

LIVELLI METODOLOGICI NELLA MEDICINA E PSICOLOGIA PRE E PERINATALE

ABSTRACT. Attraverso diverse vie metodologiche è stato possibile acquisire una sempre maggiore conoscenza riguardo il legame tra le esperienze prenatali e perinatali dell'individuo e il suo sviluppo successivo, così come le possibilità di interventi di prevenzione e terapeutici. Questa grande varietà di metodi, comunque, permette la comunicazione, specialmente tra quegli esponenti della medicina, della psicologia e della psicoterapia che sono orientati verso concetti accademici scientifici a volte complessi. Nel 2007 sono stati formulati cinque diversi livelli metodologici (ML) nell'ambito della Psicologia Prenatale:

- 1- livello quantitativo*
- 2- livello qualitativo*
- 3- livello del sentire empatico*
- 4- livello dell'esperienza pratica di gruppi professionali*
- 5- livello di comparazione psicologica culturale*

Le limitazioni irreversibili dei vari livelli metodologici evidenziano le criticità che influenzano decisamente la qualità del trattamento, della prevenzione e la validità dei risultati. D'altro canto però è chiaro che non vi sono alternative all'integrazione e al bilanciamento dei livelli metodologici nella teoria e nella pratica, poiché il feto non è capace di scegliere o di limitare se stesso a uno dei livelli.

Per tale motivo viene enfatizzata l'importanza del lavoro pratico nel campo dell'ostetricia.

Parole chiave: livelli metodologici, psicologia prenatale, integrazione, cura prenatale.

RUPERT LINDER MD, ostetrico ginecologo, presidente della ISPPM (Società Internazionale di Psicologia Pre- e Perinatale e Medicina) Birkenfeld (Germania)



INTRODUZIONE

I vari livelli metodologici sono stati denominati e sviluppati durante gli ultimi anni, in occasione dei congressi della Società Internazionale per la medicina e la psicologia pre e perinatale (ISPPM), come ad esempio quello del 2007 a Heidelberg.

Vanno considerati **cinque livelli metodologici** bilanciati in base al rispettivo valore:

- 1- livello quantitativo
- 2- livello qualitativo
- 3- livello del sentire empatico
- 4- livello dell'esperienza pratica di gruppi professionali
- 5- livello di comparazione psicologica culturale.

Per affrontare la gravidanza e il parto è vitale un approccio che includa tutti questi diversi livelli perché le azioni terapeutiche o preventive devono coprire tutti gli aspetti della situazione in quanto il bambino si sta sviluppando e non può crescere in un unico senso.

In un gruppo di discussione riguardo **'i problemi dei modelli monolineari'**, a ogni partecipante poteva esprimere tre voti rispetto alla domanda su che cosa sarebbe mancato se ci fossero state delle restrizioni ai livelli metodologici.

Da quanto è emerso:

1- al **livello quantitativo** le caratteristiche individuali e personali di ognuno, a vari livelli non sarebbero sufficientemente considerate. In quanto non sarebbe possibile rappresentare

in modo adeguato lo sviluppo individuale, la certezza di un 'incontro curativo', riducendo la complessità. Per questo ci si potrebbe domandare: la riduzione della stessa a questo livello non sarebbe forse una espressione di difesa? vedi il problema del conflitto di interessi negli studi scientifici (industria...). Esiste poi il pericolo dell'unilateralità, specularmente se questa viene generalizzata. Va tenuto presente che spesso è necessario considerare un periodo di 20-30 anni per ottenere dei chiarimenti significativi e appropriati dalla ricerca.

2- La restrizione al **livello qualitativo** potrebbe generare il rischio che il collasso fisico non sia subito riconosciuto, in quanto questo porterebbe a uno stato che si potrebbe definire "perdita della realtà". Infine esiste anche la questione del come sia possibile raggiungere conclusioni universalmente rilevanti dall'esperienza individuale. Mentre rimane aperta la domanda su come il linguaggio possa accedere ai processi inconsci.

