

## **Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne**

Giovanna Bestetti, psicopedagogista, docente di Pedagogia Generale, Corso di Laurea in Ostetricia, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano e Milano-Bicocca, [giovanna.bestetti@fastwebnet.it](mailto:giovanna.bestetti@fastwebnet.it)

Anita Regalia, responsabile Sala Parto, Clinica Ostetrica Ginecologica, Ospedale S. Gerardo, Università degli Studi di Milano Bicocca, via Solferino 16, Monza 20052 [anita.regalia@tiscali.it](mailto:anita.regalia@tiscali.it)

Partendo dalla fine degli anni '70, parallelamente al radicamento sociale e culturale del dibattito sull'eguaglianza tra i sessi, nei principali Paesi industrializzati si è diffusa la cultura dell'importanza di eliminare il dolore del parto considerato una variabile indipendente e negativa dell'esperienza della nascita che pone la donna in un ruolo subalterno/succube alla natura, non in controllo del proprio corpo. E' da questi anni che negli ospedali si diffonde a tappeto l'utilizzo dell'analgesia epidurale e si sviluppa il tema della scelta di questa procedura come diritto di tipo emancipatorio conquistato dalle donne. Negli stessi anni vari gruppi di operatori, in particolare ostetriche, sensibili alla demedicalizzazione della nascita, hanno concentrato i propri sforzi nell'affrontare la problematica del dolore del parto nell'ottica di individuare metodi non farmacologici per eliminare questa componente dell'esperienza partendo dai corsi di preparazione al parto (Simkin, 1989). Gli ultimi anni '90 hanno visto gli operatori sensibili impegnati ad articolare liste di opzioni in cui vengono esplicitati i vantaggi e gli svantaggi di ogni opportunità da offrire alle donne perché queste possano esercitare il loro diritto di una "scelta informata" per alleviare/eliminare il dolore del parto con gradazioni che vanno dalle offerte meno invasive fino all'offerta di epidurale (in alcuni casi/esempi l'ultima scala dell'invasività è rappresentata dal taglio cesareo) (Department of Health, 1993; NHMRC, 1996).

Analizzando criticamente l'attuale cultura ostetrica possiamo sinteticamente osservare che il dibattito su come affrontare il dolore del parto sottende due principi, diversamente declinati tra i fautori della medicalizzazione o della demedicalizzazione, ma sostanzialmente simili tra di loro:

- il dolore del parto è definito in modo biologico come reazione evocata dal danno tissutale; la variazione soggettiva della percezione, pure riconosciuta come fenomeno complesso, è correlata principalmente allo stato psicologico della donna e della sua storia in modo avulso dalla condizione del travaglio e del contesto assistenziale
- l'obiettivo principale delle varie offerte ostetriche è quello di eliminare il dolore sempre: quello che differenzia le varie proposte è il grado di maggiore o minore medicalizzazione della modalità proposta.

In contrasto con questa visione riteniamo utile articolare un approccio che consideri il dolore del parto non come una unica entità biologica, la cui percezione varia sostanzialmente solo in funzione della soggettività della donna, ma che si debba affrontare il problema, anche in termini assistenziali, diversificando chiaramente il dolore che si presenta nei travagli spontanei fisiologici, da quello che si presenta in travagli patologici. Al tempo stesso ci sembra necessario riconoscere le componenti iatrogene dello stesso, per contenerle se non per eliminarle, dando il dovuto peso alle variabili assistenziali, spesso sottaciute o lasciate sullo sfondo.

Nei travagli fisiologici il dolore è una componente che partecipa alla costruzione/definizione della normalità della nascita e la caratterizza come esperienza intensamente psico-affettiva (McCrea et al., 2000); se la donna sta bene ed è adeguatamente sostenuta, il feto si presenta nella posizione giusta, è di una dimensione adeguata al canale da parto non ha senso porsi nell'ottica di eliminare il dolore in quanto questo si presenta in una forma nella quale la donna, non solo è in grado di viverlo attingendo direttamente dalle proprie risorse interne, ma è funzionale all'eutocia dell'evento stesso, attivando un'armonica cascata neuro-ormonale che condiziona una buona attività contrattile e una normale discesa del feto nel canale da parto.

In alcuni travagli patologici la componente del dolore può invece ostacolare l'eutocia della nascita attivando in modo anomalo l'increzione di adrenalina e di prostaglandine e può quindi essere utile alleviarlo o eliminarlo. Quali sono queste condizioni? Alla luce dell'esperienza e di quanto emerge dalla letteratura riportiamo qui di seguito queste condizioni distinguendo tra condizioni materne e condizioni legate al travaglio (Linee guida epidurale Monza, 2005).

### **Patologia materna**

- Ipertensione indotta dalla gravidanza-preeclampsia
- Patologia respiratoria (asma)
- Patologia cardiaca (valvulopatie, ipertensione polmonare primitiva)
- Patologia endocrina (diabete pre-gestazionale in scarso compenso)
- Patologia psichiatrica (psicosi che risponde a farmaci)

**Patologia del travaglio** (*specificando alla donna che le condizioni sotto riportate possono essere sintomi premonitori di distocia meccanica e che quindi l'uso dell'analgesia epidurale non evita la necessità di dover ricorrere successivamente ad un taglio cesareo*)

### **Fase latente**

- Fase latente prolungata (>24 ore)

### **Fase attiva**

- Ipercinesia spontanea non correggibile con procedure rilassanti (vedi ad es. uso acqua) in assenza di forte sospetto di sproporzione feto-pelvica (SFP) o franco malatteggiamento fetale
- Travaglio discinetico non correggibile con procedure rilassanti in assenza di forte sospetto di SFP o franco malatteggiamento fetale
- Risposta ipercinetica a bassi dosaggi di ossitocina in assenza di forte dubbio di SFP
- Necessità di prolungare l'uso dell'ossitocina per marcato rallentamento della progressione del travaglio in situazioni in cui la prognosi per un parto vaginale sembra positiva
- Presenza di condizioni cervicali sfavorevoli come consistenza e dilatabilità che possono sintetizzarsi nel termine "distocia cervicale" e che porterebbe a ricorrere a taglio cesareo
- Travaglio nel quale la donna si presenta totalmente intollerante e chiusa ad ogni tipo di relazione di sostegno proposta, tale da far sospettare serie difficoltà psicologiche che porterebbero a dover effettuare un taglio cesareo.

