meno tra aspettative e realtà);
- *supporto sociale*;
- *la relazione di coppia*;
- *le condizioni sociali*;
- *gli eventi di vita*;
- *la ripresa al lavoro* (conflitti sensi di colpa)

Valutare e promuovere il benessere delle madri

Il *benessere* è considerato come assenza di Sintomi di malessere cioè di stati psicologici o sintomi fisici negativi ed un costrutto per definirlo è stato proposto da Ryff e Keyes (1995) che hanno individuato sei distinte costituenti che descrivono il funzionamento psicologico positivo:

1. L'accettazione di se stessi e del proprio passato;
2. Il senso di crescita continua e di sviluppo personale;
3. La consapevolezza che la propria vita ha un senso e uno scopo;
4. La capacità di instaurare relazioni sociali positive;
5. Il senso di padronanza e competenza nel gestire l'ambiente;
6. La capacità di autodeterminazione e autonomia

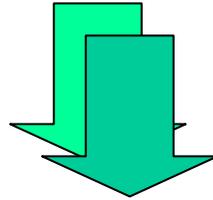
L'*autonomia* e il senso di *padronanza e controllo* sull'ambiente sembrano specificamente rilevanti durante l'esperienza del parto e vengono talvolta citati spontaneamente dalle donne come dimensioni importanti della maternità.

L'attaccamento e la relazione madre e bambino sono considerati processi naturali ma la ricerca psicologica e l'esperienza materna dimostrano il contrario. Il processo di attaccamento si estende e si modifica nel tempo, impegna molte risorse fisiche ed emotive e non può essere dato per scontato ma necessita di preparazione, attenzione e cure costanti.

Si evince che il principio della *continuità* assume una forte valenza e risorsa nel promuovere e garantire il benessere della donna nell'importante e delicato periodo del puerperio ed oltre fintanto che la donna ne sente la necessità ed il bisogno.

POSSIBILI
DISFUNZIONI SESSUALI
LEGATE ALLA NASCITA DI UN FIGLIO

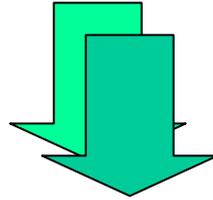
SESSUALITA'



Viaggio a tappe, che ciascuno di noi compie nel crescere verso una dimensione sessuale che gli è propria.
Parte integrante dell'individuo, ne costituisce l'essere.

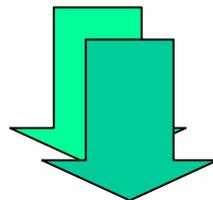
MODO DI ESSERE NEL MONDO.

IDENTITA' SESSUALE



Modo in cui la persona, in quanto essere sociale, si manifesta e viene percepita dagli altri come un certo tipo di uomo o di donna.

RUOLO SESSUALE



Insieme delle aspettative sociali a cui occorre uniformarsi per essere considerato uomo o donna.

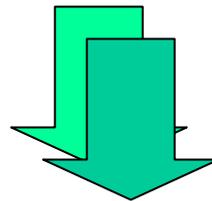
RAPPORTO SESSUALE

Espressione dell'incontro fisico e psichico tra due persone.

Modalità relazionale nella quale entrano in gioco i vissuti, le emozioni, la propria storia personale ed il dato corporeo.

MODELLO ANDROCENTRICO

Basato sull'efficienza



MODELLO LUDICO – RELAZIONALE

Basato sul gioco

RISPOSTA SESSUALE ADEGUATA

Presume uno stato psicologico che consente una
considerazione globale di sé (cosciente)
capace di concedersi l'abbandono regressivo alle proprie

emozioni,

sentimenti,

Immagini,

e fantasie,

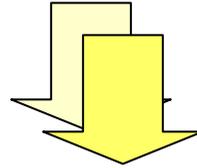
senza essere da esse sommersa o completamente obnubilata,
in una COSTANTE CONSAPEVOLEZZA del tempo
presente, delle proprie sensazioni, dei propri pensieri e della
presenza dell'altro.

RISPOSTA SESSUALE INADEGUATA

Si pone al contrario in una
REAZIONE PSICOSOMATICA
che sfugge al controllo consapevole del soggetto.

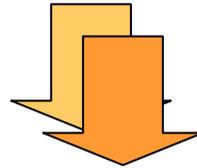
Caratterizzato dall'attivazione di un livello
coscienziale inferiore (protocoscienza),
dove il soggetto perde la possibilità di amministrarsi in
quanto il proprio agire e pensare è dominato da
automatismi affettivo-motori.