3- Le **dichiarazioni basate sul sentire empatico** potrebbero essere poco precise a causa di una visione parziale e soggettiva del terapeuta. L'auto-percezione e l'auto-consapevolezza sono essenziali in quest'area. Potrebbe essere difficile differenziare il ricordo precedente dalla ricostruzione successiva. Un trauma post-natale potrebbe essere nascosto dietro una 'esperienza prenatale e perinatale'. Infatti certi terapeuti attraggono selettivamente certi tipi di clienti, e questo può portare a false conclusioni rendendo possibile una

visione di parte poiché ogni livello di percezione ha una sua utilità e la restrizione al solo livello empatico potrebbe anche essere di natura difensiva.

4- Nell'**esperienza pratica** è importante considerare la ricchezza dell'esperienza dell'arte ostetrica. Una conoscenza tecnica importante può anche essere posseduta dai non addetti. Paura e potere sono due estremi che rendono quest'arte difficile da accettare.

5- Per quanto riguarda la **comparazione psicologica culturale** sono emersi alcuni resoconti letterari dall'Africa nei quali lo stato di trance era descritto come una procedura culturalmente e terapeuticamente efficace. Tuttavia si è notato spesso il caso in cui esisteva una dipendenza culturale dall'efficacia. Le visioni soggettive e l'orientamento esistenziale della diade paziente-terapista hanno un peso importante.

In una **categoria a parte** sono evidenziate l'importanza dell'intuizione e l'importanza dell'introspezione dei terapisti in quanto essi devono essere in grado di combinare tutto in un intero completo.

L'analisi dei risultati ottenuti ha dimostrato che le restrizioni irreversibili al modello metodologico sono legate a situazioni ritenute pericolose. e questo limita indubbiamente la validità dei risultati. D'altronde è chiaro che non ci sono alternative all'integrazione e al bilanciamento dei livelli metodologici nella teoria e nella pratica.

Aspetti pratici dei LM in ostetricia e psicoterapia

L'uso combinate di misure ostetriche e psicoterapeutiche comporta l'utilizzo integrato dei 5 livelli metodologici. La complessità dell'esame ginecologico e il trattamento richiedono un'osservazione dei differenti livelli metodologici, nonché la loro integrazione e bilanciamento. In ogni fase del percorso un livello può essere più importante degli altri, come ad esempio il livello quantitativo quando si accertano scoperte in campo ostetrico, il livello qualitativo quando si trattano caratteristiche personali e relazionali, il livello empatico quando si constata le dinamiche psicologiche del conflitto, il livello pratico quando si includono tecniche di pratica ostetrica e il livello di comparazione culturale quando si ha a che fare con membri di altre culture.

Nella situazione del consulto ostetrico, il medico ha a che fare nel corso delle sue mansioni terapeutiche con la donna gravida, il feto e il futuro padre, e questo richiede una visione d'insieme e un'attenzione particolare verso l'ambiente, la vita interiore, la storia precedente delle persone coinvolte. In questa relazione l'auto-conoscenza e l'auto-riflessione da parte di medici e terapisti è di grande importanza.

'Come può essere mantenuto l'equilibrio tra i LM?'

Questo aspetto è stato trattato da un altro **gruppo di discussione**. I parteci-

ANPEP

panti o piccoli gruppi rispettivamente potevano darsi una valutazione. Importanti prerequisiti sono in questo caso la sicurezza, la decisione e la capacità di esplorazione interiore dei terapisti. Nuove valutazioni e ulteriori sviluppi possono derivare dall'auto-riflessione. Una profonda consapevolezza è un prerequisito per una empatia autentica verso i pazienti. La storia del paziente può essere compresa nel dialogo. L'accesso ai diversi livelli può nascere spontaneamente, nel momento in cui cresce la sicurezza e permette la possibilità di una riflessione consapevole. Ci si domanda come la comunicazione non verbale possa essere documentata, e se sono possibili metodi di accesso specifici legati al sesso.



