

L'Interruzione Volontaria di Gravidanza: aspetti psicopatologici e strategie d'intervento.

Romina Di Stefano¹

¹Psicologo, Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

Il presente lavoro ha l'obiettivo di illustrare, attraverso una revisione della letteratura scientifica internazionale, gli aspetti psicopatologici, sia nel breve che nel lungo tempo, dell'interruzione volontaria di gravidanza, un'esperienza estremamente traumatica per la donna (e per la coppia). Spesso, viene ignorata come tale sia per questioni etiche, morali, religiose e sia perché regna la convinzione che chi sceglie di abortire abbia una consapevolezza tale da non provare sentimenti di lutto e, quindi, di dolore e di sofferenza. Verranno, ancora, presentati interventi di tipo cognitivo-comportamentali che permettono alla donna di riconoscere la perdita, di ricostruire il ricordo dell'evento traumatico e di elaborare, quindi, il lutto. Inoltre, saranno confrontate brevemente le conseguenze psicologiche e le strategie d'intervento nel caso di aborto spontaneo. Per rendere più evidente il bisogno di ricerche e di studi nazionali longitudinali a riguardo verranno, infine, riportate una serie di testimonianze di donne che hanno deciso di interrompere una gravidanza e che, a distanza di anni, si trovano ancora ad affrontare e a vivere un vuoto così profondo ed immenso.

Summary

This current work aims to illustrate, through a review of the international scientific literature, the psychopathological aspects, both in the short and long term, of the voluntary termination of pregnancy, an extremely traumatic experience for women (and for the couple). Often, it is ignored as such both for ethical, moral, religious matters and because reigns the belief that those who choose to have an abortion they have an awareness that they do not have feelings of mourning and, therefore, of pain and suffering. It will show cognitive-behaviour interventions too, that allow woman to recognize the loss, to reconstruct the memory of the traumatic event and to process, therefore, the mourning. In addition, they will be briefly compared the psychological consequences and intervention strategies in case of miscarriage. Finally, to make more evident the need for research and national longitudinal studies about, they will show a series of statements of women who have decided to terminate a pregnancy and who, years later, they still face and live a so intense and immense empty.

Romina Di Stefano, L'interruzione volontaria di gravidanza, N. 12, 2013, pp. 53-93

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

0. Introduzione

Il mio lavoro vuole essere un tentativo, un tassello in più di conoscenza, uno stimolo per la ricerca futura a favore della cura e del sostegno per le donne (e per le coppie) che si trovano a vivere un'esperienza potenzialmente traumatica, quale l'aborto.

Per aborto si intende l'interruzione della gravidanza prima che il feto sia in grado di sopravvivere autonomamente dalla madre, cioè prima del 180° giorno di amenorrea. Può avvenire per cause naturali (aborto spontaneo) o essere provocato artificialmente (aborto provocato o interruzione volontaria di gravidanza). Premetto che il lavoro tratterà prevalentemente l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), voluta e mirata coscientemente dalla madre, i suoi effetti clinici e, di conseguenza, le problematiche che si possono sviluppare in futuro. Nel caso dell'aborto spontaneo, come vedremo, le donne, pur presentando inizialmente uno stress mentale superiore rispetto a coloro che hanno volontariamente interrotto la gravidanza, vanno incontro ad un miglioramento dei disturbi psicologici iniziali, statisticamente significativo, più veloce rispetto a quelle che hanno abortito volontariamente. Dunque, la risposta psicologica, all'aborto spontaneo e all'aborto volontario è diversa, ed è possibile attribuire questa differenza alle caratteristiche dei due tipi di aborto (Broen AN. et al., 2005). Infatti, mentre l'aborto spontaneo è un evento improvviso ed involontario, l'aborto procurato prevede la responsabilità cosciente della madre. Se da un lato viene riconosciuto alla donna il diritto di scegliere il come e il quando della propria esperienza affettiva, dall'altro le si riconsegna la pesante responsabilità della decisione di dispensare e togliere la vita (Righetti, 2010). La società finisce col negare a chi affronta l'esperienza dell'aborto procurato la possibilità di lutto (non si piange e non si soffre su ciò che si è scelto volontariamente), rendendo l'aborto una morte senza lutto, senza dolore. Generalmente regna la convinzione che chi sceglie di abortire abbia una consapevolezza tale da non provare sentimenti di lutto e si fatica a comprendere che questa scelta, pur essendo "razionalmente" volontaria, è, comunque, emotivamente sofferta e può essere vissuta come scelta "indesiderabile" (Congleton, Calhoun, 1993). Quindi, nonostante il significato implicito contenuto nei termini "scelta" e "volontaria", questa decisione provocherà una ferita che non verrà mai completamente cicatrizzata. Il fatto che sia stata una precisa "scelta" non allieva la profonda sofferenza. A tale proposito, Galimberti (1994) cita: *"è frequente che il ricordo di aborti provocati in epoca lontana e superati apparentemente senza difficoltà, ricompaia carico di sensi di colpa in occasione di episodi depressivi"*.