Parliamo infine di dolore iatrogeno riferendoci al fatto che, dall'esperienza pratica in sala parto, confermata in modo formalizzato da diverse ricerche sviluppate sull'argomento, emerge chiaramente come alcune procedure ostetriche provochino un aumento del dolore percepito dalla donna e il loro impiego deve quindi essere attentamente valutato in quanto condiziona una disarmonia della cascata neuro-ormonale adrenalina, ossitocina, prostaglandine aumentando la probabilità di dover effettuare un taglio cesareo e di avere esiti per la madre e il neonato.

Quali sono queste procedure e come ne parlano le donne<sup>1</sup> in relazione alla loro esperienza del dolore? L'induzione del travaglio, il potenziamento dello stesso con ossitocina, la limitazione della libertà di movimento, le visite in travaglio, ripetute e spesso effettuate da più operatori, la dilatazione manuale, la manovra di Kristeller, l'episiotomia. Le sale parto che si pongono come obiettivo centrale quello di favorire la sicurezza della nascita per la madre e suo figlio non possono non interrogarsi sul fatto che la pratica ostetrica dimostrata utile e la realtà si discostano in modo sostanziale.

---

<sup>1</sup> Le parole delle donne qui riportate sono tratte da un vasto materiale di ricerca che contempla circa 1000 interviste in profondità, raccolte in cinque anni dalla dottoressa Bestetti e dal suo gruppo di lavoro, somministrate con l'obiettivo di indagare come viene vissuta e ricordata l'esperienza del parto, in particolare rispetto al dolore, in relazione alle aspettative, al decorso clinico e alle modalità assistenziali, desunte, quando possibile, dai partogrammi o dalle cartelle cliniche.

Sono stati dimostrati utili tassi di induzione del travaglio che si aggirano mediamente intorno al 10%, mentre nella maggioranza degli ospedali italiani si aggirano sul 20-25%; l'utilizzo dell'ossitocina per aumentare la velocità del travaglio non dovrebbe interessare più del 15% dei travagli, mentre viene utilizzata mediamente nel 30% dei casi.

Le donne nei loro racconti riferiscono con precisione quanto, proprio nel momento in cui *"prende l'induzione"*, o viene *"messa la flebo"*, il dolore viene molto velocemente ad assumere una connotazione di insopportabilità, spesso acuita dalla limitazione di movimento che si accompagna a causa dell'applicazione del tracciato cordiotocografico: *"le contrazioni erano deboli e mi hanno indotto un'altra volta; allora le contrazioni sono iniziate a diventare sempre più frequenti e più forti...ero senza fiato, perché proprio...è stato massacrante...proprio una dietro l'altra senza neanche pausa! E poi bloccata lì col monitor, dovevo stare ferma se no non prendeva il battito, è stato allucinante..."*. *"Mi hanno messo l'ossitocina ...e tutti quei discorsi del corso pre-parto io...non ho applicato niente! Né la respirazione, né la concentrazione, niente... Perché lì, appunto, ti iniettano questa sostanza in vena ed è partito questo dolore fortissimo...e poi, dopo, una contrazione attaccata all'altra ... dicevo solo 'basta! Fatemi il cesareo'...mi sembrava folle..."*.

Ogni donna dovrebbe essere libera di muoversi in travaglio come meglio preferisce, mentre nel 65% delle sale parto italiane (dati Iss 2002) non ha potuto scegliere la posizione ed è proprio la posizione obbligata uno degli elementi che rende molto più difficile sostenere il dolore del travaglio e lo sforzo espulsivo del parto: *"Io sdraiata stavo malissimo, perché mi contorcevo... non riuscivo a stare sdraiata perché mi contorcevo come una pazza. Per me l'unica posizione sopportabile era stare in piedi a dondolarmi, come mi aveva lasciato fare l'ostetrica del turno prima..."*.

*"Non ne potevo più, alla fine quand'ero sul lettino... non ne potevo più, dicevo: 'basta, tiratamela fuori!'. L'unico modo che avevo per liberarmi era urlare. Durante il corso ci avevano detto di metterci nella posizione che più ci... più fosse comoda per noi per sopportare meglio il dolore. Allora io mi ero messa... appoggiata con gli avambracci al letto, così, in piedi con gli avambracci appoggiati per spingere. Invece è entrata un'ostetrica e m'ha detto: 'No! Ma non si deve mettere così. Non serve a niente quella posizione, si metta sdraiata!'"*.

Anche le visite in travaglio, spesso effettuate da più operatori, sono eseguite nella maggioranza dei casi ogni ora, massimo due ore in fase attiva, mentre il partogramma dell'OMS pone la linea di intervento ogni 4 ore. Le esplorazioni vaginali vengono riferite dalle donne come momenti molto sgradevoli e carichi di un dolore "in più": *"Io non credo a chi dice che è la giornata più bella della sua vita ..., è un momento doloroso, fastidioso, scomodo, imbarazzante ...in alcuni momenti, ti visitano in cento persone, perdi il pudore, ti senti una cosa, lì a disposizione di tutti". "Uno dei momenti più pazzeschi erano le visite... erano sempre lì a ravanare...sembrava che non la finissero mai"*.

