

Modalità di parto a confronto: impatto psicologico del parto spontaneo e del taglio cesareo

FIGURELLA MONTI, FRANCESCA AGOSTINI, BARBARA DIVIZIA, RABIH CHATTAT, RAMONA FAVA¹

Introduzione

Per il progressivo affinamento delle tecniche d'intervento in ostetricia e per il cambiamento della struttura familiare, l'ospedale è diventato progressivamente il luogo dove, nella gran maggioranza dei casi, si nasce. Secondo recenti statistiche dell'ISTAT (Sabbadini, 2001), la quasi totalità delle donne italiane partorisce nelle strutture ospedaliere: l'88,9% in quelle pubbliche, il 6% in quelle accreditate, il 4,8% in quelle private, e solo lo 0,3% in casa. Su un campione, quindi, di due milioni e 439.000 donne sul territorio italiano, emerge una "forte tendenza alla medicalizzazione della gravidanza e alla sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche" (Sabbadini, 2001).

Un altro dato che emerge è l'alta frequenza di tagli cesarei praticati sul territorio italiano, con medie del 35% nell'Italia meridionale e del 38% nell'Italia insulare. L'Istituto Superiore di Sanità riporta il cambiamento della percentuale di parti cesarei, dal 1996 al 1999, dal 28% al 32,9%. La quota di tagli cesarei risulta superiore di oltre 13 punti percentuali rispetto alla quota massima del 15% di cesarei fissata nel 1985 dall'OMS-WHO (Organization Mondiale de la Santé-World Health Organization, 1985). La percentuale di cesarei, inoltre, che viene praticata nelle strutture private raggiunge il 50%, quasi il doppio, di ciò che avviene nelle strutture pubbliche, 27,3%, o in quelle accreditate, 30,6% (Sabbadini, 2001).

Nella pratica ostetrica italiana, il ricorso al cesareo è di routine nel caso di presentazioni podaliche e pregresso cesareo (Signorelli,

¹ Prof.ssa Fiorella Monti Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna, Viale Berti Pichat, 5 - 40124 - Bologna - tel. 051-2091843 fax 051-243086, e-mail: fiorella.monti@unibo.it.

Cattaruzza, Osborn, 1995). I fattori di mortalità e morbosità neonatali attribuibili esclusivamente al taglio cesareo, sottraendo quindi i rischi legati a sovrapponibili patologie materno-fetali, possono riguardare uno stress respiratorio neonatale per aspirazione di liquido amniotico e un alterato riassorbimento di liquido alveolare con rischio d'ipertensione polmonare persistente nel neonato (Henderson, Love, 1995; Lydon-Rochelle, Holt, Martin, Easterling, 2000). Alcuni autori confermano un aumento di rischi per la salute del bambino e la donna dopo un cesareo, soprattutto in caso di indicazione inappropriata (Madar, Richmond, Hey, 1999; Lydon-Rochelle *e al.*, 2000). L'uso di analgesici e anestetici, che attraversano rapidamente la placenta, può deprimere nel neonato la respirazione e la capacità di suzione. In situazioni ottimali queste anomalie del comportamento, in genere non rilevanti, possono avere modeste conseguenze relazionali, ma se la salute del neonato è precaria o se i genitori vivono in modo stressante quest'esperienza, si può sviluppare una inadeguata interazione fra madre, padre e figlio.

Le "raccomandazioni sulla nascita" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1985-97) mettono in evidenza alcuni punti:

- necessità di supporto psicologico durante il parto, con possibilità per la donna di scegliere una persona di fiducia che l'accompagni durante il travaglio;

- partecipazione attiva della donna sia rispetto alle decisioni inerenti il parto sia nella scelta della posizione più adeguata durante il travaglio e il parto;

- quota massima di cesarei del 15% da praticare solo per effettiva necessità.

Gli studi psico-sociali sul parto cesareo evidenziano che tale procedura non solo può attenuare l'esperienza positiva del parto, ma può comportare conseguenze psicologiche negative (Fisher, Stanley, Burrows, 1990). Alcune ricerche (Prezza, Di Mauro, Giudici, Violani, Vaccari, Faustini, 1984) hanno rilevato come le donne che arrivano al parto con una maggiore ansia e paura tendono ad accumulare un livello superiore di stress, fino al punto da richiedere un cesareo pur non essendovi una necessità medica. In un minor numero di casi tale richiesta è motivata da un parto precedentemente difficoltoso. Molto spesso queste situazioni sottendono la paura materna di non essere in grado di sopportare il do-

lore o il timore che il parto possa essere causa di gravi lesioni fisiche, per sé o per il bambino.