Attualmente vengono indicati tre quadri nosologici: “psicosi post-abortiva”, “stress post-aborto” e “sindrome post-abortiva”. La prima insorge immediatamente dopo l’interruzione della gravidanza, che perdura oltre i 6 mesi e che è un disturbo prevalentemente psichiatrico. Il secondo insorge dai 3 ai 6 mesi dalla data dell’IVG e rappresenta il disturbo più “lieve” finora osservato. La “sindrome post-abortiva”, invece, si riferisce ad un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l’interruzione come dopo svariati anni, in quanto può rimanere a lungo latente. Pertanto, non è né facilmente prevedibile né facilmente riconoscibile. Può rimanere a lungo latente ma non scollegata dall’esperienza emozionale 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. Per la donna, invece, è comunque una perdita, per cui dopo aver abortito si trova essenzialmente da sola, perché gli altri non l’aiutano o, semplicemente, perché non le viene riconosciuta tale perdita. Le donne sperimentano per molto tempo un intenso vissuto di colpa, che le accompagna per anni; dopo tale evento, la psiche femminile è maggiormente vulnerabile allo stress psicofisico. Si dovrà, quindi, elaborare un doppio lutto: quello della perdita e il senso di colpa per averlo volontariamente causata. L’IVG viene vissuto, quindi, come un evento estremamente traumatico. Quando la donna scopre di aspettare un bambino lo considera come il proprio figlio, un essere umano piccolo ed indifeso che sta crescendo dentro di lei e non lo considera solo “un embrione” o un “mucchio di cellule”. In questo senso, abortire significa che venga ucciso in modo violento il proprio bambino.

Tanti sono i dibattiti di natura etica, sociale, politica, religiosa, legislativi e psicologici. L’opinione pubblica è stata da sempre divisa tra oppositori e fautori dell’aborto e molto probabilmente non sarà mai libera da accese polemiche. Il dibattito, sia in Italia che nel mondo, sull’IVG ha sempre riguardato gli aspetti motivazionali, ovvero le condizioni che potessero giustificare tale scelta. Si è, però, quasi sempre ignorato cosa avrebbe potuto comportare l’interruzione della gravidanza, sia nel breve che nel lungo tempo, e quanto questo avrebbe condizionato la futura vita psichica della donna.

Dal 1985, negli USA gli psicoterapeuti hanno cercato di superare questa barriera e indagare il dopo aborto. Nelle storie cliniche dei loro pazienti la presenza dell’IVG non poteva essere sottovalutata.

In Italia, invece, i dati a disposizione sono ancora pochi e, di conseguenza, poco si sa sui fattori predittivi (livello interiore, rappresentazioni mentali, relazioni, fenomeni in atto, vissuti, emotività, sintomatologia corporea, ecc.) e sui contesti ambientali che possono far predire eventuali forme di psicopatologia e adeguati interventi terapeutici.

Al fine di dare maggiore attenzione ad un tema così delicato, che sfiora la coscienza di ognuno di noi, il mio obiettivo sarà quello di illustrare e di rendere più chiari, attraverso una revisione della letteratura scientifica, gli aspetti che lo caratterizzano, le motivazioni che portano a tale scelta, le conseguenze psicologiche e possibili interventi terapeutici. Infine, cercherò, di fare un breve confronto con i risvolti psicologici nel caso dell'aborto spontaneo e relative metodologie di intervento.

