

Aborto: perché mai e ... dopo?

Quirino Quisi*

Prima di poter capire il vissuto dell'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e poterci orientare su come assistere la donna in questa circostanza, occorre interrogarci su che cosa, per la donna, comporti il restare incinta.

La gravidanza come tempesta maturativa

Così l'hanno interpretata alcuni psicoanalisti (fra cui H. Deutsch), per dire che si tratta di un particolare momento critico segnato da uno squilibrio dell'omeostasi bio-psico-socio-spirituale, dovuto ad un'alterazione dell'equilibrio della pregressa raggiunta maturazione personale, con la possibile conseguente comparsa di crisi d'angoscia e disperazione.

Caratteristica di questo periodo è la regressione, cioè la tendenza della donna a rivivere esperienze passate, con l'evidente conseguenza di un accresciuto bisogno di sicurezza affettiva e di sostegno/accompagnamento. Fra queste esperienze passate hanno particolare rilievo quelle che hanno segnato il percorso, a livello emozionale e cognitivo, del rapporto con la propria madre. D'altra parte, in questo stato la donna è alla ricerca di fasi maturative più avanzate, più adulte, che le facciano conseguire un nuovo raggiungibile ed auspicabile status, quello materno, con il desiderio di riuscire a completare il proprio processo di sviluppo attraverso la concretizzazione di un progetto di vita. Dunque, il periodo della gestazione vede la compresenza di processi regressivi e maturativi e l'evoluzione dell'identità femminile attraverso il rimaneggiamento delle ancestrali parti di sé.

La futura madre dovrebbe tendere a meglio differenziare i suoi confini di donna e di madre, attraverso una proiezione identificatoria nel nuovo ruolo da acquisire nei confronti della propria madre, del proprio partner e delle altre figure del suo microsistema, in attesa di accogliere il nascituro all'interno di un nuovo spazio «virtuale», ma finalizzato a divenire reale, possibilmente con la condivisione consapevole del partner.

La gravidanza esige una preparazione anatomo-fisiologica di un «grembo-spazio fisico accettante», ma anche la pianificazione ideale di un «grembo psichico»

* Primario psichiatra U.O.P. 4, Busto Arsizio – Tradate (Varese).

dove attendere il nascituro, all'interno di uno spazio interno deputato, esclusivamente, all'accoglienza del bambino.

Alcuni autori hanno individuato, nel periodo gestazionale, due «compiti adattivi» che si succedono nella donna: il primo, cronologicamente rilevabile nei primi mesi di gravidanza, consiste nell'accettare l'embrione/feto quale parte integrante di sé. Tale completa fusione narcisistica perdura sino a quando la percezione dei movimenti fetali non impone alla donna la realtà di un bambino «altro da sé». A questo punto, diviene necessario riorganizzare nuovamente i propri investimenti oggettuali: è questo il secondo compito che la donna deve saper affrontare. Ciò che fa di una creatura un *figlio* è il desiderio materno, la capacità della donna di rendere presente e anticipare l'esistenza *dell'altro* dentro di sé.

Gran parte della letteratura socio-psicologica sembra sottendere l'idea che la riproduzione e il desiderio di essa siano espressione normale ed universale, naturale e positiva dell'esperienza esistenziale della donna.

Lo shock abortivo

In questo quadro di riferimento si possono capire le conseguenze drammatiche connesse al brusco «interrompersi» di un rapporto psicofisiologico. Premesso che non esiste una IVG «dolce», si assiste, inevitabilmente, alla rottura di un rapporto che destabilizza l'omeostasi della madre.

La maggior parte degli autori afferma che l'IVG è paragonabile ad un evento scioccante, in quanto attiverebbe un notevole dispendio d'energia connesso alla reazione adattativa, con la tendenza a negativizzare gli elementi di identificazione con il bambino e con la gravidanza, con il definitivo annullamento di quella parte di sé che aveva timidamente iniziato a muovere i primi passi nel processo d'identificazione con il nascituro.

Attualmente, la letteratura internazionale riconosce questi quadri nosografici, cronologicamente connessi al post-aborto:

- un disturbo di natura prevalentemente psichiatrica: la psicosi post-aborto, contraddistinta da forme depressive a varia identità, che insorgerebbe rapidamente dopo l'aborto e perdurerebbe oltre i sei mesi;
- un disturbo caratterizzato da un marcato stress post-aborto, che insorge tra i tre e i sei mesi e che rappresenterebbe un disturbo più lieve rispetto al precedente;
- un insieme di disturbi che possono insorgere o subito dopo l'aborto o dopo alcuni anni dallo stesso. Alcuni psichiatri dell'A.P.A. (Associazione Psichiatrica Americana) tendono a considerare quest'ultimo quadro un equivalente della Sindrome da Stress Post-Traumatico (SPTS: DSM IV-TR).