La malattia fisica durante la gravidanza con aspetti psicosomatici

Nei disturbi psicosomatici, gli aspetti psicologici giocano in ogni caso un ruolo importante. È necessario chiarirli individualmente per valutare le possibilità di trattamento psicoterapeutico/psicosomatico:

- minaccia di aborto
- stato dopo aborto ricorrente
- malessere mattutino
- contrazioni premature/parto prematuro
- preeclampsia
- sindrome HELLP
- "allentamento della sinfisi", dolori pelvici
- presentazione podalica
- parto tardivo
- dopo il parto: mastite

Attitudine percettiva nella pratica ginecologica

La psicologia prenatale ci ha insegnato l'importanza della fase evolutiva che precede l'acquisizione della parola. L'esperienza pre-verbale può esprimersi attraverso i sogni, le emozioni, gli umori, le sensazioni corporee e i sentimenti come nella realizzazione artistica. E sono proprio questi aspetti ad avere un'importanza psicodinamica e ad essere importanti strumenti diagnostici.

Non ci sono sempre risposte giuste immediate; alcune questioni rimangono aperte. Ciò che può rimanere oscuro in una sessione può essere capito in una successiva. Ciò che non è possibile in un appuntamento può verificarsi spontaneamente in un'altro. L'azione ginecologica può nascere solo da una comprensione dell'intera situazione basata sulle interazioni in un consulto. La pratica ginecologica è analoga alla psicoanalisi, infatti il paziente introduce nella sessione la totalità di una situazione di vita concreta in libera associazione con differenti livelli di comunicazione e comportamento, incluse le espressioni corporee. Come conseguenza del capire e dell'agire, si sviluppa una speciale intensità nella situazione diagnostica e terapeutica. Ciò oltrepassa i legami della normale situazione psicoterapeutica e richiede una maggior partecipazione del ginecologo e la costante rivalutazione delle esperienze e delle percezioni.

I casi clinici riguardano terapie in corso. Vorrei evidenziare che devo presentare la complessità dei casi come è,

cosicchè si possa capire come è possibile distinguere gli aspetti dinamici che facilitano l'azione sensibile.

Questo accade in una specie di processo circolare. Quando un particolare aspetto diventa comprensibile il terapeuta può fornire uno stimolo legato a quello, creando una nuova situazione che facilita altre possibilità di interpretazione, e questo di conseguenza attiva un livello superiore. Questo processo si ripete varie volte. Il tutto è simile al meccanismo di un processo psicoterapeutico, solo sono presenti tutti i livelli della realtà. Inoltre, si potrebbe quasi affermare che tale struttura è simile al processo dialettico descritto da Hegel, che vede la progressione dalla tesi all'antitesi fino alla sintesi, che quindi diventa il punto di partenza per una nuova triade.

Caso Clinico I: Diniego della gravidanza nella storia precedente e le sue ripercussioni

La sig.ra A, nella seconda metà dei suoi 20 anni, viveva insieme al suo compagno. Venne da me durante la 24ma settimana gestazionale per una grave nausea mattutina che richiedeva un certificato di malattia. Era al terzo anno del tirocinio infermieristico. Diventò presto palese che aveva anche problemi di droga. Aveva fumato un sacco di marihuana. Incidentalmente, disse che aveva sempre avuto problemi a portare a termine le cose. Era un'affermazione spontanea, il cui significato risulterà chiaro dalla lettura della sua storia.

Per cominciare, le concessi il certificato di malattia per farla stare più

tranquilla. Non fu in grado di smettere di fumare per tutta la durata della gravidanza. Ci soffermammo su questo: a volte sembrava che stesse per riuscire a smettere, ma poi non era così. Fortunatamente, questo punto risultò non essere molto importante, in quanto il feto cresceva bene. Le ecografie non rivelarono mai deficit di sviluppo. Le diedi un questionario anamnestico riguardo la sua storia da compilare. Era composto da queste domande:

1 Particolarità durante la gravidanza (di tua madre incinta di te)?

2 Come fu la tua nascita?

3 E riguardo i mesi successivi?

4 Cosa sai sulla relazione tra i tuoi genitori a quell'epoca?

La storia passata di questa paziente è davvero speciale perché nel questionario ha descritto come è stata concepita. Sua madre aveva avuto il primo figlio a 17 anni. Lei era la seconda, concepita durante un incontro casuale con un uomo a un festival estivo a 200 km da casa. La madre aveva negato l'esistenza della gravidanza, sebbene avendo già avuto un figlio avrebbe dovuto riconoscere i cambiamenti e i movimenti fetali. Apparentemente, nessuna delle persone che le stavano intorno si era accorta di nulla. Ci devono essere stati a volte dei dubbi, ma svanirono in fretta. Alla fine, si recò all'ospedale per una sospetta appendicite. Questa fu la nascita della donna che ora stava diventando madre. Perciò era appropriato ciò che disse "Io non riesco a portare a termine le cose". Lo trovo logico alla luce del transfert materno quanto os-

ANPEP

servato dal punto di vista trans-generazionale.

Questa poi fu l'evoluzione: sfortunatamente, sviluppò una grave forma di diabete gestazionale. Non sto rappresentando questo evento da un punto di vista teorico, ma dal punto di vista pratico come vicende sviluppate nella mia pratica dove tutti gli elementi del contesto nei differenti livelli sono sempre presenti e significativi: il qualitativo, il quantitativo, l'empatico, ecc. La sig.ra A. sotto molti aspetti, come ci si può aspettare vista la sua storia passata, aveva un rifiuto a credere alle cose. Faceva visita al diabetologo irregolarmente - lavorai insieme a un diabetologo interno. Aveva anche difficoltà a rispettare gli accordi presi e mancava a molti appuntamenti perché "sua madre o il suo amico non le avevano dato un passaggio". Queste sono ovviamente il tipo di cose che succedono di frequente quando c'è un problema di fondo con la droga. Per cominciare, spesso non portava con sé i fogli con le misurazioni della glicemia quotidiana. Gradualmente imparò a fare tali misurazioni e a non dimenticare i risultati. Per lungo tempo, non sapeva decidere tra un parto in casa o no. Ma alla fine, il diabete e la necessità di un monitoraggio intensivo del bambino resero la scelta del parto in clinica più sicura.

La data del parto fu una settimana dopo il termine, e ciò, nel caso del diabete, richiede maggiore attenzione e pazienza. Tuttavia, il parto andò bene e la sig.ra A. fu felice e soddisfatta.

Devo aggiungere che non fu possibile per la paziente raggiungere il termine con un occhio critico verso la

madre, in quanto era davvero dipendente dalla madre e dal suo sostegno. Io però ho continuato a seguire il soggetto cautamente.

Spero sia risultato chiaro che l'intera situazione della paziente e la cura di supporto durante la gravidanza fu oscurata dalla situazione di diniego prima della sua nascita. La conoscenza di ciò ha reso più facile prendersi cura di lei nel modo migliore possibile in tali circostanze. Senza questo approccio olistico c'era il rischio che tali aspetti individuali potessero causare interventi parziali che avrebbero portato a una catena di reazioni successive che avrebbe potuto dare gravi conseguenze.

Caso Clinico II: Ripercussioni del fatto di non essere voluti nella storia passata

La sig.ra B aveva 43 anni quando si presentò da me due anni fa. Il compagno viveva in un altro appartamento e lei era di nuovo incinta. Per la seconda volta. Il suo primo bambino, una femmina, era nata 17 anni prima. Si sottopose alla diagnosi prenatale per la sua età. A causa della rilevazione di anomalie sulla zona del collo, richiesi maggiori chiarimenti attraverso uno screening ecografico standardizzato con un collega. Lui calcolò il suo fattore di rischio. Solamente per l'età, la probabilità che il feto avesse il morbo di Down (sindrome di Down) era di 1:25 e dopo l'esame di 1:15, quindi maggiore. Discutemmo la faccenda e dopo aver ricevuto dettagliate e abbondanti informazioni decise che non voleva fare altri esami. Si poteva notare che aveva sempre un sorriso radioso

quando credeva nella salute del figlio. Contemporaneamente, stava vivendo una grave crisi di coppia che si concluse con la separazione. Soffrì molto durante il processo. In relazione a ciò si manifestarono contrazioni premature, che però sparirono dopo che la tensione diminuì in conseguenza delle chiacchierate e del certificato di malattia temporaneo.