1. Interruzione volontaria di gravidanza

1.1 Definizione e motivazioni per cui si ricorre all'IVG

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), denominata anche "aborto provocato" o "indotto", consiste nell'interruzione intenzionale dello sviluppo del feto o dell'embrione e nella sua rimozione dall'utero della gestante. Nell'ordinamento italiano l'aborto deve avvenire prima dei tre mesi dal presunto concepimento. Dopo i primi 90 giorni può essere effettuata per cause mediche, legate sia alla madre che al prodotto del concepimento. Quelle materne si riferiscono alle circostanze per cui la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la donna (es. cardiopatie gravi, nefropatie gravi, ipertensioni essenziali, emorragie genitali). Le cause fetali fanno riferimento a: infezioni primarie materne (rosolia, toxoplasmosi, citomegalovirus che, quando colpiscono il feto, provocano gravi malformazioni), esposizione a radiazioni (che provocano morte del feto, ritardo permanente nella crescita, gravi malformazioni, anomalie genetiche), ingestione di farmaci (es. vaccini preparati con virus, batteri vivi e morti che possono avere un effetto teratogeno sul feto e ipertemia materna); cause genetiche.

L'aborto può essere distinto in:

- *Aborto terapeutico*: compiuto come "cura" quando la madre è in pericolo; effettuato allo scopo di salvaguardare la vita della madre, la sua salute fisica e mentale;
- *Aborto eugenetico*: l'interruzione è compiuta per evitare che nasca un bambino malformato o con patologie neurologiche. Esso è reso possibile dalla diagnosi prenatale, la quale permette di scoprire se il feto presenta qualche anomalia e, in tal caso, provocarne l'aborto;
- *Aborto elettivo*: quello effettuato per qualsiasi altro motivo, indipendente dalla condizione di salute della madre o del feto.

Nello specifico, nel caso dell'aborto elettivo, la decisione di abortire può essere dovuta ad una serie di circostanze: perché le madri non sono pronte per prendersi cura di un bambino (o altri bambini), problemi finanziari (mantenere un altro figlio, tenere costante o migliorare il proprio standard di vita), desiderio di evitare una genitorialità da single, problemi relazionali e sentimenti

legati alla giovinezza o immaturità per crescere un bambino (Finer et al., 2005). Troviamo ancora, motivazioni legate ad una incerta identificazione nel ruolo femminile, al rapporto con la maternità, con la propria madre, con il partner e con le situazioni emozionali e relazionali in cui la donna si trova nel periodo precedente al concepimento. Inoltre, la decisione, per qualche donna, può essere dovuta anche ad influenze sociali: ad esempio, il valore conferito da alcune famiglie alla castità prima del matrimonio (soprattutto in passato), la non accettazione della nascita di un figlio fuori dal matrimonio, la disapprovazione verso una gravidanza tardiva.

Pochissime donne riferiscono di aver abortito maggiormente per la pressione ricevuta da altri (Finer et al., 2005). Alcune gravidanze sono terminate perché sono il risultato di stupri o incesti. Se una donna è vittima di violenza domestica sembra ricorrere spesso all'aborto, oltre che per il fatto che la gravidanza è il risultato di uno stupro, anche per paura che il feto possa subire dei danni a causa delle violenze, per la coercizione da parte dell'abusante e per non vivere in un costante stato di paura o di probabili ricatti da parte della persona violenta e abusante (Coleman & Maxey, 2004). La violenza domestica sembra, infatti, essere un fattore predittivo all'aborto e un fattore di rischio per il successivo adattamento psicologico.

Solo una piccola percentuale di aborti sono di gravidanze progettate e cercate. Le donne che decidono di terminare una gravidanza, tipicamente, lo fanno per cause legate ad anomalie del feto o a rischi per la propria salute.

Quindi, il motivo che porta la donna ad abortire non è unico ma è dato da un insieme di motivazioni che vanno da quelle più soggettive a quelle più legate a specifiche circostanze: economiche, sanitarie, psicologiche, familiari e sociali. Le spiegazioni razionali date dalle donne potrebbero nascondere il desiderio di alleviare il senso di colpa per la scelta di interrompere la gravidanza (Righetti, 2010). Questa variabilità è un'importante fattore nella comprensione dell'esperienza psicologica delle donne che hanno avuto degli aborti. Bisogna tenerle in mente quando si cerca di studiare e spiegare l'associazione che si crea tra aborto e problemi di salute mentale. Per comprendere, però, perché l'IVG è così disturbante per una donna si deve partire prima dal comprendere che cosa rappresenta per lei la gravidanza. Se riusciamo a comprendere il significato di gravidanza per la donna riusciremo, con più facilità, a capire il trauma legato all'interruzione di gravidanza.