A livello di sintomi – osservando a pieni sensi quel rispettoso e misterioso salto dalla mente al corpo e in base alla letteratura internazionale sull'argomento – si rileva la possibile comparsa di turbe psicocomportamentali; disturbi della sfera affettiva; turbe dell'ideazione; turbe della comunicazione e, più in generale, della psicorelazione; turbe psicosessuali, disturbi del sonno e dell'alimentazione; disturbi dello spectrum ansioso; flash-backs connessi al vissuto psicotraumatico dell'evento abortivo. La sintomatologia può evidenziarsi successivamente con una cronologia compresa tra i 6 e i 24 mesi dall'epoca dell'IVG.

Sintomi specifici possono anche non comparire e darsi, invece, lo sviluppo di «rischi» connessi a successivi eventi potenzialmente stressanti, quali una nuova gravidanza, un aborto spontaneo, esperienze di perdite/lutti.

Spesso, davanti all'evidenziazione di un semplice malessere, riesce difficile a noi operatori della salute comprendere la possibile e sottesa relazione tra i sintomi presentati (solitamente in modo disparato) e l'evento abortivo: infatti, non sempre è presente nella donna la consapevolezza che il disagio evidenziato possa essere conseguente alla decisione di aver troncato una nuova vita in fieri. Spesso, chi ricorre all'atto abortivo, pensa solamente, in quel preciso momento, a liberarsi (nell'accezione più estesa del termine) di un oneroso e stigmatizzante «fardello» fisico-psico-sociale, trascurando, però, le eventuali conseguenze psico-spirituali che potrebbero, in seguito, emergere.

Si ritiene, spesso, che l'IVG sia solamente un affare personale, che non dovrebbe riguardare nessun altro, neanche il co-autore della concezione e, tanto meno, i «*testimonial* impiccioni», non interessati a «questo affare privato e rigorosamente personale».

Un dolore del tutto particolare

Nell'ipotesi di un innato, inconscio desiderio di maternità, l'aborto assume il senso di una luttuosa perdita: non solo viene perduta la possibile vita di un figlio, con le caratteristiche di essere un figlio immaginato, fantastico, potenziale, ma la donna perde anche parte del suo Sé psicologico e Sé corporeo. L'aborto provoca la brusca interruzione del lungo processo fantasmatico che accompagna la donna nella sua crescita femminile e che costituisce il preludio alla sua esperienza di maternità.

Perciò, il lutto associato all'IVG è di tipo particolare, con caratteristiche diverse da quelle che accompagnano altre perdite: nel caso della IVG è indispensabile elaborare con la donna sia la perdita dell'oggetto sia il reale smarrimento contestuale di un parte di sé.

Rivisitare l'evento con lei

Chi s'interessa, in termini professionali e in fedeltà agli insegnamenti cristiani, di accoglienza di chi, erroneamente, si è imbattuto in un percorso alternativo e risultato disutile al proprio procedere nella fede, ha un atteggiamento di ascolto, comprensione e condivisione empatica della sofferenza esplicitata della donna che ha di fronte. «È successo, ma ora si tratta di capire che cosa fare, con l'aiuto di una riflessione psicopedagogica, non avulsa anche da una fervorosa meditazione e lasciandosi guidare dal volere di Dio, coadiuvato da una prassi umana specialistica». Occorre assumere un atteggiamento professionale (scientifico ed etico) che eviti la commiserazione-accusa-colpevolizzazione, ma anche la minimizzazione-banalizzazione-negazione dell'evento abortivo, per attuare, invece, una strategia dell'incoraggiamento, che aiuti la donna a riprendersi e a proseguire il proprio cammino di vita, valutando l'evento accaduto come propulsore per un cambiamento.

Come abbiamo modo di verificare nella clinica quotidiana, le problematiche psicologiche conseguenti ad una IVG risultano variegata. È chiaro che il carico emotivo-affettivo dello stress dipende dal significato che la donna attribuisce

all'evento, da come vive l'annuncio della sua gravidanza: può vivere il nascituro come ostacolo alla realizzazione di se stessa e delle proprie aspirazioni, soprattutto lavorative, come grande opportunità di vita, come un modo per dare senso alla propria vita matrimoniale...