Era sempre capace di riacquistare coraggio e dedicarsi al bambino normalmente. Il collasso arrivò 6 mesi dopo il parto. Ebbe un esaurimento nervoso e io feci una richiesta per una psicoterapia ufficiale. In questo contesto diventò evidente in che misura il tema di non essere voluti fosse importante per lei: lei era la quarta figlia; la madre era stata messa incinta contro la sua volontà dal padre della prole che era alcolizzato. Tenne duro fino a che la sua sicurezza vacillò, che si esprime nella sua convinzione di non essere in grado di badare a suo figlio. Disse che stava seduta nel suo appartamento e non riusciva a fare nulla - indipendentemente dal fatto che il bambino piangesse o meno. Aveva anche ricominciato a fumare molto e non mangiava regolarmente, tanto che arrivò a pesare meno di 50 chili. La reazione depressiva psicosomatica fu causata dal fatto che il padre del suo bambino le aveva promesso una certa somma di denaro che poi non le aveva dato. Sentì che stava solo sospesa a mezz'aria. La non comparsa dei soldi aveva risvegliato la sua storia passata di bambina non voluta.

Un'altra impressione fu che quando si scagliava contro il padre nel suo dolore, spesso il bambino era con lei e

urlava sempre. Fummo quindi in grado di discutere ciò e lei era in grado di capirlo. Naturalmente, lei ha ancora molte questioni da risolvere e ciò può verificarsi continuando la psicoterapia.

Caso Clinico III: Gli effetti della perdita di un gemello nella storia passata

La sig.ra C aveva 27 anni ed era rimasta incinta inaspettatamente. Non se lo aspettava perché soffriva del morbo di Chron e aveva subito 20 operazioni all'addome e all'intestino - compresa una estirpazione anale - e viveva con una stomia. Venne da me di recente, alla 24ma settimana gestazionale, lamentandosi di dolori allo stomaco e chiedendo un certificato di malattia. Mi sembrò un tentativo per alleviare la tensione poiché dava l'impressione di essere troppo stressata e c'era il sospetto di contrazioni premature nonostante il suo marcato senso dell'impegno. Il sovraccarico emozionale e/o fisico delle donne è la causa più frequente di parto prematuro, e spesso è sottovalutato. Dopo due settimane tutto era sistemato.

La sua documentazione rivelò che aveva sofferto precedentemente di una neurodermite pronunciata e trapelò che sua madre aveva pensato di avere avuto un aborto precoce per un sanguinamento e che la gravidanza fosse terminata. La madre aveva poi capito di essersi sbagliata e alla fine aveva dato alla luce la paziente. La faccenda della perdita del gemello e del suo danno fu discussa con lei a lungo. Lei ce l'aveva fatta, ma il suo gemello no. Era capace di capire appieno le interconnessioni. Penso che l'efficacia terapeutica di que-

ANPEP

sto lavoro risieda nel fatto che la gente riesce a parlare dei traumi e condividere le sensazioni. Fu così in questo particolare caso ed è per questo che non sono troppo preoccupato per la continuazione della gravidanza. Adesso è alla 34ma settimana.