1.2 Cambiamenti psicologici in gravidanza e scelta di abortire

La gravidanza è un momento speciale nella vita della donna caratterizzato da un vissuto psichico ed emotivo molto particolare. Rappresenta un processo di riorganizzazione cognitiva (Isola L.,

Mancini F., 2007), in cui il cambiamento di ruolo (da figlia a madre) e le relazioni interpersonali sono determinanti in uno specifico contesto di vita e a fronte della propria resilienza. Il significato che la donna attribuisce alla gravidanza spesso determina il livello di disponibilità ad accettarla positivamente. La gravidanza può essere considerata come un processo normale, un evento che fa parte del flusso naturale della vita biologica; in questo senso, i sentimenti che accompagneranno la gravidanza saranno positivi e costituiranno il presupposto per un ambiente affettivo, accogliente e responsivo ai bisogni del nuovo nato. Se una donna, invece, si trova ad affrontare una gravidanza inattesa, incontrerà maggiori difficoltà a dare un significato a tale evento. E' un processo costellato da vissuti di gratificazione ed entusiasmo, ma inevitabilmente anche da angoscia. Inoltre, le speranze per il futuro, le conferme rispetto alla propria femminilità, il sentirsi realizzata come donna, l'accudimento precoce del feto, le aspettative del partner e dei familiari sono tutti fattori che contribuiscono nel determinare una risposta emotiva complessa alla gravidanza e che hanno un ruolo cruciale nel ridefinire l'identità stessa della donna (Cantelmi T., Cacace C., 2008). Più specificatamente, due fattori sembrano essere prodromici alla gravidanza: il desiderio di gravidanza e il desiderio di maternità. Il primo si riferisce all'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 ridefinizione, al completamento del proprio ruolo e al raggiungimento della propria progettualità (Casadei D., 2010). Pertanto, ogni donna giunge alla gravidanza con un proprio vissuto, con delle proprie esperienze, con delle relazioni, con tutto ciò che fa parte del suo istinto, della sua educazione culturale e morale. Ogni gravidanza viene, quindi, affrontata dalla donna in modo unico ed irripetibile anche se ha già più di un figlio. E questo momento rappresenta una rinnovata identificazione, una modificazione dell'immagine di sé e un'importante verifica del proprio sentimento d'identità. Di conseguenza, l'interruzione di questo processo può causare una serie di problemi psicologici che destabilizzano la persona a livello profondo, in quanto non vi è alcuna rielaborazione dei processi avviati (assunzione di nuovo ruolo e rinnovata percezione del sé).

Scoprire di aspettare un bambino, quando questo avviene in condizioni poco favorevoli, può essere uno shock e rappresentare un momento molto critico nella vita di una donna, in quanto si sono già attivati quei processi maturativi, sia psicologici che cognitivi, che la rendono estremamente vulnerabile (Broen AN et al., 2005a). E', quindi, un periodo di crisi che comporta profondi cambiamenti sia psicologici che fisici. Questi momenti critici, in condizioni favorevoli, determinano l'emergere di livelli più integrati di identità personale e consapevolezza di sé, mentre in condizioni sfavorevoli possono portare a risultati nevrotici più o meno gravi. Come noto, le donne sviluppano

