

Aborto volontario: il domani di una scelta¹

D. CASADEI*

Introduzione

È essenziale premettere che il mio contributo circa le conseguenze psico-cliniche dell'aborto è da riferirsi esclusivamente alla modalità volontaria. Parlerò quindi della interruzione della gravidanza voluta e mirata coscientemente e dei suoi effetti clinici a carico della madre, osservando le problematiche che si possono sviluppare nel proseguo di vita dopo l'aborto.

L'aborto spontaneo (e ne avvengono moltissimi per varie ragioni) non entra nell'area della responsabilità cosciente e della volontarietà, pur provocando di per sé un'ampia sofferenza individuale della madre. Anche il cosiddetto "aborto terapeutico", compiuto come "cura" quando la madre è in pericolo, cade sotto la categoria d'aborto volontario.

Sotto la stessa categoria cade anche l'aborto "eugenetico", che si ha quando l'interruzione è compiuta per evitare che nasca un bambino malformato o in ogni caso disadattato. L'aborto terapeutico, dunque, ha come fine la salute della madre, l'eugenetico la presunta infelicità del nascituro.

Sempre per precisione terminologica si deve distinguere tra due termini, per lo più usati in maniera indiscriminata: legalizzazione e liberalizzazione dell'aborto. Con la "legalizzazione" (meglio ancora "regolamentazione") lo Stato nega l'aborto come principio, ma non lo persegue in alcuni casi indicati dalle norme. Rientra in questo tipo di normative la legge Fortuna; essa, pur sostenendo che l'aborto deve essere perseguito dal codice penale, prevede casi d'esenzione.

Con la "liberalizzazione", invece, l'aborto è completamente cancellato dal codice penale come delitto, per diventare semplice "fatto privato".

Tutt'al più lo Stato si preoccuperà di fornire al cittadino, che vuol abortire o far abortire, i mezzi e le cliniche poiché l'aborto avvenga in piena sicurezza igienico-sanitaria.

Qualche dato. Hanno legalizzato l'aborto: l'Inghilterra, la Svezia, la Finlandia, la Norvegia, la Danimarca, la Polonia, la Bulgaria, la Romania, la Cecoslovacchia. Lo hanno liberalizzato: il Giappone, tutti gli Stati Uniti; pure la Russia ha in pratica un regime di libertà, anche se la decisione privata di abortire è giudicata da un medico in ordine a ovvie preoccupazioni di carattere sanitario.

Una terza premessa. Prima di affrontare i contenuti essenziali del problema, penso sia utile cercare di individuare le cause che hanno determinato questo esteso movimento aborzionista.

Eccone alcune.

- La vita si è fortemente secolarizzata; questa in un contesto divino assume una sua significazione di livello e di centralità nel mondo creato; liberata da ciò, diventa semplice avventura tra le cose e quasi confusa con le cose. In questa visione appiattita, l'embrione umano diventa ben piccola cosa nel grande mondo dei valori secolari. Per cui l'aborto è considerato di poco conto: sopprime un essere che quasi non è; è un gesto che non dovrebbe disturbare la serenità di chi lo compie.
- Lo stile di vita è diventato ostinatamente edonista: il benessere spinto alla sua massima intensità fa parte della nostra cultura e dei nostri passatempi. Il sa-

¹ Questo articolo è stato pubblicato nel 2003 sulla rivista ISRE, 2, 84-96

* Già Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore U.O.S. Psicologia, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civile di Mirano (VE), Az. ULSS 13 Veneto; Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Udine

crificio è uscito dalla nostra vita come cosa d'altri tempi, come espressione d'oscurantismo. Di qui, il facile rifiuto di una gravidanza appena essa accenna a prospettive di sacrifici. I vivi non vogliono essere distolti dai loro piani di libertà e di benessere, nell'ossessiva volontà di difendere la loro libertà; e negano chi sta per venire.