PROTOSCSCIENZA



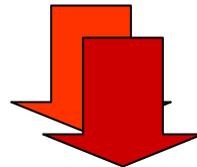
Attiva automatismi affettivo-motori

(ancestrali)



Dando origine a

REAZIONI DISADATTIVE

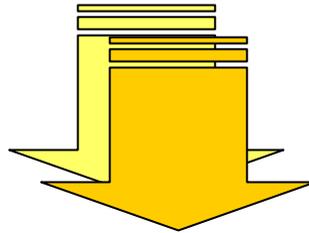


DISTURBO SESSUALE

SPECTATORING

Il soggetto focalizza l'attenzione alla risposta fisiologica compromessa controllando ossessivamente se si verificano i segni di un superamento spontaneo del disturbo.

Il guardarsi e/o guardare l'altro trasforma il soggetto da attore coinvolto in un piacevole gioco di scambio erotico in critico spettatore di sé stesso.

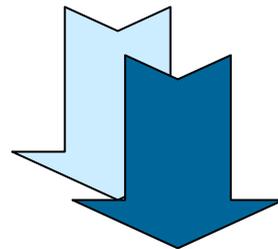


1. Aumento del livello di tensione emotiva.
2. Consente il riproporsi del disturbo.

IMPOTENZA SESSUALE

INCAPACITÀ DI ESSERE UOMO o DONNA,

che può nascere dalla reale o presunta compromissione di tutte o alcune delle variabili anatomico-fisiologiche e psicologiche-comportamentali che caratterizzano la VIRILITA' o la FEMMINILITA', in un determinato contesto socioculturale.



Portando così ad un

VISSUTO DI INADEGUATEZZA

IMPOTENZA SESSUALE

Ha una

PSICOEZIOLOGIA MULTICAUSALE.

Lo stesso sintomo è dato dal concorso di più fattori eziologici variamente combinati tra loro:

Riferiti alla dimensione:

- ✓ Fisiologica,
- ✓ Cognitiva,
- ✓ Emotiva,
- ✓ Relazionale,

della persona

IMPOTENZE



ORGANICHE

Compromissione dello stato di salute dovuto ad un danno funzionale di un organo e/o di un apparato o al sorgere di una grave malattia.
(comprende le impotenze IATROGENE)



PSICHICHE

Risposta psicosomatica a fronte di una conflittualità intrapsichica, ad una relazione patogena o ad un fattore ambientale traumatizzante



MISTE

Concomitanza di fattori organici e psicologici

IMPOTENZA



DELL' UOMO

Incapacità di essere uomo.



DELLA DONNA

Incapacità di essere donna.



DI COPPIA

(Trascende dalle due componenti per dipendere dalla loro
combinazione)

Compromissione della funzione sessuale, che può colpire uno,
o l'altro o entrambi i membri della coppia.

Deriva dall'instaurarsi di strutture comunicazionali patogene,
che trovano nella funzione sessuale il luogo dove manifestarsi.

IMPOTENZA DI COPPIA

1. DA ALLEANZA

Basata su una tacita alleanza
dove ognuno si nasconde dietro il disturbo dell'altro.
(Coppie bianche).

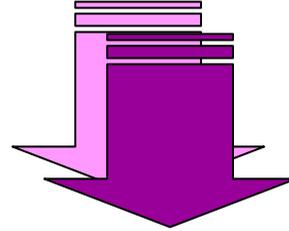
2. DA OSTILITA'

Rapporto basato su una grossa ostilità,
dove il portatore del sintomo è l'aggressore-passivo.

3. SECONDARIA

Basata su una relazione infermieristica
dove la malattia diventa occasione di unione.

GRAVIDANZA



Porta a imponenti cambiamenti

- ✓ nel Corpo,
- ✓ nella Psiche,
- ✓ nel Ruolo Sociale,

in entrambi i membri della coppia.

PRIMO TRIMESTRE

di gravidanza

Possono insorgere alcune difficoltà legate a:

- Precario legame di coppia,
- Ostilità o ambivalenza verso una gravidanza non del tutto voluta,
- Riacutizzarsi di stress e conflitti,
- Disinformazione,
- Fantasie o paure,
- Diminuzione del desiderio sessuale a causa di sintomi fisici:

Nausea,

Astenia,

Vomito,

Sonnolenza.

- Timore di danneggiare il progredire della gravidanza,
- Modificazione affettiva della coppia.

SECONDO TRIMESTRE di gravidanza

A differenza degli altri due trimestri,

E' caratterizzato da:

- Buona intesa sessuale,
- Cessa l'impegno contraccettivo,
- Maggiore disponibilità a darsi all'altro,
- Aumento della vascolarizzazione pelvica (vasocongestione dell'orifizio vaginale) con maggiore soddisfazione sessuale.