Anche la dilatazione manuale, che dovrebbe interessare solo casi di emergenza ostetrica a dilatazione pressoché completa in una pluripara, in alcuni ospedali viene invece praticata nel 5-6% dei parti: *"Ogni volta che mi visitava mi diceva 'adesso l'aiuto un po''; sì, mi aiutava...ma era un dolore tremendo, mi sentivo squartare..."*.

E la manovra di Kristeller, qualora se ne accetti l'uso, che dovrebbe interessare non più del 3-4% dei periodi espulsivi, viene invece praticata di routine in molte sale parto; anch'essa, come altre manovre dolorose, viene spesso proposta come "aiuto" alla donna che, nonostante il dolore, la accoglie come necessaria per far nascere il bambino e, non di rado, come segno della sua inadeguatezza nella spinta: *"Mi schiacciava con non so quanta potenza, in alto alla pancia, un dolore allucinante.. mi sentivo morire, squassata, senza fiato, però è stato un aiuto perché da sola non riuscivo, spingevo male. Senza di lui non sarebbe mai nato..."* e quando la manovra di Kristeller è associata all'applicazione di ventosa, anche se, come in questo caso, alla donna è stata praticata la peridurale, il dolore viene riferito come particolarmente intenso:

*“Uno mi schiacciava e l'altro con la ventosa cercava di tirarlo fuori.. un dolore allucinante...la testina era sempre lì tra il dentro e il fuori...Diciamo che quello che mi ricordo con più dispiacere è di sicuro il dolore pazzesco che ho sentito”.*

Il tasso di episiotomia non dovrebbe essere superiore al 10-15%, mentre “il taglietto” viene praticato nel 60-70% dei parti in Italia.

Anche questa procedura, la cui entità e dolore vengono minimizzati dagli operatori, sin dai corsi di preparazione al parto e nell'informazione diffusa sulle riviste specializzate per gestanti, viene invece definita dolorosa, nonostante sia percepita come “necessaria” e inevitabile: *“Per non farti lacerare e per non farti venire il prolasso ti devono tagliare e quindi m'hanno tagliato...eh, ti tagliano senza anestesia perché dicono che quando tutto è teso non senti niente.. ma io ho sentito le forbici che tagliavano qualcosa di grosso... ho sentito “tac”, come la trinciapolli, e ho detto “ahia!”... mi han tagliato e ho sentito male, ma forse era perché ero nervosa e non ce la facevo più”.*

Anche l'episiotomia è una procedura che viene riferita come particolarmente dolorosa dalla maggior parte delle donne, quasi sempre solo per un'inadeguata analgesia. Il dolore dell'episiotomia non viene però ritenuto degno di considerazione dalla maggior parte degli operatori, che lo attribuiscono invece ad una “naturale” intollerabilità della donna ad essere ancora “toccata lì” dopo ore di travaglio. Se per gli operatori il “dolore dei punti” non è rilevante, per le donne invece è realmente un “dolore senza senso”:

*“Per il parto il dolore ha senso però per i punti no, ti sembra un dolore in più, perché devi soffrire? devi patire?E invece i punti... quando è arrivata la ginecologa che mi ha messo i punti ho detto: “aiuto!”, perché mi hanno fatto un'anestesia tipo quelle con lo spray, però non so, non mi ha fatto effetto subito, o comunque non so se non ne aveva fatto abbastanza, ma i primi punti sentivo tutto, cioè sentivo l'ago che entrava, che usciva... Tutto, un male atroce, difatti ho detto: ‘ma io sento tutto!’, e lei diceva: ‘ma no, impossibile’. In effetti al corso ci avevano detto che dopo il parto non si sopporta più niente e allora, anche se ti fanno l'anestesia, ti sembra lo stesso di sentire male anche se non è vero”.*

A testimonianza della non considerazione della realtà del dolore della sutura, gli operatori spesso propongono il contatto col bambino come analgesico, con l'idea che la donna possa “distrarsi” dal dolore:

*“...me ne han dovuti mettere tanti di punti..., avevo un taglio laterale e avevo chiesto quanti dovevano metterne... mi hanno detto che non lo sapevano, che erano troppi, che avevano perso il conto-... e allora hanno detto a mio marito di darmi il bambino sulla pancia per farmi distrarre dal dolore, ma io sentivo un male cane per cui dicevo: ‘non lo voglio Francesco adesso’, e il mio ginecologo ‘su si rilassi, faccia la brava mamma’, ma io non volevo che Francesco sentisse la mia tensione, ero rigida per cui non lo volevo vicino e non volevo che neanche Sergio vedesse questa cosa perché mi sembrava di fargli vedere una cosa da macellaio...”.*

Dopo la nascita infine non sempre viene permesso un contatto prolungato con il bambino appena nato, contraddicendo così l'interpretazione psicologica del dolore, spesso in altri contesti evocata, come dolore per la separazione dal bambino.

*“Appena nato me l'hanno fatto vedere, poi l'hanno preso, l'hanno lavato, pesato, misurato e poi me l'hanno messo a fianco un po' per guardarlo. Volevo prenderlo ma l'hanno portato via perché dicevano che stava meglio al caldo. Mi sono sentita triste, dopo, non me l'aspettavo, ero lì da sola su una barella ad aspettare il letto.., mi sentivo svuotata e dolorante..”*

*“...me l'hanno messo subito sulla pancia, che ancora non mi ero resa conto che era nato, l'ho toccato per rendermi conto se era vero, ma subito mi ha detto ‘è ancora sporco, adesso lo laviamo e poi lo può accarezzare!’, me l'hanno dato dopo mezz'ora perché ne erano nati tanti e avevano molto da fare. Poi è arrivata un'infermiera e mi ha detto ‘eccolo qui, bello pulito e profumato!’”.*

Possiamo considerare inoltre iatrogena un'organizzazione del lavoro in sala parto che non garantisca un supporto continuo in travaglio da parte di un membro dello staff ospedaliero (in particolare di un'ostetrica), in un rapporto uno a uno con la donna. Una revisione condotta da

Hodnett ED sulla Cochrane Library nel 2003 che ha coinvolto 50 studi ha evidenziato che la continua presenza e il continuo supporto da parte degli operatori riducono la richiesta/necessità di intervento medico per il dolore; diminuiscono inoltre i parti operativi, i tagli cesarei, il numero di donne che riferiscono un'esperienza negativa della nascita, aumenta il punteggio Apgar a 5 minuti.