- La scienza ha oggi la capacità di anticipare alla gestante la notizia di eventuali errori cromosomici esistenti nel feto e le conseguenti prospettive di malformazioni alla nascita, a livello psichico o somatico. Questo fatto spinge la gestante a un atteggiamento di rifiuto in nome della scienza e dell'eventuale infelicità del proprio bambino. La madre, così, con un sottile e inavvertito spirito razzista, si ritiene quasi giustificata nel suo gesto di interruzione.
- In ultimo, si è ormai creata una sorta di assuefazione alla violenza, ai crimini di guerra, all'inesorabile catena della criminalità quotidiana, per questo si tende a rimuovere costantemente nel cercare di perseguire una sorta di serenità. In questo clima, sempre più stile di vita, la gente diviene meno capace di avvertire il valore di un "piccolo essere" e socialmente non percepisce più la violenza del gesto abortivo.

Un carattere, molto importante per il nostro problema, è la "piena autonomia" del piccolo essere umano apparsa nel ventre della madre, in rapporto alle sue energie di crescita, all'acquisizione dei suoi caratteri morfologici assolutamente specifici e individuali. Egli ha tutto in sé per essere "uomo", non domanda nulla alla madre che lo qualifichi come uomo, le domanda solo - come avveniva per la piccola quercia - terreno adatto, calore su misura, soccorsi alimentari adeguati.

Ora, tutto questo lavoro di crescita e di formazione individualizzante di un uomo sfugge alla consapevolezza della madre, sia come influsso sia come conoscenza.

Essa ignora perfino che egli sia già concepito; deve ricorrere a ricerche di laboratorio per sapere in tempi brevi se essa ha concepito e se esiste in lei un "essere" nuovo. Il feto può portare caratteristiche somatiche, che non hanno a che fare con quelle della madre o con quelle che la madre vorrebbe.

Quando egli chiede all'organismo della madre quanto gli necessita, la risposta avviene sul piano biochimico, senza l'intervento della sua volontà.

Se le cose stanno così, da un punto di vista scientifico, la gestazione non è che "un unico processo di formazione" in cui non c'è motivo di ammettere "salti di qualità", quasi che il piccolo essere passi dalla fase di "essere neutro" a una categoria superiore. Ciò che osserviamo con estrema chiarezza è un mettersi in moto di un processo di strutturazione di un essere, una sua perfetta e piena au-

tonomia di sviluppo, un suo graduale perfezionarsi verso la forma di uomo.

Al sesto mese è lo stesso "lui" che era al primo mese, è esattamente quello che sarà al nono mese; la differenza è solo di strutturazione, di quantità, di grandezza.

Oggi, un feto si può far nascere anche al sesto mese, se vi sono ragioni mediche che lo esigano. In questo caso egli cambia solo "sito" e "ambiente" di crescita; dal ventre della madre passa all'incubatrice; ma nulla muta della sua "natura".

L'ufficiale di stato civile registra tra i cittadini questo neonato immaturo, come fa per ogni neonato a termine, anche se nato 90 giorni prima del normale! Dunque lo ritiene "essere umano".

Se la scienza un giorno riuscisse a risolvere casi difficili di gravidanza togliendo il feto dal seno materno prima ancora del sesto mese, la comunità ne segnalera la nascita, senza che la differenza di età possa costituire motivo di una diversa "classificazione" tra i viventi. Dunque, vi è sempre un "lui" che permane anche se a diversi studi di formazione.

Osserviamo ancora: anche dopo la nascita, non è che il processo di formazione sia finito; il bambino ha semplicemente cambiato ambiente, ha ancora bisogno di elementi e di soccorsi di formazione; viene, cioè, preparato gradualmente a una vita più matura e a inserirsi in un ambiente normale e nel frattempo assai complesso.

Per quanto "nato" sta crescendo ancora come stava crescendo pochi giorni prima nel seno della madre; la sua fase di crescita continua e non è che la prosecuzione del processo iniziato il primo giorno del concepimento. Ripeto: si tratta di un unico arco di sviluppo in cui non vi è epoca in cui sia avvenuto salto qualitativo o trasformativo.