- √ L'atteggiamento da assumere sarebbe quello di un'*analisi dell'evento, precisa e circostanziata*: le sue psico-sociodinamiche, come la donna lo ha vissuto, i vari tentativi psicologici maldestri effettuati nell'intento di negare l'evento. Ciò al fine di individuare insieme una possibile risoluzione dell'accaduto, formulando un modificato itinerario di vita che permetta di superare quell'evento patologico e allontanando l'evenienza che, nel caso di una riasacerbazione ansioso-depressiva, la rimozione dell'accaduto lo riproponga fragorosamente, con conseguenze inimmaginabilmente distruttive. Ovviamente, appare oneroso il compito dell'educatore o dello psicoterapeuta, dato che deve minuziosamente osservare il processo di queste fasi, l'introspezione ed il corretto insight connesso alla funzione riparatrice e riedificante legata al colloquio pedagogico-terapeutico.

- √ Nella rielaborazione del vissuto andrebbe riservata una particolare *attenzione alla componente aggressiva*. Infatti quel vissuto può essere assimilato a quello di una patita aggressione traumatica, con la possibile evidenziazione di istanze aggressive della donna
 - verso se stessa, con sensi di colpa per una soggettiva supposta cattiva proposta di vita;
 - verso il partner, che è, in parte, correo degli eventi luttuosi e della solitudine della donna;
 - verso la società, per omissione, di soccorso o di proposte alternative.

- √ Un altro aspetto da elaborare è la *solitudine*. Dobbiamo riconsiderare la maternità come un momento-spazio che necessita del supporto di una aspettativa condivisa, di una grande compartecipazione da parte dei macrosistemi familiare e circumfamiliare, così come ancora accade nei grandi villaggi dei paesi in via di sviluppo: l'IVG è da interpretarsi quale insulso epifenomeno di una profonda solitudine esistenziale, con grave assenza colpevolizzata dei «*testimonial*».

Quando una donna si sente violentata dalla prorompente ed egoistica sessualità maschile, quando si sente usata come un oggetto e, in seguito, viene lasciata in una situazione abbandonica, non le risulterà tanto difficile attuare violenza su parte di sé/altro-da-sé annidato/non accolto con amore, in grembo. Conseguentemente qualsiasi violenza, distrazione, disattenzione e strumentalizzazione che in futuro la donna subirà riuscirà ad accrescere in lei il suo potenziale aggressivo, favorendo, conseguentemente, ipotetici agiti abortivi.

Problemi a monte: le premesse per un reale riconoscimento del tu

Si parla spesso di «maternità non desiderate». Meglio sarebbe parlare di «maternità non escogitate».

Infatti, quando la donna rimane incinta, dovrebbe aver già realizzato in sé una previa partecipazione attiva, ossia un atteggiamento disponibile verso la possibilità di essere fecondata. Invece, in alcuni casi, ovviamente psicosociopatologici anche se ben mascherati, tale disponibilità fa fatica ad emergere per problematiche che dovrebbero essere, preventivamente, identificate ed affrontate a più voci. Tre esempi.

Quando, nei nostri ambulatori, ci sentiamo annunciare «aspettiamo un bambino» spesso l'evento si rivela una «soluzione» forzosamente finalizzata a rendere omeostatico un equilibrio affettivo di coppia alterato e disastroso. In tal caso, la suddetta partecipazione attiva della donna è ostacolata da questa soluzione «salvifica» di un nuovo prodotto/creatura in grembo (gravidanza «consumistica»).

A volte, in presenza di ancestrali conflitti di base con la propria madre, la gravidanza può connotarsi come un fallimentare tentativo di falsa emancipazione. Scemano, quindi, la consapevolezza e l'ardente desiderio partecipante della coppia di desiderare un figlio al quale, poi, dedicare attenzioni e cure dal momento del concepimento in poi: il mancato riconoscimento – a livello cognitivo, psicologico e sociale – del nascituro può far pervenire facilmente al rischio abortivo.

Altre volte, la mancata corresponsabilizzazione del partner nella gestione del grande evento giustifica il disinteresse della «latitante» madre: l'atto abortivo si connoterebbe, quindi, come soggettivamente giusto, fisiologico, dovuto ed opportuna liberazione di un greve fardello.

Queste umili e semplici considerazioni avevano l'obiettivo di evidenziare le dolorose pene che la donna sperimenta, quale vittima dell'aborto, nella sua profonda solitudine. Anche se la negazione attiva ed operativa del frutto del concepimento da parte dei due partner è, purtroppo, divenuta usuale nel pensiero della nostra quotidianità, la madre «mancata per scelta elettiva» continua, da sempre, a sentirsi legata al suo prodotto la cui scomparsa «clinicamente magica», ma pur sempre traumatica, evidenzia una traccia di sofferenza difficilmente invisibile e ben udibile da noi operatori se ben attrezzati di buone capacità investigative, operative e taumaturgiche.