Molte donne riferiscono infatti come uno degli elementi di maggior difficoltà nell'affrontare il dolore del travaglio l'essere lasciate sole: *"è stata l'esperienza più faticosa della mia vita, proprio perché non sapevo che cosa fare, e nessuno si fermava lì con me...". "finalmente è cambiato il turno, ed è arrivata Federica [l'ostetrica n.d.r.]... si è fermata lì con me...finalmente non ero più sola, c'era qualcuno di cui fidarmi".*

Si è visto dunque come, nel parlare del dolore del parto, sia opportuno distinguere il "dolore fisiologico", da quello patologico e da quello iatrogeno.

Le donne, quando raccontano del loro parto, non descrivono certo il dolore entro queste categorie, ma mettendo in relazione la descrizione delle loro esperienze col decorso clinico del travaglio e parto, nonché con le procedure a cui sono state sottoposte, è possibile individuare nei loro racconti delle relazioni precise tra "tipo di dolore" e valutazione soggettiva della qualità dell'esperienza.

È molto raro infatti che una donna il cui travaglio e parto abbia avuto un decorso fisiologico, che non sia stata sottoposta ad alcuna procedura invasiva, che sia stata adeguatamente accompagnata e sostenuta da un'ostetrica, che abbia potuto stare assieme al suo bambino sin dalle prime ore dopo la nascita, descriva l'esperienza del dolore in termini di distruttivi e auspichi di essere sottoposta ad analgesia in un'eventuale, successiva, esperienza. Diversamente è più probabile cogliere vissuti negativi e destrutturati, rispetto all'esperienza del dolore, in donne che sono state sottoposte a procedure dolorose e invasive, o in donne la cui esperienza del travaglio e del parto abbia avuto un decorso patologico.

Ma come è raccontato il dolore del parto dalle donne? Quando si chiede loro di definirlo e di descriverlo l'esordio è spesso incerto, *"eh... è difficile.."*, ma poi la descrizione si trasforma nel racconto, anche breve, di un'esperienza e in quanto tale con aspetti di unicità: il dolore non viene immediatamente descritto in quanto tale ma attraverso il processo del suo attraversamento. Sono molto poche le donne (10% circa) che, per definirlo, lo assimilano ad altri dolori se non al dolore mestruale o alla colica renale per le poche che l'hanno provata. Dai racconti di nascita emerge soprattutto che il dolore del parto è un dolore che si differenzia da ogni altro dolore, un dolore non assimilabile ad altri e persino la sua localizzazione, che tutto sommato sarebbe ben definibile, raramente viene evocata.

Il dolore del parto viene descritto come:

- un dolore indicibile, *"Non si può descrivere, si può solo provare"* *"è troppo grande e talmente personale che non si può descrivere, bisogna viverlo"* *indescrivibile ineguagliabile*
- un dolore *"finalizzato, che ha un senso"* non tanto perché porta alla nascita di un bambino – questa c'è anche senza dolore - quanto perché mostra la consapevolezza che nel parto il dolore assume la funzione di segnale e di guida *"ti fa sentire cosa succede, a che punto stai"*, e non di "campanello d'allarme" di una condizione di pericolo o di patologia.
- un dolore che appartiene *"È un dolore che nasce dentro di te ma che tu non puoi controllare; a volte lo asseconi, a volte ti ribelli; a volte credi di poterlo sostenere, altre volte ne sei sopraffatta. La conclusione è un miracolo"*
- un dolore fortissimo *"è un dolore fortissimo che ti porta via, ma che poi ti fa sentire una persona che ha compiuto un'impresa impossibile"*
- un dolore che porta conoscenza e consapevolezza perché che fa emergere parti di sé sconosciute *"mi è sembrato impossibile, ma nello stesso tempo mi ha rivelato, di avere delle risorse incredibili . E' un'esperienza che fa emergere degli istinti totalmente inaspettati e incontrollabili."* *"non è una passeggiata, ma ne vale la pena e poi ti senti*

*grandiosa, quasi più forte". "ti porta a capire per davvero cos'è l'esperienza del limite; il 'non ce la faccio più' che dici in quel momento è vero, non è tanto per dire...ma poi lo stupore e la sorpresa è che ce la fa"*

- *un dolore che connette gli opposti: "... ad ogni contrazione dici non ce la faccio più, e contemporaneamente 'anche questa è andata, ce l'ho fatta' "...ti fa sentire smarrita e forte al tempo stesso" "ti senti forte e potente proprio nel picco massimo della tua impotenza, del tuo sentire che per starci non poter far altro che arrenderti e lasciarti portare.. e allora senti che quest'onda fortissima che sembra arrivare da fuori di te e travolgerti, in realtà viene da dentro di te e ti trasporta" "E' indescrivibile e non paragonabile a nessun altro dolore perché lo stadio di gioia e di appagamento in cui ti porta lo trasforma in un non-dolore"*
- *un dolore che porta all'estasi e alla gioia "è un dolore che nasce dal profondo, a tratti insopportabile, che ti porta ad uno stato di completa grazia, di gioia profonda"" Ti porta a una qualità della gioia mai provata prima" "E' un dolore gratificante, troppo immenso da spiegare"*
- *un dolore assimilato alle forze potenti della natura "Un ciclone incontrollato. Arriva colpisce sparisce""un'eruzione di fatica con una colata finale di gioia e di pace" "Un'onda altissima che arriva, la vedi arrivare piano e la senti, finché ti prende e tu la devi cavalcare, se non ti prende sotto e arriva il panico. Fino ad un'ultima, la più alta, dove il fiato e le forze ti mancano, impossibile da superare. Ma poi nasce...basta, c'è il mare piatto e il cielo azzurro. E sulle onde ormai leggere che ti cullano, come per miracolo, si è in due a riposare".*