Altro elemento che sembra essere importante nel determinare l'impatto psicologico del cesareo è il grado in cui le donne percepiscono la sua necessità. Uno studio (Hillan, 1992), su donne a tre mesi dopo il parto cesareo, ha rilevato che il 20% non conosceva i motivi per i quali era stato fatto il cesareo o la ragione era completamente fraintesa, e un ulteriore 16% aveva solo un'idea parzialmente corretta. Le modalità secondo le quali il parto avviene sono ricordate, anche a distanza d'anni, in modo spesso intenso, in particolare l'inizio del travaglio, la rottura delle membrane, l'arrivo in ospedale, l'azione di medici e delle ostetriche, la nascita e il primo contatto con il neonato. È quindi verosimile pensare che questo momento incida sulla relazione madre-bambino, almeno inizialmente, e soprattutto se si verificano condizioni diverse da quelle immaginate.

L'importanza del parto spontaneo nel riconoscere il nato da sé come figlio, è indirettamente confermata dalla maggiore difficoltà incontrata dalle donne sottoposte a cesareo, soprattutto in anestesia totale: mancando un segnale concreto d'interruzione rimane, nella donna che ha avuto un parto cesareo, una fantasia di gestazione senza fine e il vissuto di un'esperienza incompiuta (Vegetti Finzi, 1990).

Il bambino "non partorito" si presta a ricevere le proiezioni idealizzanti della madre, ma in genere bastano pochi giorni di stretto contatto in un ambiente facilitante, perché il figlio reale prenda posto fra "le braccia e i pensieri della madre". Già le ricerche di Brazelton (1981) avevano rilevato che una madre può sentirsi disorientata anche se il parto è stato naturale, ma dopo un cesareo, soprattutto se d'urgenza e in anestesia totale, *"non solo si sente violata nel suo corpo in seguito all'operazione, ma ha l'impressione di essere derubata del proprio bambino"*. Kendell e collaboratori (1987) avevano rilevato un numero maggiore di donne sottoposte a cesareo che si rivolgevano ai servizi psichiatrici dopo il parto, e più recentemente altri autori hanno confermato un aumento della frequenza della depressione (Edwards, Porter, Stein, 1994) e del *distress* psicologico (Reichert, Baron, Fawcett, 1993; Francome, Savane, Churchill, Lewison, 1993), soprattutto nei casi in cui il taglio cesareo sia effettuato in anestesia generale, rispetto a quella locale epidurale.

La connotazione traumatica del taglio cesareo può portare, quindi, a

definirlo come un evento stressante multiplo, che acuisce i sentimenti d'inadeguatezza e l'ansia di ruolo, aspetti che possono ostacolare il primo incontro madre-bambino, incidendo negativamente sul "periodo sensibile" per l'attaccamento. Il cesareo non è, pertanto, un "*evento primario irreversibile*", ma costituisce un impatto stressante su "*una relazione in fieri con la propria stabilità epigenetica*" (Holmes, 1993).

Da uno studio di meta-analisi sulle ricerche che riguardano gli effetti psicologici del taglio cesareo (Clement, 2001) emerge che in 11 studi sono stati evidenziati indici maggiori di depressione in donne dopo un cesareo rispetto alla nascita spontanea. Questi dati potrebbero suggerire che il tipo di nascita possa predire ed essere responsabile nell'eziologia della depressione *post partum*, ma accanto ad altri fattori, anche se indirettamente legati alla nascita, come: una precedente storia psichiatrica, difficoltà coniugali, scarsi supporti sociali, gravidanza voluta o meno ed eventi stressanti nel periodo gravidico (Mercer, Stainton, Ferketich, 1984; Riley, 1995).

Le manifestazioni depressive della donna, che compaiono nel post-partum, possono essere collegate alla rievocazione di un travaglio percepito come angoscioso e stressante, alla difficoltà nell'identificarsi con il ruolo materno, ad un diminuito interesse affettivo verso il coniuge, al pessimistico esame di realtà riguardo se stesse, al proprio partner ed alla dimensione familiare e futura della propria vita (Salvini, 1993).