Il dibattito sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG), sia in Italia che nel mondo, ha sempre riguardato gli aspetti di tipo motivazionale e cioè le condizioni che potessero giustificare l'effettuazione della stessa. Si è quasi sempre rimosso, però, il pensiero di cosa avrebbe potuto comportare l'interruzione della gravidanza sia nel breve tempo che in quello lungo e quanto questo avrebbe condizionato la vita psichica futura della donna. Non ritengo di soffermarmi ulteriormente su quanto appena accennato, se non per sottolineare l'aspetto dinamico di tipo difensivo che ha caratterizzato a lungo questa rimozione collettiva, quasi di "sapore" junghiano.

Ritengo che i primi a superare questa struttura difensiva siano stati proprio gli "addetti ai lavori" e cioè gli psicoterapeuti, ai quali non poteva sfuggire la presenza dell'IVG nelle storie cliniche di alcuni pazienti e la somiglianza dei quadri sintomatologici. Quindi, almeno per la realtà statunitense, si è iniziato a impostare lavori di ricerca che indagassero il dopo aborto, giungendo, dal 1985 ad oggi a di 400 lavori scientifici.

Pur con i limiti dell'iniziale approssimazione si è giunti a una prima codificazione sintomatologica nel 1989/90, ed è da tale data che anche in Italia si è iniziata ad affrontare la problematica del dopo aborto. Questo avviene prevalentemente a livello della comunità scientifica con alcune ricerche mirate a un approfondimento della casistica, con lo scopo di giungere alla creazione di un registro clinico dei casi. Tutto ciò ha portato a delineare sostanzialmente i sintomi a carattere psichico che sono riconducibili a un pregresso intervento per IVG.

Di questo se ne fa autorevole interprete anche Galimberti (1994) dove nel suo dizionario di psicologia alla voce aborto così cita: *- omissis, è frequente che il ricordo di aborti provocati in epoca lontana e superati apparentemente senza difficoltà, ricompaia carico di sensi di colpa in occasioni di episodi depressivi, omissis-*.

Attualmente possiamo indicare tre quadri nosologici ormai sufficientemente definiti, e cioè la "psicosi post-aborto", lo "stress post-aborto" e la "sindrome post-abortiva". Senza dilungarmi nella descrizione clinica dei primi due aspetti, si può affermare che la prima insorge immediatamente dopo l'interruzione della gravidanza, che perdura oltre i 6 mesi e che è un disturbo di prevalente interesse psichiatrico. Per il secondo si ha un'insorgenza dai 3 ai 6 mesi dalla data dell'IVG e rappresenta il disturbo più "lieve" finora osservato.

La "sindrome post-abortiva", invece, si riferisce a un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l'interruzione come dopo svariati anni, in quanto può rimanere a lungo latente a livello inconscio. Pertanto non è né facilmente prevedibile né facilmente riconoscibile.

Ricorrendo a una esemplificazione figurata, si può paragonare l'IVG a una mina che dopo essere stata innescata viene gettata nell'oceano. Questa mina può rimanere inattiva per svariati anni, può esplodere dopo breve tempo, può anche non esplodere. Però una "piccola" mina può anche affondare una grossa nave! Uscendo dall'esemplificazione la "mina", cioè l'aborto, vaga nel "mare" che è l'inconscio e l'ostacolo su cui può detonare è la percezione dell'interruzione stessa. Infatti la donna può rimuovere, può anche negare, mediante meccanismi di difesa, quanto è accaduto, però può anche recuperare la percezione cosciente dell'interruzione avvenuta evidenziando il bisogno di elaborazione del lutto.