Ma viene definito anche come un dolore:

- *"distruttivo", "disumano", "lacerante", "straziante"*
- *"violento", "intollerabile", "terribile", "allucinante"*
- *"ingiusto" "inaccettabile nel 2000"*
- *"brutto", "insensato", "atroce"*
- *"che ti fa vivere negativamente quello che dovrebbe essere il momento più bello della tua vita"*
- *"che fortunatamente si dimentica"*
- *"che può farti odiare tuo figlio".*

Da cosa dipende questa diversità? Dalla storia della donna? Dalla sua maggior o minor "forza" e "stabilità" psicologica? Dalle modalità di assistenza? E quanto dall'una e dalle altre cose? Le donne che hanno avuto un'esperienza di travaglio e di parto fisiologica e che sono state ben accompagnate nel suo attraversamento, così come anche alcune donne che, pur in presenza di una condizione di non-fisiologia, si sono sentite sostenute e accompagnate ad attraversarla in modo partecipe e consapevole (ad esempio situazioni in cui l'ostetrica ha avuto cura di posizionare il CTG in modo da permettere l'adozione di posture antalgiche), descrivono l'esperienza del dolore in termini positivi, come componente intrinseca al processo della nascita e dotata di un suo senso.

Le donne che invece hanno avuto esperienze di travaglio e di parto in cui sono state sottoposte a procedure dolorose e/o invasive senza che ve ne fosse una reale indicazione, che non sono state sostenute e incoraggiate, riferiscono con maggior frequenza un dolore insostenibile, distruttivo, inutile.

È interessante osservare come le donne che hanno attraversato un'esperienza di nascita nel rispetto della fisiologia, o che sono state comunque sostenute nell'attraversare anche eventuali difficoltà, nel raccontare l'esperienza della nascita usino modalità narrative che esprimono il loro percepirsi come soggetti competenti, come "madri che sanno partorire", ad esempio facendo uso dei verbi alla forma attiva, e descrivano il dolore, pur nella sua intensità, in modo articolato, con modalità che indicano quanto esso venga percepito nella sua dimensione di "utilità" e di senso, come guida nella ricerca di posizioni antalgiche, come segnale dell'incedere del travaglio e del parto, come dimensione sostenibile, pur nel suo sembrare "impossibili", come esperienza che porta ad una conoscenza profonda di sé. Diversamente si esprimono le donne che sentono di aver "subito", senza ragioni sufficienti, modalità di parto e procedure

che, pur considerate come inevitabili e necessarie, hanno dato loro l'impressione di non essere capaci di partorire il loro bambino. Le modalità narrative di queste donne sono caratterizzate da un uso quasi esclusivo della forma passiva, dall'attribuzione del buon esito del parto agli interventi degli operatori e, al contrario, dall'attribuzione a loro stesse – quasi fossero "colpe" - dei momenti di blocco o di difficoltà : *"siccome non riuscivo a dilatarmi mi hanno messo la flebo" "me l'hanno fatto nascere loro, per fortuna...io non riuscivo a spingere e allora mi hanno tagliata e mi hanno spinto loro...così è nato!"*.

Vale comunque la pena di sottolineare come, rispetto al vissuto del dolore del parto, lo spartiacque non sia tanto tra situazioni di fisiologia pura e situazioni in cui si rende necessario qualche intervento di correzione di eventuali disarmonie, quanto piuttosto tra atteggiamenti e condotte cliniche che "a priori" definiscono la necessità di "correggere" il decorso spontaneo del travaglio e del parto, e condotte cliniche per le quali si interviene soltanto nelle situazioni di documentata deviazione dalla fisiologia.

Laddove infatti vi è un riconoscimento del valore della fisiologia, anche quando si rende necessario un controllo più intensivo, o procedure di accelerazione si nota un'attenzione a sostenere la donna in modo che si percepisca come soggetto attivo e non come oggetto da cui estrarre il bambino: *"Ad un certo punto lui ha cominciato a dare segnali di voler nascere più in fretta, il suo cuore batteva più piano...allora l'ostetrica e la dottoressa mi hanno spiegato che dovevano mettere la flebo per accelerare e il monitoraggio per controllarlo meglio. Il dolore è stato molto più forte ma l'ostetrica cercava lo stesso di farmi camminare... mi aveva attaccato la flebo a una cosa con le rotelle e mi potevo muovere. Nel parto a un certo punto lui non ce la faceva proprio più, allora l'ostetrica ha chiamato ancora la dottoressa che mi ha detto 'adesso spingiamo assieme, così lo aiutiamo a nascere più in fretta!' Allora abbiamo spinto insieme e dopo due minuti è nato! E' stato davvero un lavoro di squadra... sì un male pazzesco, ma alla fine ero contenta che ce l'avevamo fatta!"*.

Un altro aspetto su cui vale la pena soffermarsi è quello relativo a quegli atteggiamenti e modalità di comunicazione degli operatori che possono ostacolare una buona esperienza di parto. In primo luogo è la sconfirma delle sensazioni riferite dalla donna che si rivela come disorientante e può determinare, indipendentemente dall'entità del dolore, un vissuto di solitudine e paura:

*"Avevo un male della miseria, e lei [l'ostetrica n.dr.] continuava dirmi 'non è possibile! Ti ho visto mezz'ora fa, sei solo all'inizio non puoi sentire male. Dormi!' E io allora mi sono rannicchiata sotto le coperte a piangere in silenzio. E' stato il momento peggiore del travaglio, mi sono sentita sola, mi ha preso una gran paura..."*.