In uno studio tendente ad identificare fattori che possono influenzare il metodo di parto (Donati, Andreozzi, Grandolfo, 2003) sono state analizzate le preferenze di più di mille donne, dopo la nascita del loro primo bambino, rispetto al parto naturale e cesareo: al contrario di una tendenza ad incrementare i parti cesarei per motivi soprattutto finanziari (infatti la chirurgia col parto cesareo è pagata dal SSN con una cifra quattro volte più alta che l'assistenza al parto naturale), dalla ricerca emerge che la maggior parte delle donne preferiscono, o si dicono soddisfatte dal parto spontaneo.

Obiettivo e metodo

L'obiettivo di questo studio è quello di esplorare le conseguenze psicologiche del taglio cesareo a breve distanza dal parto. L'ipotesi è

che l'impatto psicologico di tale tipo di parto sia maggiormente negativo rispetto a quello del parto spontaneo, come già suggerito dalla letteratura. A tal fine si sono confrontate modalità di parto *eutocico* e *distocico*, includendo anche il confronto legato alla parità (primipare e pluripare).

Campione

Il campione è costituito da 249 donne, con età media di 30.8 anni (DS = 5,05, min-max = 17-43), reperite presso Reparti ospedalieri di Ostetricia e Ginecologia di piccole città dell'Emilia-Romagna. Le principali caratteristiche socio-demografiche sono presentate in Tab. 1.

Variabile	N	%
Comune di residenza	110	44,2
Città	139	55,8
Paese		
Stato civile		
Coniugata	234	94,0
Nubile	14	5,6
Separata/Divorziata	1	0,4
Livello di scolarità		
Elementare	2	0,8
Media inferiore	92	37,0
Media superiore (3 anni)	9	3,6
Media superiore (5 anni)	119	47,8
Università	27	10,8
Professione		
Operaia	41	16,5
Impiegata	101	40,5
Libera professionista	15	6,0
Artigiana	4	1,6
Disoccupata/casalinga	52	20,9
Studentessa	7	2,8
Commerciante	13	5,2
Coltivatrice diretta	4	1,6
Pensionata	1	0,4
Lavoratrice stagionale	1	0,4
Non specificato	10	4,0

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche del campione

Rispetto al tipo di parto, il campione è costituito da 157 donne che hanno partorito spontaneamente e 92 con taglio cesareo. Rispetto al numero di figli, nel campione vi sono 159 primipare e 90 pluripare (Tab. 2).

Parto Parità	Parto spontaneo	Taglio cesareo	Tot
Primipare	103	57	160
Pluripare	54	35	89
Tot	157	92	249

Tabella 2 – Caratteristiche del campione in base al tipo di parto e al numero di figli

Rispetto alla modalità di parto, le caratteristiche socio-demografiche non differenziano in modo significativo il gruppo di donne che ha partorito con PS (parto spontaneo) da quelle che hanno partorito con TC (taglio cesareo), eccezion fatta per le seguenti variabili: *a*) comune di residenza: le donne con PS (parto spontaneo) provengono in misura maggiore dal paese (6.096, $gdl = 1$, $p = 0,014$); *b*) professione: le donne con PS sono operaie e impiegate in misura maggiore rispetto alle donne con TC (taglio cesareo), (7.106, $gdl = 1$, $p = 0,008$).

Procedura e strumenti

Il secondo e terzo giorno dopo il parto una psicologa ha contattato le donne, illustrando gli obiettivi della ricerca e, dopo aver ottenuto il loro consenso, ha somministrato i seguenti questionari di autovalutazione: *CES-D*, *SQ*, *SCL-90-R*.

Il *CES-D* (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; Locke e Putnam, 1971) rappresenta un questionario per la valutazione degli stati depressivi ed è ampiamente utilizzato in ambito clinico. È composto da 20 item a risposta multipla, con punteggi che variano da 0 a 3. Il punteggio globale minimo e massimo sono rispettivamente 0 e 60. In soggetti non ospedalizzati, i punteggi al di sopra del 23 indicano la presenza di uno stato depressivo, che necessita di un approfondimento diagnostico. Nella presente ricerca è stata utilizzata la versione italiana di tale strumento (Fava, 1981).