TERZO TRIMESTRE di gravidanza

La riduzione della vita sessuale è legata a:

- Difficoltà fisiche:
 - Volume dell'addome,
 - Dolori lombari,
 - Fatica.
- Timore di fare male al feto durante il rapporto,
- Fantasia maschile che il proprio genitale venga “guardato” dal bambino,
- Difficoltà di integrazione dell'immagine del figlio nella coppia.

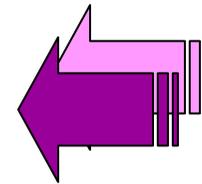
NELL' UOMO

Durante la gestazione

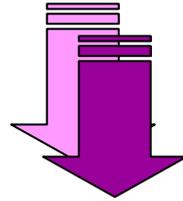
Possono comparire frequenti somatizzazioni quali:

- ✓ Disturbi gastrici,
- ✓ Malanni vari,
- ✓ Vere e proprie malattie.

L'evidenza della paternità, conferma
nell'uomo
la propria VIRILITA'
favorendo la soddisfazione.



ALLA FINE DELLA GRAVIDANZA



NELLA DONNA

Il calo dell'attività e della soddisfazione sessuale può essere dato dall'insorgere di:

- ✓ Paura del parto,
- ✓ Fantasie legate al dolore,
- ✓ Timore per la “normalità” del figlio,
- ✓ Sogni a volte strani e drammatici.

DOPO IL PARTO

Numerose donne sono disponibili assai lentamente alla ripresa sessuale, segnalando una posizione di :

✓ Frigidità,

✓ Astenia,

✓ Dolori,

(con possibilità di crisi vaginismiche)

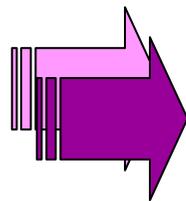
✓ Perdite vaginali irritanti.

La maggior parte delle puerpere giunge alla ripresa dei rapporti entro le 6-8 settimane dal parto.

L'ALLATTAMENTO

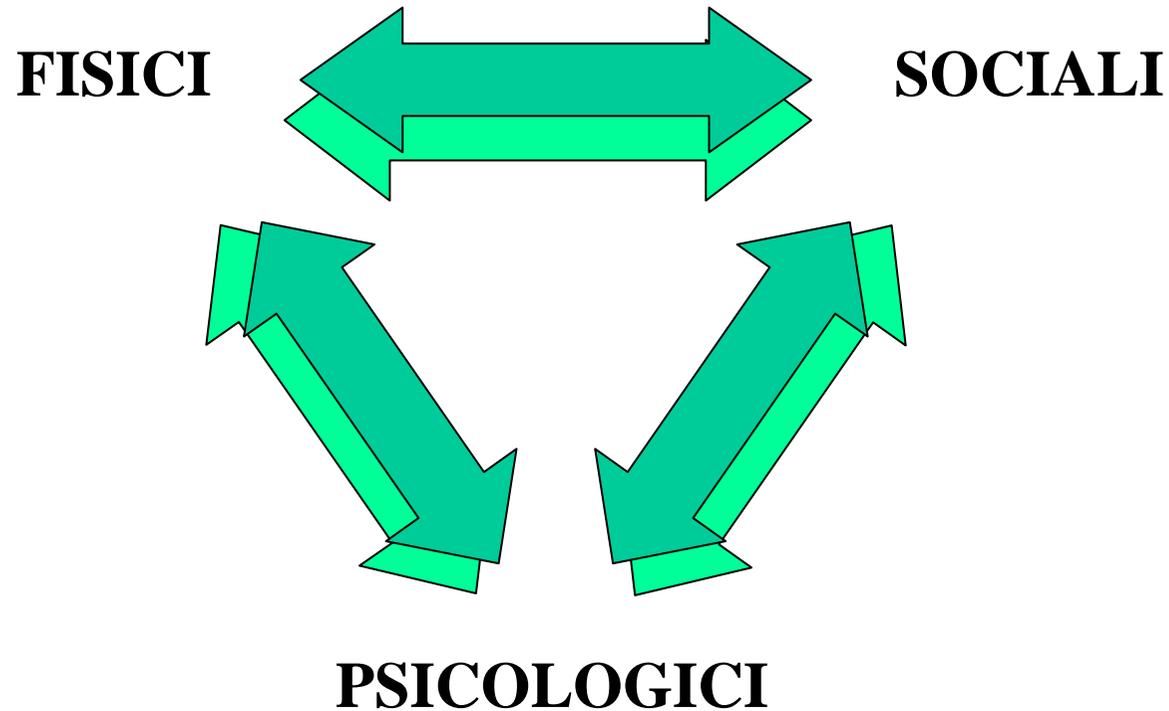
Lo stimolo della suzione può risvegliare nella donna

- ✓ Particolare interesse,
- ✓ Desiderio,
- ✓ Piacere sessuale.