Anche i giudizi degli operatori, riferiti a stereotipi, pregiudizi, o modalità di espressione del dolore, possono ferire e colorare negativamente l'esperienza:

*"Con me era gentile, per carità, professionale, ma fredda, non le stavo simpatica. Poi ho sentito che diceva 'quella lì è una piaga...fa l'insegnante!'".*

*"Signora la smettiamo di fare 'ste scene? Dove crede di essere! La smetta di urlare, spreca energie! Così non va bene. Non ottiene niente! – continuava a dire l'ostetrica – e io mi sentivo sempre più incapace, poi tentava di fare la carina 'Spingi cara, dai... - mi diceva – ma poi subito dopo "beh... non saranno mica spinte queste!'".*

*"Al corso ci avevano detto che potevamo portare il materassino per metterci anche per terra perché loro non erano attrezzati, e io me lo sono portata. Appena entro in sala parto un'ostetrica, che poi ho scoperto che era la capo, mi urla: 'Signora! dove crede di andare con quell'affare lì, non siamo mica in campeggio!' Mi sono sentita improvvisamente scema e ridicola..."*.

Ma anche le interpretazioni e le imposizioni possono avvolgere in un cono d'ombra l'esperienza del parto: *"Avevo un male tremendo e avevo paura a spingere e lei 'ma perché non lasci andare la tua bambina? Perché non la vuoi lasciare uscire? Adesso basta! Chiudi la bocca e spingi qui in basso, tenendo bene il fiato' Ma io davvero, non è che non volevo, avevo male e non ce la facevo. Ho pensato tanto a queste cose, dopo, e ancora mi chiedo cosa mi bloccava oltre al dolore, non lo so...quando ci penso è un pensiero cupo..."*.

Come infine la paura di esprimere il dolore: *“Avrei voluto urlare, ma ho tenuto duro, mi sono tenuta tutto, perché non volevo fare figure, né coi dottori, né con mio marito, è stata una fatica enorme, però ce l’ho fatta e mi hanno fatto i complimenti. E non è stato facile con quella a fianco che urlava”*.

Ma al di là delle pratiche assistenziali, che certamente influenzano in modo determinante il vissuto del parto, quali altre variabili determinano nelle donne le aspettative verso il dolore del parto, il modo di affrontarlo e l’orientamento più o meno rispetto alla richiesta di analgesia epidurale?

Ci sembra qui interessante proporre una riflessione sia sulle modalità con cui oggi si parla del dolore del parto, attraverso i media, le riviste divulgative per gestanti, nei corsi di preparazione alla nascita sia su come le donne possano raccontarsi l’un l’altra l’esperienza del parto, quando, nella maggior parte dei casi, questo avviene in contesti caratterizzati da un alto tasso di medicalizzazione che inducono l’idea che l’esperienza della nascita sia tutt’altro che “normale” e in cui, come abbiamo visto, il dolore viene più frequentemente vissuto negativamente.

Una delle variabili che può influenzare il modo con cui una donna si accosta all’esperienza del travaglio e del parto è dunque la modalità con cui ha sentito parlare del dolore del parto ed è sempre più frequente che, in tempi in cui la “campagna pro-epidurale” è particolarmente vivace, nei giornali, alla tv, talvolta anche in alcune lezioni dei corsi di preparazione al parto, il dolore del parto venga descritto attraverso l’assimilazione ad altri dolori severi, anch’essi raramente sperimentati in prima persona dalla donna, ma che certamente evocano fantasmi di insopportabilità e insostenibilità, e che venga quantificato grazie a “scale di valutazione” che lo collocano molto vicino a questi altri dolori.

Questa operazione, apparentemente neutra - la riduzione a numero di un’esperienza estremamente complessa quale quella del dolore in travaglio - comporta una definizione e una rappresentazione del dolore del parto che non ne mette in evidenza la sua peculiarità, come invece emerge nelle descrizioni che di esso ne fanno le donne che hanno partorito e che lo rendono esperienza positiva. Il dolore del parto, stimato attraverso parametri quantitativi che ne “neutralizzano” la sua peculiarità e ne sottolineano l’intensità, viene così definito “severo” e assimilato ad altri dolori, terribili e temibili, segni di gravi condizioni patologiche o traumatiche, o al più noto e banale mal di denti.

In questo passaggio vi è un forse inconsapevole effetto manipolativo che porta a ritenere “normale” e necessario l’intervento anestesiológico: questa operazione infatti non può che provocare nelle donne reazioni di rifiuto, paura e quindi poca fiducia nella capacità di attraversamento di questo dolore, rendendo così “ovvia” la necessità di ricorrere ad un’analgesia efficace quale la peridurale. Chi potrebbe infatti immaginare di sopportare a mente viva senza qualche supporto analgesico semplicemente l’estrazione di un dente? Viene qui da chiedersi perché non sia possibile parlare del dolore del parto raccontandolo attraverso le parole delle donne che l’hanno provato, avendo il coraggio di mettere in luce quanto le condizioni ambientali e assistenziali siano determinanti nella sua definizione. D’altra parte anche le descrizioni del dolore del parto come un dolore la cui percezione dipende in gran parte dall’atteggiamento della donna, dalla sua soglia, dalla sua storia, dal suo usare o meno pratiche di accompagnamento, quali esse siano, che contengono una promessa di analgesia, contengono un messaggio a nostro avviso pericoloso, che non aiuta le donne ad accostarsi positivamente all’esperienza del parto.

Attribuire unicamente alla donna, alla sua preparazione, alla sua disposizione la percezione del dolore significa addossarle una responsabilità – in ultima analisi una colpa – che non le compete e che risulta marginale rispetto alla variabile assistenziale.