Ecco perché la sindrome post-abortiva può rimanere a lungo latente, ma non sciollegata da quanto riguarda l'esperienza emotionale della donna, quindi soggetta a fattori di aggravamento. Uno di questi è la concezione che l'aborto non è ritenuto una perdita, quindi abortire non è perdere qualcosa ma è guadagnare, è limitare certi problemi ecc. Per la donna, invece, è comunque una perdita, per cui dopo aver abortito si trova sostanzialmente da sola, non solo perché gli altri non l'aiutano, ma anche con-

cettualmente da sola in quanto per gli altri non c'è perdita.

Questo lo possiamo ritrovare nell'esperienza professionale quotidiana, ma la difficoltà è collegare le singole storie cliniche in uno studio scientificamente attendibile. Quindi il rilevare tutti questi aspetti ci porta a chiedersi il perché l'IVG sia così disturbante per una donna. Potremmo affrontarlo dal punto di vista etico, morale, religioso ecc., però sono tutti aspetti che potrebbero essere opinabili poiché fanno parte di una cultura, di un modo di pensare, di modelli scientifici ancora in fase di definizione. Allora si deve partire, sostanzialmente, dal comprendere, prima ancora di cosa significhi aborto per la donna, cosa rappresenti la gravidanza per lei.

Se comprendiamo il significato di gravidanza per la donna riusciremo con molta più facilità a capire il trauma legato all'interruzione volontaria di quest'ultima, usando gli strumenti propri della letteratura scientifica e della ricerca, quindi aspetti non opinabili.

Modalità psichiche di avvio della gravidanza

Secondo la letteratura scientifica attuale nella donna si possono evidenziare due fattori prodromici alla gravidanza stessa: il desiderio di gravidanza e il desiderio di maternità. Il primo riguarda principalmente l'aspetto di tipo narcisistico che spinge la donna a realizzare un qualcosa che la confermi nella sua corporeità, nella sua efficienza. Il secondo è legato all'identità, al divenire madre, alla ri-definizione e al completamento del proprio ruolo, al raggiungimento di una propria progettualità.

Pertanto ogni donna giunge alla propria gravidanza con dei presupposti individuali unici, assoluti, ovverosia con un proprio vissuto, con delle proprie esperienze, con tutto ciò che fa parte del suo istinto, delle sue pulsioni, della sua educazione culturale e morale. Quindi ogni gravida affronta l'evento solo apparentemente in modo uguale ma sostanzialmente in un modo unico e irripetibile. E la donna in gravidanza, anche se ha già più di un figlio, potrà osservare che ogni evento è diverso dal precedente anche se dal punto di vista biologico può essere molto simile. Pertanto il rapporto con il concepimento si costituisce sulla base delle proprie relazioni e dei propri vissuti. Quindi si deve considerare il concepimento come agente di una rinnovata identificazione e modificazione dell'immagine di sé che la donna aveva precedentemente sviluppato. Presenta, di conseguenza, una importante verifica del proprio sentimento d'identità.

I momenti che caratterizzano la psicodinamica gravida sono essenzialmente due: maturazione e regressione. Per maturazione intendiamo la spinta psicologica a rag-

giungere il proprio “punto di arrivo”. È la spinta che motiva a dar la vita al proprio figlio, a scoprire e raggiungere un ruolo nuovo, a completare il proprio processo di sviluppo concretizzando un progetto di vita. Infine attraverso la maturazione si viene a superare la funzione narcisistica del “desiderio di gravidanza” tipica della fase pre-gravidica, dove l’interesse era rivolto prevalentemente verso se stessa e la gratificazione che la gravidanza avrebbe consentito.

La regressione, invece, è la tendenza a ritrovare esperienze passate, ovverosia l’evidenziarsi di un bisogno di sicurezza e di un aumentato desiderio di affetto, di supporto che aiuti a gestire l’ansia. Si definisce regressione poiché in psicologia tutti i momenti di sviluppo di un individuo sono caratterizzati da almeno due fattori, cioè da una individuazione e da una separazione. Infatti quando una persona si proietta in nuova realtà (maturazione) chiaramente si separa da una vecchia realtà.