L'SQ (*Symptom Questionnaire*; Kellner, 1987) è un questionario che fornisce indicazioni di stato, e non di tratto, rispetto ad alcune caratteristiche di personalità. È costituito da 92 item (risposta sì-no, vero-falso) che costituiscono quattro scale che rilevano sintomi di disagio psicologico (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) e quattro scale aggiuntive (relative a stati di benessere: rilassatezza, contentezza, benessere fisico, buona disposizione verso gli altri). I punteggi delle scale (min 0-max 23) si ottengono sommando quelli delle sottoscale, assegnando un punto per ogni risposta sì-vero alle sottoscale dei sintomi, e un punto per ogni risposta no-falso alle sottoscale degli stati di benessere. Nella presente ricerca è stata utilizzata la versione italiana, validata da Fava *et al.* (1983).

L'SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*, De Rogatis, Lipman, Covi, 1973; versione italiana: Conti, 1999) è un *self-report symptom inventory* per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale. Il questionario si basa su 9 dimensioni a carattere psicopatologico: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo. Include inoltre un raggruppamento di item addizionali, che fanno riferimento a disturbi dell'appetito, del sonno, pensieri di morte e sensi di colpa. Il questionario fornisce anche 3 indici globali di patologia: GSI (*Global Severity Index*), che combina le informazioni tra numero di sintomi e intensità della sofferenza; PSDI (*Positive Symptom Distress Index*), misura di intensità della sofferenza; PST (*Positive Symptom Total*), misura del numero di sintomi. Il questionario è costituito da 90 item, le cui risposte possibili variano da 0 a 4.

Analisi statistica

I punteggi grezzi sono stati elaborati, a seconda del tipo di variabili, utilizzando il test di Kruskal Wallis, il *t*-test, l'analisi della varianza univariata (ANOVA) e successivamente effettuando i confronti *post-hoc* con il test LSD. L'analisi è stata condotta con il programma statistico SPSS (versione 11.5).

*Risultati**1. Confronto Parto Spontaneo – Taglio Cesareo*

È stata inizialmente esaminata l'eventuale presenza di differenze fra i punteggi ai tre strumenti somministrati alle donne rispetto al tipo di parto (PS e TC). Non sono emerse differenze significative fra i due gruppi al *CES-D* e all'*SQ*, mentre le differenze emerse all'*SCL-90-R* (Tab. 3) indicano come le donne che hanno partorito spontaneamente hanno ottenuto un punteggio maggiore, rispetto alle donne con un taglio cesareo, nelle dimensioni ossessione-compulsione e ansia fobica.

VARIABILE	GRUPPO DONNE PS N=157 Media (DS)	GRUPPO DONNE TC N=92 Media (DS)	F	Sig.
Ossessione-compulsione SCL-90-R	0.683 (0.580)	0.542 (0.480)	3.859	0.051
Ansia fobica SCL-90-R	0.329 (0.502)	0.212 (0.281)	4.192	0.042

Tabella 3 – Differenze significative fra donne PS e donne TC

2. Confronto Primipare/Pluripare – Parto Spontaneo/Taglio Cesareo

Sono state successivamente indagate le eventuali differenze fra le donne in funzione sia della modalità di parto, sia della parità. I punteggi ai tre questionari sono stati analizzati rispetto alle seguenti variabili: primipare parto spontaneo (PSpr), primipare taglio cesareo (TCpr), pluripare parto spontaneo (PSpl), pluripare taglio cesareo (TCpl).

È possibile rilevare (Tab. 4) la tendenza di due gruppi a riportare punteggi più alti rispetto agli altri. In particolare è possibile individuare come:

1. le donne pluripare che hanno avuto un taglio cesareo riportano il punteggio più alto nei sintomi depressivi (*CES-D*), sintomi somatici (*SQ*), somatizzazione, depressione, ideazione paranoie (*SCL-90-R*);
2. le donne primipare che hanno partorito spontaneamente riportano il punteggio più alto rispetto a ossessione-compulsione, ansia fobica, PST (*SCL-90-R*).