Ci pare utile ricordare a questo proposito quanto una certa cultura della psicoprofilassi abbia troppo calcato l’accento sulla condizione psichica della donna a discapito dell’assistenza, arrivando a negare la realtà del dolore in sé, e come, ancor oggi non sia del tutto estinto tale

atteggiamento, pericoloso proprio in quanto distoglie lo sguardo dal contesto e soprattutto non dà chance alla donna di maturare, crescere, sciogliere alcuni nodi attraverso una buona esperienza di parto.

Non va infatti dimenticato che, come ben sanno gli operatori attenti e sensibili, molte donne che durante la gravidanza apparivano "fragili", "in difficoltà", o che hanno riferito effettivamente storie psicologiche "difficili", proprio grazie ad un accompagnamento attento e "maieutico" durante la gravidanza, il travaglio e il parto, hanno potuto riattivare e mobilitare risorse inaspettate, nell'attraversamento dell'esperienza della nascita.

La fisiologica "regressione" psicologica - intesa come riattraversamento della propria storia infantile, come ridiventare anche piccole per sintonizzarsi col bambino che nascerà - che avviene durante la gravidanza e il parto, permette, se riconosciuta e ben accompagnata, di sanare ferite, vuoti, buchi e diventare "terapeutica".

Le "indicazioni psicologiche" all'epidurale dovrebbero tenere conto di questi aspetti, considerando quanto la scelta dell'epidurale "per fragilità psicologica" potrebbe tradursi in un'opportunità mancata. (Bergeret – Amselek, 2005; Langer, 1951; Gaskin, 2003; Revault D'Alonnes, 1976; Soifer, 1977; Schmid, 2005).

Rispetto alla preparazione al parto, oggi sempre più definita nei termini più positivi di "accompagnamento alla nascita", va sottolineato quanto non sia utile proporre alle donne qualsivoglia pratica, anche se "naturale", "non-farmacologica", soft, con la promessa che, se correttamente applicata abbia un effetto analgesico: qualsiasi pratica proposta con questa promessa e che debba essere appresa attraverso l'esercizio ripetuto induce nelle donne l'idea che il travaglio e il parto si traducano in una sorta di "esame", in cui la riduzione del dolore più o meno ottenuta, assume il significato di "voto" che sancisce lo stato di salute psichica della donna, o il suo essere stata una brava alunna/adepta al metodo proposto. Negli anni ci siamo sempre più convinte che le varie pratiche corporee utilizzate nella preparazione al parto siano certamente positive nella misura in cui accompagnano la donna a conoscere e sentire il proprio corpo, a prendere confidenza con esso in un contesto storico e culturale caratterizzato da un'insensibilità e un'analfabetismo corporeo enorme, ma siano alquanto negative nel momento in cui vengono proposte come pratiche analgesiche sia perché non lo sono, sia perché trasmettono il messaggio che il dolore del travaglio e del parto è in sé insopportabile (Leap, 2005).

Un'ulteriore riflessione, a nostro avviso centrale nell'articolazione di un discorso che tenga conto dell'irriducibile complessità implicata nella riflessione sul dolore del parto, riguarda la questione della sua definizione, della sua tollerabilità e del suo eventuale trattamento. Secondo il filosofo Salvatore Natoli "è la tecnica che determina in larga parte le condizioni entro cui gli uomini possono sperimentare il dolore" e "la scienza e la tecnica hanno nella società contemporanea il potere di far variare la soglia del dolore e perciò di decidere dei livelli di percezione della sofferenza" (Natoli, 1986, pag. 374): relativamente all'esperienza del dolore del parto non possiamo non riconoscere che la considerazione dello stesso come dolore reale, degno di riconoscimento è avvenuta, in ambito ostetrico, soltanto quando si è resa disponibile una tecnica, l'analgesia epidurale. Non va dimenticato che prima di allora il dolore del parto, espresso dalle donne, non veniva considerato come degno di considerazione, ma come "reazione abnorme, rispetto all'entità dello stimolo" (Piscicelli, 1977), piuttosto che come semplice "reazione isterica", da sanzionare o reprimere, e che sono proprio le strutture ospedaliere e universitarie in cui oggi si caldeggia l'epidurale per tutte le donne "civili" che desiderano "partorire in modo umano", che sino a pochi anni fa erano note per una "filosofia assistenziale" caratterizzata da atteggiamenti repressivi e sanzionatori nei confronti delle donne che esprimevano il loro dolore.

D'altra parte ancor oggi è evidente quanto la definizione della tollerabilità del dolore non sia affatto lasciata alla soggettività della donna che lo prova, ma sia ancora una volta appannaggio degli operatori, come testimoniano in modo efficace ed esemplificativo le parole di questa donna:

*“L’anestesia aveva preso solo a metà, sentivo molto male. Poi il dottore mi ha detto ‘Beh, almeno metà dolore l’abbiamo tolta’. In effetti sono contentissima di aver fatto l’epidurale perché il dolore tutto intero non l’avrei sopportato, sarebbe stato assolutamente intollerabile!”* e di questo operatore, nel momento in cui non è più possibile procedere con l’analgesia: *“Signora ha avuto l’epidurale sino adesso, per questi dieci minuti deve collaborare!”*.

“Il dolore è oggi compreso come qualcosa che può e deve essere dominato e affrontato come dominabile. Controllare la soglia del dolore vuol dire decidere intorno alle modalità di farlo essere nella presenza, di farlo più o meno apparire. Quando qui si parla di soglia del dolore non ci si riferisce solo alla quantificazione della sua intensità ma anche allo spazio della sua manifestazione nell’ambito dell’esperienza generale” (Natoli, 1986, pag.376).