Questo comporta sempre delle insicurezze e per gestire queste ultime si attiva il processo di recupero di esperienze, atteggiamenti, comportamenti pregressi, attraverso i quali si ritrovano alcune sicurezze. Questo permette di continuare nel processo di maturazione e di accettazione della gravidanza. Conseguentemente all’interno della gravidanza vi sono processi maturativi e regressivi che sono alla base dell’accettazione o del rifiuto della stessa. Normalmente prevale la spinta maturativa, quando prevale la componente regressiva vi è una difficoltà di adattamento.

Questo è solo l’aspetto più evidente e sta a indicare quanto complesso e articolato sia il processo intrapsichico legato alla gravidanza.

È indubbio che interrompendo in modo traumatico, poiché non esiste una IVG “dolce”, quanto sinora descritto si vengano a creare dei problemi, problemi che destabilizzano la persona a livello profondo, in quanto tutti i processi avviati (dall’iniziale fase narcisista alla assunzione di un nuovo ruolo e a una rinnovata percezione del sé) subiscono un arresto repentino che non permette alcuna rielaborazione e, se la permette, come vedremo in seguito, ha risvolti di tipo clinico.

Differentemente dal concepimento di tipo psichico, il concepimento biologico è un processo che si sviluppa solo da un certo momento in poi, è un processo che parte da “zero”, inizia con la fecondazione e accomuna in questo tutti gli esseri umani. Ciò comporta tutta una serie di modificazioni nell’organismo della donna, modificazioni che vanno a ristrutturare in parte la percezione del sé corporeo e quindi ad avere un preciso significato nel rinnovarsi dell’identificazione. Infatti è difficile trovare delle esperienze così coinvolgenti che portino nuovamente a identificarsi, o meglio a re-identificarsi. Il lavoro, i successi personali e professionali o di altro tipo sono delle conferme

della propria identità, la gravidanza non è solo una conferma di quanto si è, comporta anche una ri-identificazione attraverso il definirsi di un ruolo nuovo, contribuendo a creare nuovi potenziali e nuove relazioni affettive. È da sottolineare, quindi, che si ha una verifica del sentimento di identità unitamente alla rinnovata identificazione della persona. Sono due tappe fondamentali che concorrono al mantenere dell’equilibrio psichico della donna.

Procedendo nell’analisi vediamo di affrontare nello specifico le modalità di formazione dell’idea di gravidanza nella realtà psichica e come queste siano in relazione con gli esiti di una IVG.

Schematicamente le possiamo raggruppare in quattro aree:

- identificazione proiettiva (emanazione del Sé);
- identificazione introiettiva (integrazione del Sé);
- assenza di percezione del concepimento (mancanza del vissuto specifico);
- negazione del concepimento (sdoppiamento del Sé).

Giunti a questo punto della trattazione è bene evidenziare che di norma prima della percezione biologica della vita che si sta formando vi è la percezione mentale di questa, alla quale si associano in seguito tutti i dati e i parametri biologici. Allora si crea prima lo spazio mentale atto ad accogliere il bambino, poi si sviluppa anche quello fisico.

Procedendo, possiamo descrivere l’identificazione proiettiva come quel processo che porta a una sorta di fusione tra madre e figlio, dove il bambino è una proiezione della madre stessa, un “qualcosa” che le sopravviverà.

Nell’identificazione introiettiva, la fusione che si viene a creare tra madre e figlio comporta sostanzialmente un’integrazione del sé materno, cioè un’identificazione di tipo “egoico”, dove il bambino non è da proiettare nella vita, ma un “qualcosa” con cui andare nella vita.

Oltre alle forme di identificazione sopracitate vi possono essere altre modalità di formazione dell’idea di gravidanza, modalità che si caratterizzano per la mancanza della percezione di vissuto specifico nella realtà psichica della persona. Questo poiché viene a mancare lo “spazio” atto a contenere l’idea di un bambino.