l'attaccamento al feto già durante le prime fasi della gravidanza (Leifer, 1977), addirittura subito dopo il concepimento, anche nelle donne che progettano di abortire. I processi psicologici che sottostanno a questa relazione precoce vanno al di là del controllo cosciente della madre. Rinunciare alla gravidanza vuol dire, quindi, rinunciare alla relazione, agli aspetti negativi e agli aspetti positivi in essa intrinsecamente presenti, è interrompere un legame che già alla sua nascita è profondo e viscerale. Perdere un figlio, anche scegliendo di perderlo, può attivare sentimenti di solitudine e di dolore, di fallimento come donna e come madre, e di colpa, sia nei confronti del figlio perduto che dei figli presenti o futuri (es. *“Che razza di madre potrò mai essere, se sono stata così abominevole da uccidere mio figlio?”*). Alcuni di questi pensieri saranno poi parte integrante del processo di lutto, e nel corso del tempo dovrebbero lasciare spazio a pensieri maggiormente costruttivi, che contemplino in modo obiettivo le circostanze dell'evento e la situazione, senza caricarla di pregiudizi o interpretazioni (Casadei, 2010). A tale proposito, uno studio recente (Kero et al., 2004) ha rilevato che il 20% delle donne che abortisce prova un grave stress emotivo simile a quello delle madri che soffrono per la morte del proprio figlio, con la differenza che i sensi di colpa associati alla volontarietà dell'IVG possono ulteriormente complicare ed intralciare l'elaborazione del lutto (Meister R., 1978). Per tale motivo, una donna di fronte alla scelta di portare o meno a termine la gravidanza vive sentimenti ambivalenti ed estremamente dolorosi, che la rendono vulnerabile a qualsiasi influenza, sia interna che esterna. La fragilità psicologica in cui si trova la porta ad avere, infatti, meno fiducia in ciò che pensa e anche nella capacità di poter prendere la decisione giusta. In queste condizioni, si verificano spesso situazioni in cui genitori, partner, amici o altre figure significative possono avere una grande influenza sulla decisione finale (Reardon DC., 2003). In generale, infatti, una persona in crisi si sente stanca, prova sentimenti di sconforto, inadeguatezza, confusione, ansia e, il più delle volte, è probabile che lasci che siano gli altri a prendere una decisione, tirandosi indietro. Quando in uno stato di fragilità e, quindi, di vulnerabilità la donna in gravidanza pensa che abortire sia la soluzione migliore, che ciò possa aiutarla a stare meglio, si può trovare a prendere una decisione che non corrisponde ad una scelta consapevole e che, successivamente, può provocare gravi sentimenti di rimpianto. E' stato messo in luce che il 44% delle donne esprime dubbi riguardo alla decisione di abortire al momento della scoperta della gravidanza ed il 30% continua ad avere dubbi al momento dell'IVG. Sembra che la decisione di abortire, il motivo della decisione e il modo in cui viene presa possono influire sulla risposta psicologica della donna anche a distanza di mesi e anni da tale evento (Broen AN et al., 2005b).

Tutto questo deve, quindi, far riflettere sul fatto che si possa aiutare una donna in difficoltà psicologica, non “negando” o “togliendo” la gravidanza, bensì nell’aiutarla a rielaborare il suo vissuto e a ristrutturare i suoi pensieri disfunzionali.

1.3 Conseguenze psicologiche legate all’IVG

Come più volte ribadito, l’IVG è un evento estremamente traumatico, che condiziona il benessere sia fisico che psichico della donna e ha, quindi, delle ripercussioni sulla successiva qualità di vita, sia nel breve che nel lungo termine. Nel breve termine può esserci una riduzione dei livelli di ansia, per il venir meno dell’elemento ansiogeno associato alla gravidanza indesiderata. Mentre, nel lungo periodo, può portare ad una maggiore incidenza d’ansia, disturbo post-traumatico da stress, depressione, rischio di suicidio ed abuso di sostanze.

1.3.1 Sindrome Post- Abortiva (S.P.A.)

La Sindrome Post Aborto (S.P.A.) è studiata già da molto tempo negli Stati Uniti. Si afferma che il 62% delle donne che hanno effettuato aborti volontari soffre di questa sindrome con conseguenze psico-fisiche anche gravi. La S.P.A. viene considerata all’interno dei Post- Traumatic Distress Disorder (P.T.D.D.) (DSM IV-TR), dal momento che l’IVG è visto come un evento traumatico, tale da produrre un marcato stress e creare, di conseguenza, disturbi alla vita psichica. I sintomi più frequenti sono: aspetti depressivi, sintomi tipici del panico, disturbo del comportamento alimentare e disturbo da uso di sostanze. I sintomi sono gli stessi di quelli dei reduci di guerra: flashback, incubi, allucinazioni. I sentimenti più frequenti sono angoscia, rabbia, colpa, rimpianto, perdita di interesse per la realtà circostante e stato di abbandono. Giocano, inoltre, un ruolo importante anche gli elementi più soggettivi legati alla cultura, alla morale, ecc. Facendo riferimento agli studi dell’*Harvard Medical School* viene delineato schematicamente il seguente quadro clinico (Adler et al., 1990):