E anche per il dolore del parto vale la pena di porre la riflessione su quanto sia intollerabile, per gli operatori ma anche per le donne stesse e per i loro partners, il dolore in sé o non piuttosto le sue manifestazioni che, nello specifico dell’esperienza del travaglio e del parto, rendono evidente l’insopprimibile carica emotiva, corporea e sensuale insita nell’esperienza della nascita.

Un’ultima riflessione che ci pare importante porre, in quanto centrale rispetto alla questione della scelta dell’analgesia epidurale, è quella relativa alla variabile “tempo”, di quanto e come essa influenzi in modo importante la valutazione del dolore, da parte delle donne e degli operatori.

Innanzitutto come cambia nel tempo, da parte delle donne, la valutazione dell’esperienza del dolore del parto? E’ interessante osservare come nei racconti delle donne che hanno avuto esperienze di parto caratterizzate da alta medicalizzazione e scarso accompagnamento relazionale tendano a definire il dolore in modo evasivo, sintetico, non articolato, e si concentrino il loro racconti sul momento in cui la nascita del bambino “ha fatto dimenticare tutto”; le donne che invece hanno avuto un’assistenza caratterizzata da bassa medicalizzazione e accompagnamento adeguato ne parlano invece in modo articolato, raccontano il travaglio e il parto in modo dettagliato, ricco di particolari e la nascita del bambino non viene descritta tanto come momento in cui viene “dimenticato tutto”, quanto come momento in cui “passa tutto”. D’altra parte, com’è noto, durante il travaglio e il parto la maggior parte delle donne chiede aiuto rispetto al dolore, aiuto che può essere offerto attraverso un’analgisia o attraverso il ben più coinvolgente e impegnativo supporto da parte di un’ostetrica dedicata che garantisca una relazione continua e un’assistenza una – a – una. Non va dimenticato quanto non sempre tale modalità assistenziale non venga erogata per effettiva mancanza di personale, quanto invece per un’indisponibilità personale ad un coinvolgimento relazionale, spesso attribuito a doti personali più che ad una specifica, necessaria, formazione professionale.

Non sempre inoltre una donna che durante il travaglio chiede un’analgisia, desidera realmente che essa le venga somministrata: *“In quel momento stavo malissimo e avrei accettato qualsiasi cosa, anche l’epidurale... ma adesso sono contenta che nessuno me l’abbia offerta”*.

L’elaborazione positiva dell’esperienza del dolore del parto avviene nel tempo e non nell’immediatezza del momento (Bestetti, Vegetti Finzi, 1999) ed è questa la consapevolezza che dovrebbe accompagnare gli operatori quando incontrano una donna che chiede l’epidurale, sia durante la gravidanza che nel momento stesso del travaglio e del parto. Tale consapevolezza dovrebbe condurre ad articolare il discorso sulla scelta dell’epidurale non nei termini semplificati del “diritto di scegliere liberamente”, sapendo quanto questa sua scelta non sia affatto “libera”, per lo meno sino a quando alle stesse donne non venga offerta la possibilità di scegliere altrettanto “liberamente” e consapevolmente intorno a tutte le altre procedure assistenziali sopra analizzate, che determinano in modo altrettanto sostanziale, la qualità stessa dell’esperienza, senza dimenticare che “ogni donna scopre il senso dell’impresa del partorire sempre e soltanto dopo averla compiuta” (Arcidiacono, 1985).

## Bibliografia

- Simkin, P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In I. Chalmers, M. Enkin & M. Keirse (Eds.), *Effective Care in Pregnancy & Childbirth*. 1989 Oxford: Oxford University Press.
- Department of Health *Changing Childbirth (Cumberledge Report)*. 1993 London: Department of Health HMSO.
- NHMRC *Options for effective care in childbirth*. 1996 Canberra: Australian Government Printing Service.
- McCrea, H., Wright, M., & Stringer, M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies* 2000 (37), 493-503.
- Linee guida analgesia epidurale*. Clinica Ostetrica Ginecologica Ospedale S. Gerardo Monza Università degli Studi di Milano Bicocca. 2005 Pubblicazione in proprio
- C. Arcidiacono, *Oltre il tabù del dolore: la fatica e il piacere di esistere e far nascere* in AAVV *Le culture del parto* 1985 Feltrinelli, Milano,
- G Bestetti, A. Boneschi, G.V. Limonta Grezzi, P.A. Molina, A.L Regalia, L. Usuelli "La richiesta di analgesia in travaglio di parto da parte delle donne, in "Atti del convegno Culture della nascita a confronto", a cura di Abrate, Comitini et al., 1996, Reggio Emilia
- G. Bestetti S. Vegetti Finzi "Riflessioni sul senso del nascere e del mettere al mondo: l'analgesia nel dolore del parto" in "Nascere", 1997, 25, n° 71, maggio-agosto
- G. Bestetti "Il dolore del parto: accoglierlo ed elaborarlo o cancellarlo?" in "Nascere", 1999, 27, n° 76, gennaio-aprile.
- C. Bergeret- Amselek, *Il mistero delle madri. Un viaggio nel cuore della maternità*. 2005, Magi, Roma
- I. M. Gaskin, *La gioia del parto*. 2003, Bonomi, Pavia
- M. Langer, *Maternità e sesso*. 1981, Loescher, Torino
- Leap, N., & Anderson, T. The role of pain and the empowerment of women. In S. Downe (Ed.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. 2004 Edinburgh: Churchill Livingstone.
- S. Natoli, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. 1986 Feltrinelli, Milano
- U. Piscicelli, *Training autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostetrica*. 1977, Piccin, Padova
- C. Revault D'Alonnes, *Le mal joli. Accouchements et douleur*. 1991, Plon, Paris
- V. Schmid, *Venire al mondo e dare alla luce*. 2005, Urta, Milano
- R. Soifer, *Psicodinamica della gravidanza, parto, puerperio*. 1985, Borla, Torino