VARIABILE	GRUPPO DONNE PSpr N=103 Media (DS)	GRUPPO DONNE TCpr N=57 Media (DS)	GRUPPO DONNE PSpl N=54 Media (DS)	GRUPPO DONNE TCpl N=35	F	Sig
CES-D	16.097 (7.969)	13.245 (7.628)*	12.981 (7.083)*	17.857 (9.598)*	4.234	0.006
Sintomi somatici SQ	9.485 (5.007)	8.052 (4.085)*	9.388 (4.720)*	11.628 (5.196)*	4.056	0.008
Somatizzazione SCL-90-R	0.945 (0.626)	0.759 (0.555)*	0.762 (0.485)*	1.078 (0.725)*	3.166	0.025
Depressione SCL-90-R	0.789 (0.562)*	0.687 (0.500)	0.576 (0.353)*	0.904 (0.731)*	3.199	0.024
Ideazione paranoide SCL-90-R	0.376 (0.429)*	0.347 (0.478)	0.191 (0.247)*	0.390 (0.524)*	2.588	0.054
Ossessione-compulsione SCL-90-R	0.774 (0.612)*	0.510 (0.466)*	0.509 (0.471)*	0.594 (0.504)	4.365	0.005
Ansia fobica SCL-90-R	0.412 (0.580)*	0.204 (0.272)	0.170 (0.235)*	0.226 (0.299)	5.280	0.002
PST SCL-90-R	34.291 (16.754)*	28.719 (15.735)*	27.259 (12.805)*	33.942 (16.794)	3.255	0.022

*indica le differenze fra i gruppi risultate significative ($p \leq 0.05$) al *post-hoc* LSD

Tabella 4 – Differenze significative fra donne PSpr, TCpr, PSpl, TCpl

Sono stati inoltre eseguiti i seguenti confronti a coppie:

1. Primipare: PS – TC

Le differenze significative emerse fra i due gruppi (Tab. 5) indicano che le donne primipare con parto spontaneo riportano un punteggio maggiore, rispetto a quello delle primipare con taglio cesareo, in depressione (CES-D), ossessione-compulsione, ansia fobica e PST (SCL-90-R).

VARIABILE	GRUPPO DONNE PSpr N=103 Media	GRUPPO DONNE TCpr N=57 Media	t	Sig
Depressione CES-D	16.097	13.245	2.200	0.029
Ossessione-compulsione SCL-90-R	0.774	0.510	2.826	0.005
Ansia fobica SCL-90-R	0.412	0.204	2.558	0.011
PST SCL-90-R	34.291	28.719	2.057	0.041

Tabella 5 – Differenze significative fra donne PSpr e donne TCpr

2. *Pluripare: PS – TC*

Delle donne pluripare, quelle che hanno avuto un taglio cesareo riportano sempre un punteggio maggiore rispetto alle donne che hanno partorito spontaneamente in: depressione (CES-D), sintomi somatici (SQ), somatizzazione, depressione, ansia, ideazione paranoide, PST (SCL-90-R), (Tab. 6).

VARIABILE	GRUPPO DONNE PSpl N=54 Media	GRUPPO DONNE TCpl N=35 Media	t	Sig
Depressione CES-D	12.981	17.857	-2.753	0.007
Sintomi somatici SQ	9.388	11.628	-2.101	0.038
Somatizzazione SCL-90-R	0.762	1.078	-2.465	0.015
Depressione SCL-90-R	0.576	0.904	-2.826	0.005
Ansia SCL-90-R	0.631	0.991	-2.542	0.012
Ideazione paranoide SCL-90-R	0.191	0.390	2.919	0.018
PST SCL-90-R	27.259	33.942	-2.124	0.036

Tabella 6 – Differenze significative fra donne PSpl e donne TCpl

3. *PS: primipare – pluripare*

Delle donne che hanno partorito spontaneamente, sono quelle primipare a riportare sempre un punteggio maggiore rispetto alle pluripare in depressione (CES-D), ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo, PST (SCL-90-R), (Tab. 7).

VARIABILE	GRUPPO DONNE PSpr N=103 Media	GRUPPO DONNE PSpl N=54 Media	t	Sig
Depressione CES-D	16.097	12.981	2.415	0.016
Osessione-compulsione SCL-90-R	0.774	0.509	2.775	0.006
Sensibilità interpersonale SCL-90-R	0.425	0.227	2.786	0.005
Depressione SCL-90-R	0.789	0.576	2.524	0.012
Ansia SCL-90-R	0.828	0.631	1.929	0.055
Ansia fobica SCL-90-R	0.412	0.170	2.937	0.003
Ideazione paranoide SCL-90-R	0.376	0.191	2.919	0.004
Psicoticismo SCL-90-R	0.276	0.131	2.622	0.009
PST SCL-90-R	34.291	27.259	2.697	0.007

Tabella 7 – Differenze significative fra donne PSpr e donne PSpl

4. TC: Primipare – Pluripare

Delle donne che hanno avuto un taglio cesareo, le pluripare riportano sempre un punteggio maggiore rispetto alle primipare in: depressione (CES-D), depressione, sintomi somatici (SQ), somatizzazione, item addizionali (SCL-90-R), (Tab. 8).