La questione del tipo di parto, cioè del modo in cui partorerà il suo bambino, è ancora irrisolta. Il suo chirurgo, su cui confida molto a causa dei numerosi anni di malattia in cui l'ha seguita, ha suggerito un taglio cesareo a causa delle cicatrici causate dalle operazioni per il morbo di Chron. La mia idea è stata invece questa: l'utero è l'unico organo non danneggiato, per cui perchè sottoporlo a questa operazione? Ho poi parlato con il primario di una delle nostre cliniche ginecologiche - in queste situazioni sei sempre l'intermediario - con cui è stato possibile discutere la situazione. Era d'accordo con me. È tuttavia possibile che la paziente stessa desideri ricorrere al taglio cesareo a causa dei traumi subiti nelle varie operazioni, nell'ottica secondo cui così il suo maltrattato pavimento pelvico potrebbe essere meno coinvolto. Si vedrà.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Un'importante osservazione nell'analisi della relazione è che la storia passata della donna gravida e la storia passata di sua madre hanno un significato maggiore di quanto è assunto nella normale visione della cura materna, confinata alla situazione del presente.

L'osservazione può essere pienamente confermata dal punto di vista della pratica ginecologica psicoterapeutica-psicosomatica, solo che qui c'è una maggiore complessità nelle conseguenze dei carichi derivati dalla storia personale della paziente come da quella della madre, rispetto ai problemi più diffusi legati alla corporeità. È evidente che i carichi precoci danno forma all'intera vita della gravida e alla costruzione delle sue relazioni. La consapevolezza dell'influenza trans-generazionale sul presente rende possibile al ginecologo di prendere in considerazione i diversi livelli metodologici ed esistenziali e di trovare così un equilibrio tra questi. Questo è ciò che rende possibile la comprensione olistica della complessa realtà della paziente e quindi la corretta scelta delle azioni.

ANPEP

BIBLIOGRAFIA

20. Heidelberg Conference 'Methodological Levels in Prenatal Psychology' September 2007, Press release,
http://www.isppm.de/20_hd_workshop_press_release_11_2007.pdf

20. Heidelberg Conference 'Methodological Levels in Prenatal Psychology' September 2007, abstracts of papers
(post congress)
http://www.isppm.de/20_HD_workshop_Abstracts_09_2007.pdf

Bail, Bernard W., *Mother's Signature – A Journal of Dreams* Kranac Books, London, 2007

Charter on the Rights of the Child Before, During and After Birth
http://www.isppm.de/charta_en.html

Janus, Ludwig,
The Enduring Effects of Prenatal Experiencing - Echoes from the Womb
Mattes-Verlag, Heidelberg, 2001

Linder, R., Psychosoziale Belastung und Frühgeburt --
Erfahrungen mit einem psychosomatischen Konzept in der Praxis
Arch. of Gynecology and Obstetrics, Vol. 260, 1-4, S. 71-78, 1997

Linder, R., Ermutigende Mutterschaftsvorsorge, *Int J Prenat Perinat Psychol and Medicine* Jahrgang, 1998

Linder, R., How women can carry their unborn babies to term -
The prevention of premature birth through psychosomatic methods,
J Prenat Perinat Psychol Health 2006 (20): 293 - 304

Linder, R. (Editor), *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung – Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts*, Mattes Verlag, Heidelberg, 2008

Rank, Otto, *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, Psychosozial-Verlag, Gießen

Rauchfuss, Martina
Bio-psycho-soziale Prädiktoren der Frühgeburtlichkeit und Differentialdiagnose zur intrauterinen fetalen Re-
tardierung – Ergebnisse einer prospektiven Studie.
Habilitationsschrift, Charite Berlin 2002.
<http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/rauchfuss-martina-2003-06-26/PDF/Rauchfuss.pdf>

Late abortions and premature births – general information
Erich Saling M.D. FRCOG, Jürgen Lüthje MD, Monika Schreiber M.D.
Institute of Perinatal Medicine, Berlin, Germany
<http://www.saling-institut.de/eng/04infoh/01allg.html>

Verny, Thomas R., *Nurturing The Unborn Child* (with Pamela Weintraub). Delacorte Press, United States and
Canada, 1991.

Author's Address:
Rupert Linder M.D.
Specialist in Obstetrics, Gynecology, Psychosomatic and Psychotherapy
President of ISPPM
Goethestr. 9
75217 Birkenfeld
Tel. +497231-482223
Fax +497231-472240
www.isppm.de
e-Mail: post@dr-linder.de

ANPEP 