Quindi può esservi un’assenza di percezione del concepimento nella realtà psichica oppure una negazione dello stesso. Se nel primo caso viene a mancare un vissuto specifico, nel secondo la gravidanza viene negata e “confinata” esclusivamente nel corpo, senza un vissuto affettivo.

Detto questo è interessante chiedersi cosa può accadere se si viene a interrompere quanto avviato e se questa interruzione produce effetti destabilizzanti e/o psicopatologici. Procedendo con lo stesso ordine precedentemente usato si ha che effettuando l’IVG nel caso di un’identificazione proiettiva si usa un diritto che nella realtà psichica non viene accettato, quindi l’idea del bambino abor-

tito si trasforma in un “persecutore” interiore con sviluppi destabilizzanti in rapporto all’entità dell’impulso aggressivo. In buona sostanza ciò significa che la persona non può negare una parte di se stessa senza averne conseguenze sul piano psichico, infatti la simbiosi madre-figlio/a si risolve esclusivamente solo attraverso il parto e la vita evolutiva che ne consegue.

Anche nel caso dell’identificazione introiettiva l’IVG viene vissuta chiaramente come un marcato lutto da elaborare in quanto si viene a negare ciò che è essenziale in quel determinato momento e cioè la gravidanza.

Infine possiamo accomunare l’assenza di percezione di concepimento e la negazione della gravidanza poiché per entrambi l’IVG rappresenta solo apparentemente la soluzione ottimale. In realtà l’IVG espelle la gravidanza con assenza di sentimenti di colpa, ma questo scatena dinamiche psicologiche in cui sono prevalenti meccanismi di difesa a carattere schizoide. È come si espellesse la malattia, ciò che provoca disturbo, ma contemporaneamente si viene a negare una realtà e assieme a questa si iniziano a negare altre realtà vicine, con un modello a cerchi concentrici dove si va a negare tutto quello che può ricordare l’IVG. Questo porta a staccarsi sempre più dalla realtà, con un rischio di psicosi post-abortiva.

Quanto appena descritto può trovare conferma in alcuni lavori di ricerca che si proponevano di verificare se l’indicazione psichiatrica all’IVG aveva poi trovato un effettivo miglioramento del quadro psicopatologico. Mi riferisco alle ricerche canadesi dell’Università del Québec e del *Department of Psychology* di Berkley, dove si nota che per circa il 70% dei casi non si è verificato alcun miglioramento, mentre la tendenza a recidivare assumeva un trend a salire.

Tutto questo, oltre ai nostri dati e alla nostra esperienza professionale, ci deve far pensare sostanzialmente che non è nel “togliere” la gravidanza che si cura la donna in difficoltà psicologica, bensì nell’aiutarla a superare i suoi reali problemi di ristrutturazione della realtà.

La sindrome post-abortiva

Quanto descritto sinora aveva la funzione di meglio definire la problematica e di introdurre al meglio la descrizione della Sindrome Post-Abortiva (S.P.A.).

La S.P.A. viene considerata all’interno dei Disturbi Post Traumatici da Stress, già descritti nel DSM III dell’*American Psychiatric Association* (1980), in quanto l’IVG è considerato evento traumatico. Questo perché:

- produce un marcato stress, tale da creare dei disturbi alla vita psichica;
- sopprime gli elementi di identificazione con il bambino;

- nega la gravidanza, ma nega anche quella parte del Sé che si era identificata con il bambino/a.

Quindi l’IVG è riconosciuta come evento traumatico, a livello internazionale, per gli elementi appena descritti. Se ne potrebbero aggiungere altri, più legati alla cultura, alla morale ecc., ma potrebbero essere soggettivi. Sta di fatto, però, che a livello antropologico sono stati condotti degli studi su quanto e dove è accettato l’aborto volontario. Paradossalmente più la popolazione ha un livello di sviluppo inferiore tanto meno vi è il ricorso all’aborto. Oppure questo avviene solo in particolari situazioni (carestie, siccità, malattie ecc.), quando la madre non sarebbe più in grado di garantire la vita al figlio. Di contro, tanto più il livello di civiltà s’innalza, tanto maggiore è il ricorso all’IVG.