L'immagine totalizzante della
maternità
è in antitesi con l'erotismo

Tali cambiamenti nella sfera sessuale
della coppia di neo genitori
sono dunque causati da diversi fattori:



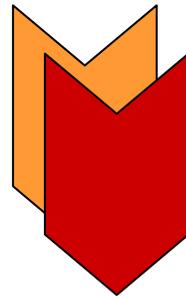
Interdipendenti tra loro

PRINCIPALI DISTURBI SESSUALI

della coppia

prima, dopo e durante la gravidanza

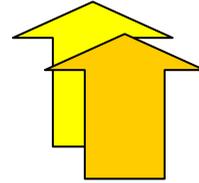
DISFUNZIONI SESSUALI



Formate da una serie di sintomi (disturbi),
e da un vissuto di incapacità di essere UOMO o DONNA,
che entrano nell'ambito dell'agire e del sentire

IMPOTENZA

(Incapacità dell'essere).



DISFUNZIONE

(Incapacità del fare).



SINTOMO

(Disturbo sessuale).

1. DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

Desiderio

sentimento di attesa e di ricerca dell'attività sessuale, mosso dal bisogno e attivato da incentivi endogeni ed esogeni.

IPOEROSIA (ANEROSIA)

Disturbo sessuale ipoattivo che indica la carenza o la completa assenza del desiderio sessuale.

In genere si verifica nelle impotenze di coppia da ostilità come sintomo-rifiuto dell'aggressore-passivo.

2. DISTURBI DELLA FREQUENZA

Nella coppia possono verificarsi durante la gestazione condizioni di bassa frequenza:

- Assenza dei rapporti,
- Frequenza rara,
- Incostante,

Definite prendendo in considerazione il mutare delle abitudini della coppia.

COITOFOBIA

Ansia o repulsione del contatto genitale che può riguardare globalmente il coito o un aspetto di esso (sperma, movimento ...)

Può portare ad attacchi di panico.

3. DISTURBI DELL'EREZIONE

ANEREZIONE

Incapacità di raggiungere un'erezione nel rapporto sessuale.
Mentre con la masturbazione o nelle polluzione notturne
questa non è compromessa.

DEFICIT ERETTILE

Perdita dell'erezione durante le diverse fasi del rapporto sessuale
preliminari, penetrazione, fase di plateau o prima dell'orgasmo.

4. DISTURBI DELL'EIACULAZIONE

EIACULAZIONE PRECOCE

Associata ad una particolare brevità della latenza eiaculatoria e ad un vissuto di insoddisfazione.

EIACULAZIONE RITARDATA

Richiede un tempo particolarmente lungo per raggiungere l'emissione dello sperma durante la penetrazione.

EIACULAZIONE ASSENTE

Incapacità di raggiungere l'eiaculazione durante il rapporto sessuale.

5. DISTURBI DEL PIACERE

ANAFRODISIA

Anestesia delle zone erogene ed in particolare dei genitali, che può essere generalizzata (totale) o limitata ad alcune parti (parziale)e si accompagna in genere alla mancanza di orgasmo.

ANORGASMIA

Caratterizzata dalla assoluta mancanza delle reazioni orgasmiche (totale).

Oppure l'acme orgasmico è presente ma si realizza con una certa percezione piacevole che tuttavia non coinvolge l'abbandono e l'irradiarsi del piacere a tutto il corpo (parziale).

DISPAREUNIA

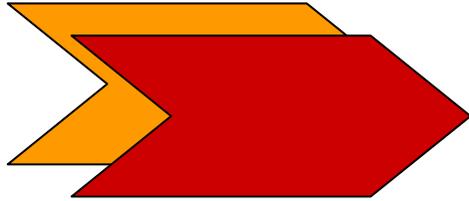
Sensazione di dolore avvertita prima, durante, o dopo il coito che può essere localizzata ai genitali, ma può interessare anche altre aree corporee (seno, capezzoli, cosce). Il dolore può essere di intensità diversa, dal semplice fastidio al male insopportabile, riferito come bruciore, trafittura o senso di lacerazione dei tessuti.

VAGINISMO

Contrazione spastica e involontaria dei muscoli perivaginali e perivulvari che determina la chiusura serrata dell'ostio vulvare e quindi impedisce la penetrazione o la rende particolarmente dolorosa.

Anteriore = interessa principalmente il muscolo costrittore della vulva.

Posteriore = dovuto alla contrattura dell'elevatore dell'ano. (penis captivus)



Tali
DISFUNZIONI SESSUALI
rientrano nella sfera psichica.

Hanno una eziopatogenesi che si fonda
sul concetto di multifattorialità

Sono veri e propri
DISTURBI PSICOSOMATICI
che si fondano su una rete causale di
determinanti:

Biologici,
Psicologici,
Sociali.