VARIABILE	GRUPPO DONNE TCpr N=57 Media	GRUPPO DONNE TCpl N=35 Media	t	Sig
Depressione CES-D	13.245	17.857	-2.548	0.012
Depressione SQ	4.280	6.142	-1.979	0.050
Sintomi somatici SQ	8.052	11.628	-3.699	0.000
Somatizzazione SCL-90-R	0.759	1.078	-2.373	0.019
Item addizionali SCL-90-R	1.735	2.380	-2.088	0.039

Tabella 8 – Differenze significative fra donne TCpr e donne TCpl

Discussione

Considerando il confronto tra *parto spontaneo vs. taglio cesareo*, si può sottolineare come le donne che hanno avuto un parto spontaneo riportino in misura maggiore, a pochi giorni dal parto, vissuti psicologici negativi quali preoccupazioni eccessive, assillanti e spiacevoli (ossessioni e compulsioni) e disturbi d'ansia fobica.

L'evento parto, considerato come evento stressante per la dinamica stessa del travaglio e l'elaborazione psichica che questa comporta insieme ai vissuti di separazione dal nascituro, può lasciare subito dopo il parto un carico d'ansia, legato al lutto evolutivo della nascita del bambino e di sé come madre; tale carico può risultare maggiore nella condizione in cui la donna è protagonista in modo attivo, rispetto al taglio cesareo, dove l'anestesia può svolgere una funzione ammortizzante delle ansie.

È ipotizzabile, quindi, che l'impatto psicologico risulti maggiore nel parto spontaneo per una più rilevante messa in atto di meccanismi di controllo sul processo ed esito del parto.

Considerando anche il fattore *parità* nel confronto fra le due modalità di parto, emerge come siano le donne pluripare, che hanno avuto un taglio cesareo, a manifestare maggiori segni depressivi, sintomi somatici e ideazioni paranoidee dopo il parto. Questo in misura significativamente maggiore rispetto alle donne primipare con taglio cesareo e alle donne primipare e pluripare con parto spontaneo. Non si tratta, quindi, di contenere un vissuto permeato di ansia, come nel caso di una donna che per la prima volta affronta l'evento parto, anche se spontaneo, ma di dover elaborare angosce persecutorie e depressive legate al trauma chirurgico e alla perdita dell'Ideale del Sé materno.

Si può ipotizzare, invece, che, in caso di parto con taglio cesareo in pluripare, questo agisca come fattore di stress con effetto cumulativo. Tutto ciò è plausibile con il dato di fatto che un evento stressante, quando è di una certa entità e ripetuto per il soggetto, ha un notevole impatto sulle capacità di *coping* dell'individuo. I vissuti di persecuzione, la paura di perdere l'autonomia, l'ostilità (caratteristiche della dimensione ideazione paranoide) si intrecciano ad una sofferenza fisica reale e ripetuta: il taglio cesareo. In queste donne l'operazione potrebbe riconfermare una loro incapacità a partorire naturalmente e lo stress

accumulato incrementa vissuti di depressione, ansia, vulnerabilità psicologica.

L'ostacolo al movimento (flebo, ferita operatoria, dolori fisici...), la necessità di delegare l'assistenza al neonato impediscono l'autonomia della donna cesareizzata e facilitano le somatizzazioni, grazie anche alla diminuzione della tolleranza al dolore; potrebbero, inoltre, far emergere vissuti di inadeguatezza, impotenza nei confronti del neonato.

Dai risultati è possibile evidenziare come le primipare che hanno partorito con parto spontaneo abbiano riportato punteggi significativamente maggiori nelle dimensioni ossessione-compulsione, ansia fobica e PST rispetto a pluripare parto spontaneo, primipare e pluripare taglio cesareo. Il trovarsi di fronte per la prima volta ad un evento sconosciuto, che comunque è rappresentato come pericoloso e doloroso, costituisce un'elevata fonte di paura e angoscia per la primipara, cui fa seguito una forte paura di poter perdere il controllo.