Quale i sintomi, allora, di questa sintomatologia? Schematicamente rifacendosi agli studi dell’*Harvard Medical School*, iniziati da Worden nel 1987, si ha il seguente quadro clinico (Adler, David, Major, Roth, Russo *et al.*, 1990):

- a) disturbi emozionali (ansia ecc.);
- b) disturbi della comunicazione;
- c) disturbi dell’alimentazione;
- d) disturbi del pensiero;
- e) disturbi della relazione affettiva;
- f) disturbi neurovegetativi;
- g) disturbi della sfera sessuale;
- h) disturbi del sonno;
- i) disturbi fobico-ansiosi;
- j) flash back dell’aborto.

Questi sintomi possono presentarsi dai 6 mesi ai 2 anni successivi all’IVG (ma anche oltre tale periodo) mediante due modalità:

- 1) compaiono disordini su base acuta o cronica;
- 2) non compaiono sintomi specifici, ma si sviluppano rischi relativi a eventi stressanti quali:

- nuova gravidanza;
- sterilità secondaria;
- aborto spontaneo;
- isterectomia;
- perdite affettive.

Si può obiettare che questi eventi fanno parte della vita di tutti i giorni, però quando si ha alle spalle l’IVG vi è maggior fragilità emotiva per cui vanno considerati tra i possibili eventi scatenanti la sindrome che stiamo descrivendo. Quindi se non si presenta il quadro sindromico dai 6 ai 24 mesi, che è l’indice statistico statunitense rilevato, si mantiene un rischio di insorgenza che può perdurare per svariati anni. Questa sintomatologia non deve essere correlata ad altre forme eziologiche in quanto va sempre fatta una diagnosi anamnestica e differenziale attraverso la quale distinguere l’origine del disturbo per inquadrarlo non solo logicamente.

Ricollegandosi agli eventi scatenanti sopra descritti, è

interessante soffermarsi brevemente sul fatto che l'IVG struttura processi difensivi di rimozione o negazione che vanno a indebolirsi in modo significativo in presenza di eventi ricorrenti quale l'anniversario dell'interruzione, l'ipotetica data di nascita e tutta una serie di scadenze legate ad anniversari e/o ricorrenze. Questo comporta l'interruzione della difesa primaria, per cui la paziente si ritrova di fronte al proprio aborto volontario con tutto il bagaglio di angosce che ne derivano.

Pertanto si può affermare che più tempo trascorre tra l'IVG e la comparsa del quadro clinico tanto maggiore sarà il senso d'angoscia. Infatti, più è lungo il periodo di negazione (quindi di strutturazione della stessa) maggiore sarà il "peso" clinico del problema.

Le affermazioni sinora dette trovano ulteriore conferma in due lavori di indubbio valore scientifico, il primo della *Association for Interdisciplinary Research* di Denver (Colorado; Sim e Neisser, 1979) e il secondo della *University of Notre Dame* di August (Minnesota; Angelo, 1992), i quali oltre a definire il quadro clinico danno una percentuale approssimativa del 62% di insorgenza della Sindrome Post-Abortiva. Tale dato viene confermato, seppur con lievi variazioni nello studio della psicologa Stearns (1985), la quale nota, inoltre, che l'aborto non condiziona solo le donne ma anche le loro famiglie, con la tendenza a rompere il legame affettivo dopo l'aborto.

Tutto ciò è una totale e netta sconferma dell'assunto teorico che la donna non soffra, ma che al contrario provi sollievo nel liberarsi del proprio figlio non nato. Anche se l'esistenza e la morte del suo bambino non sono riconosciute da nessuno attorno a lei, il legame che la lega a lui è totalizzante e traumatica ne è la rottura, anche se spesso le stesse pazienti non associano i sintomi della S.P.A. al precedente aborto (Mattinson, 1985).

È evidente che questo è quanto meno un rischio concreto che l'IVG comporta, rischio che mette fortemente in dubbio l'indicazione di interruzione volontaria che viene consentita per salvaguardare la salute mentale e l'integrità psico-emotiva della madre.

In conclusione si possono definire i fattori di aumento di rischio psicopatologico post IVG. Essi sono i seguenti:

- a scadenza dei termini legali;
- in età adolescenziale;
- in età preclimaterica;
- successiva a:
 - morte di un figlio;
 - pregressa morte endouterina del feto;
 - pregressa infertilità;
- a breve distanza temporale da un lutto;
- legata a decisioni particolarmente conflittuali (individuali e/o di coppia);
- a conclusione di una relazione affettiva;
- in presenza di marcato coinvolgimento emozionale.

Note conclusive

Ho volutamente definito "note" queste osservazioni finali in quanto le riflessioni che conseguono a ciò che ho descritto sono ad ampio spettro.

Innanzi tutto si avverte sempre più la necessità di attivare protocolli psicologici di intervento a sostegno della donna in gravidanza con difficoltà atti al reale superamento delle problematiche che la portano a negare la propria maternità.

A questo si aggiunge la necessità di applicare in ambito ospedaliero un reale consenso informato che oltre a tenere conto dei rischi medico-chirurgici illustri anche il rischio psico-clinico post I.V.G.

Inoltre si dovrebbero fornire anche in fase di ricovero degli "spazi psicologici", e questo è di competenza della psicologia ospedaliera, atti all'ascolto e al contenimento delle problematiche che motivano all'interruzione volontaria.

Tutto ciò, a mio avviso, deve avvenire nell'ambito di una globale attenzione alla qualità di vita della donna con l'utilizzo degli strumenti specifici della psicologia della salute.

I dati presentati in questo lavoro sono riferiti all'attività di ricerca clinica effettuata in Italia e sono correlati con altri centri internazionali quali l'*Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change* di Denver (Colorado U.S.A), l'*University of Notre Dame* di August (Minnesota, U.S.A), la Commissione di Studio sulle conseguenze dell'I.V.G. del Ministero della Sanità Inglese.

Questo, oltre a far riflettere sulla globalità delle problematiche connesse all'aborto volontario, sottolinea che quanto descritto e indagato con la ricerca scientifica non può che portare a un'unica conclusione, e cioè che l'I.V.G. non riveste valenza di risoluzione bensì è a sua volta causa di problematiche, anche gravi.

Non dobbiamo dimenticare, a tal riguardo, anche le recenti acquisizioni in campo neuropsicologico fetale e psicofisiologico che indicano la stretta correlazione tra emozioni e variazioni biologiche in entrambi i versi. Essendo stata inquadrata l'I.V.G. tra gli eventi stressanti significativi è facile intuire la correlazione tra evento traumatico e insorgenza della sindrome descritta.

In conclusione, questa presa di coscienza deve far superare le diversità di opinione di tipo ideologico riportando il confronto in un clima di onestà scientifica e di collaborazione-scambio dei protocolli e delle procedure atte alla prevenzione dell'aborto volontario.

Riferimenti bibliografici

Adler N.E., David H.P., Major B.N., Roth S.H., Russo N.F. et

- al. (1990): *Psychological responses after abortion*, Science, 248, 41-44.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th ed. Washington, D.C.
- Angelo J. (1992): *Psychiatric sequelae of abortion: The many faces of post abortion grief*, Linacre Quarterly, 59.
- Galimberti U. (1994): *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino.
- Mattinson J. (1985): *The effects of abortion on a marriage*, Abortion: Medical Progress and Social Implications (Ciba Foundation Symposium, Pitman, London), 115, 165-177.
- Sim M., Neisser R. (1979): *Predicting the psychological consequences of abortion*, Social Science and Medicine, 13 683-689.
- Stearns (1985): *Living though Personal Crisis*, Ballantine Books.