Tali dati sono in linea con i risultati del confronto iniziale (ossessione-compulsione e ansia fobica erano già maggiori nel parto spontaneo rispetto al taglio cesareo senza tener conto della parità) e sembrano quindi legati alla specifica modalità di parto (il parto spontaneo come modalità "attiva" e più "rischiosa" del taglio cesareo).

È interessante rilevare come le donne pluripare con parto spontaneo, al contrario, abbiano il punteggio più basso in tutte le dimensioni degli strumenti somministrati, evidenziando come l'esperienza pregressa di successo rispetto all'evento parto possa essere protettiva rispetto l'emergere di vissuti psicologici negativi. Il parto spontaneo, quindi, associato al fatto di essere pluripare, diventa un fattore protettivo.

I confronti a coppie hanno ulteriormente evidenziato come, in confronto alla modalità taglio cesareo, senza considerare la parità, il parto spontaneo porti a maggiori vissuti negativi mentre, al ripetersi dell'evento parto, quindi in condizioni di pluriparità, la modalità attiva del parto spontaneo sia preferibile e fattore protettivo rispetto a quella passiva del taglio cesareo che diviene fattore di rischio.

Concludendo, il taglio cesareo, quando si presenta come circostanza irrevocabile dopo precedenti parti, può rappresentare un fattore di stress rilevante che incide sulle capacità di gestione della donna, ponendo scatenare sentimenti di impotenza e paure eccessive. Il trauma

cumulativo, da un punto di vista intrapsichico, fa riemergere angosce primarie persecutorie e depressive, per cui la potenziale e temuta disintegrazione dell'unità mente-corpo (il taglio cesareo come scissione) può manifestarsi con la somatizzazione, mentre il disinvestimento oggettuale legato alla perdita dell'Ideale dell'Io può portare a stati depressivi.

Il parto e la nascita di un figlio sono momenti evolutivi fondamentali e costituiscono un *turning point* nello sviluppo dell'identità femminile e nella vita di una coppia (Ammaniti, 1992). La struttura ospedaliera ha il compito quindi di contenere gli aspetti biologici ed emotivi di tali eventi, che sono la base, a livello intrapsichico, di una redistribuzione degli investimenti libidici e narcisistici e, a livello interpsichico, della co-costruzione dei legami affettivi.

Riassunto

Lo studio ha lo scopo di mettere in evidenza le conseguenze psicologiche del parto spontaneo e del taglio cesareo a breve distanza dal parto, includendo anche il confronto legato alla parità (primipare e pluripare). A 249 donne (157 con parto spontaneo, 92 con taglio cesareo) sono stati somministrati, al secondo e terzo giorno dopo il parto, *CES-D*, *SQ* e *SCL-90-R*.

I risultati evidenziano che le donne che hanno partorito spontaneamente hanno ottenuto un punteggio maggiore, rispetto alle donne con un taglio cesareo, nelle dimensioni ossessione-compulsione e ansia fobica (*SCL-90-R*). Le donne pluripare che hanno avuto un taglio cesareo riportano il punteggio più alto nei sintomi depressivi (*CES-D*), sintomi somatici (*SQ*), somatizzazione, depressione, ideazione paranoie (*SCL-90-R*); le donne primipare che hanno partorito spontaneamente riportano il punteggio più alto rispetto a ossessione-compulsione, ansia fobica (*SCL-90-R*). È possibile rilevare come, in confronto alla modalità taglio cesareo, senza considerare la parità, il parto spontaneo porti a maggiori vissuti negativi mentre, al ripetersi dell'evento parto (condizione di pluriparità), la modalità *attiva* del parto spontaneo sia preferibile e fattore protettivo rispetto a quella *passiva* del taglio cesareo che diviene fattore di rischio.

Abstract

The aim of this work was to put in evidence the psychological consequences of spontaneous birth and Cesarean section, a short time after childbirth, including comparison between primipara and multiparous. On the second or third day after childbirth, *CES-D*, *SQ* e *SCL-90-R* were administered to 249 women (157 with spontaneous birth and 92 with Cesarean section). Results: women with spontaneous birth had higher scores in obsession-compulsion and phobic anxiety domains (*SCL-90-R*). Multiparous women with Cesarean section had the highest scores for depression (*CES-D*), somatic symptoms (*SQ*), somatization, depression, paranoid ideation (*SCL-90-R*); primipara women with spontaneous birth showed the highest rates in obsession-compulsion and phobic anxiety domains (*SCL-90-R*).

It seems that spontaneous birth, compared to Cesarean section and without considering the comparison between primipara and multiparous, leads to negative consequences while, in case of multiparous women, “active” spontaneous birth may be a preferable and protective factor, compared to “passive” Cesarean section, that becomes a risk factor.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M. (a cura di), (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Roma: Il pensiero scientifico.
- Brazelton, T.B. (1981), *La nascita di una famiglia*, Milano: Unicopli, 1987.
- Clement, S. (2001), *Psychological aspects of caesarean section*, London: Harcourt.
- Conti, L. (a cura di), (1999), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Firenze: SEE Editrice, Edizioni medico-scientifiche.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. e Covi L. (1973), «SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale- preliminary report», *Psychopharmacology Bulletin*, 9, pp. 13-28.
- Donati, S., Andreozzi, S e Grandolfo M.E., (2003), «Valutazione delle attività di sostegno e informazione delle partorienti: indagine nazionale (“Evaluation of the support and the information activities offered to pregnant women: a national survey”))», Roma: Istituto Superiore Sanità: *Rapporti ISTISAN 01/5*.
- Edwards, D.R.L., Porter, S.A.M., Stein, G.S. (1994), «A pilot study of postnatal depression following cesarean section using two retrospective self-rating instruments», *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 111-117.
- Fava, G. (1981), *Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Fava, G.A., Kellner, R., Perini, G., Fava, M., Michelacci, L., Munari, F., Evangelisti, L.P., Grandi, S., Bernardi, M., Mastrogiacomo, I. (1983), «Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ)», *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, pp. 117-123.
- Fisher, J.W.R., Stanley, R.O. e Burrows, G.D. (1990), «Psychological adjustment to caesarean delivery: a review of the evidence», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, II, pp. 91-106.
- Francome C., Savane W., Churchill H., Lewinson H. (1993), *Caesarean birth in Britain*, Middlesex: Middlesex University Press.
- Henderson, E., Love e E.J. (1995), «Incidence of hospital-acquired infections associated with caesarean section», *J Hosp Infect*, 29, pp. 245-255.
- Hillan, E.M. (1992), «Research and audit: women’s view of caesarean section», in Roberts H. (eds.) *Women’s Health Matters*, London: Routledge.
- Holmes, J. (1993), *La teoria dell’attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*, Milano: Cortina Editore, 1994.

- Kellner, R. (1987), «A symptom questionnaire», *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, pp. 269-274.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C., Platz, C. (1987), «Epidemiology of puerperal psychoses» *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 662-673.
- Locke, B.A. e Putman P. (1971), *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*, Washington, DC: Epidemiology and Psychopathology Research Branch, Public Health Service, National Institute of Mental Health.
- Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., Martin, D.P. e Easterling T.R. (2000), «Association between method of delivery and maternal rehospitalization», *JAMA* 283, pp. 2411-2416.
- Madar, J., Richmond, S. e Hey E. (1999), «Hyaline membrane disease after elective delivery 'at term'», *Acta Paediatrica*, 8, pp. 1244-1284.
- Mercer, R.T., Stainton, M.C. e Ferketich, S. (1984), «Perceptions of the birth experience: a cross cultural comparison», *HealthCare for Women International*, 5, p. 29.
- Prezza, M., Di Mauro, D., Giudici, M.G., Violani, C., Vaccari, S. e Faustini, F. (1984), *Studio longitudinale sulla disforia post parto*, in Montemagno U., Zichella L. (a cura di), *Psicosomatica ginecologica ed ostetrica*, Bologna: Monduzzi.
- Reichert, A., Baron, M. e Fawcett, J. (1993), «Changes in attitudes towards caesarean birth. A longitudinal study» in *Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 22, pp. 159-167.
- Riley, D., (1995), *Perinatal Mental Health: a Sourcebook for Health Professionals*, Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Sabbadini, L.L., (2001) *Gravidanza e parto: una nuova coscienza femminile un nuovo protagonismo maschile*, Roma: ISTAT.
- Salvini, A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*, Roma: Lombardo Editore.
- Signorelli, C., Cattaruzza, M.S. e Osborn, J.F., (1995), «Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study» in *Public Health*, 109, pp. 191-199.
- Vegetti Finzi, S. (1990), *Il bambino della notte. Divenire donna. Divenire madre*, Milano: Mondadori.
- World Health Organization (1985), *Appropriate technology for birth*.