- disturbi emozionali (ansia, depressione, ecc.)
- disturbi della comunicazione, del pensiero
- disturbi dell'alimentazione
- disturbi della relazione affettiva e della sfera sessuale
- disturbi neurovegetativi
- disturbi del sonno
- disturbi fobico-ansiosi
- flashbacks dell'aborto

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

1) compaiono disturbi su base acuta o cronica;

2) non compaiono sintomi specifici, ma si sviluppano rischi relativi ad eventi stressanti (nuova gravidanza, sterilità secondaria, aborto spontaneo, isterectomia, perdite affettive). Questi sono eventi che fanno parte della vita di tutti i giorni, però quando si ha alle spalle l'IVG vi è maggiore fragilità emotiva, per cui vanno considerati tra i possibili eventi scatenanti tale sindrome. Pertanto, se il quadro sintomatologico non si presenta dai 6 ai 24 mesi, che è l'indice statistico statunitense rilevato, si mantiene un rischio d'insorgenza che può perdurare per svariati anni. Altri fattori scatenanti sono la presenza di eventi ricorrenti, quali l'anniversario dell'interruzione, l'ipotetica data di nascita, e tutta una serie di scadenze legate ad anniversari e/o ricorrenze. A seguito di ciò, la donna si ritrova di fronte al proprio aborto volontario con tutto il bagaglio di angosce che ne derivano. In genere, più tempo trascorre tra l'IVG e la comparsa del quadro clinico tanto maggiore sarà il senso d'angoscia e tanto maggiore sarà l'entità clinica del problema. L'aborto non condiziona solo le donne ma anche le loro famiglie, con la tendenza a rompere, spesso, il legame affettivo dopo tale evento. Questo smentisce chi ritiene che la donna non soffra, ma che, anzi, 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 lo lega a lui è totalizzante. Spesso, però, le stesse pazienti non associano i sintomi della S.P.A. al precedente aborto (Mattinson, 1985). La soppressione del dolore che avviene in molte di queste situazioni produce marcati effetti negativi anche sui rapporti con i futuri figli; alcune donne raccontano la loro insensibilità emotiva e l'incapacità di creare un legame materno. I figli di una famiglia dove è stato praticato un aborto ne sono negativamente influenzati, mostrando paura, ansia e tristezza per la perdita dei loro fratelli. In uno studio di Coleman et al. (2001) emerge che "i bambini di donne che hanno abortito avevano maggiori tassi di problemi comportamentali" rispetto ai bambini di madri che non hanno abortito.

Le condizioni di aumentato rischio di insorgenza di una psicopatologia IVG- correlata sono:

- IVG a scadenza dei termini legali;
- in età adolescenziale;
- in età pre-climaterica;
- decisioni particolarmente conflittuali (individuale e/o di coppia);

- successiva a: morte di un figlio, pregressa morte endouterina del feto, pregressa infertilità, breve distanza temporale da un lutto e, infine, a conclusione di una relazione affettiva, in presenza di un marcato coinvolgimento emotivo.

1.3.2 Disturbo Post-Traumatico da Stress e S.P.A.

In generale, i sintomi principali della SPA che la fanno rientrare nella categoria del PTSD sono: a) esposizione o partecipazione ad una esperienza di aborto, percepita come uccisione traumatica e intenzionale di un bambino non ancora nato; b) rivivere in modo negativo ed intrusivo l'evento dell'aborto; c) sforzi infruttuosi di evitare o negare i ricordi dolorosi dell'aborto, che determinano una ridotta capacità di reagire al trauma; d) altri sintomi associati che non erano presenti prima di abortire, inclusi sensi di colpa e la sensazione di essere sopravvissuti.

Nei diversi studi, una specifica attenzione è stata data alle reazioni immediate, quali stati dissociativi, ansia acuta, panico, che sembrerebbero essere fattori predittivi dello sviluppo del PTSD. In particolare, la dissociazione (Birmes et al., 2003) viene considerata come il meccanismo che regola le emozioni negative acute derivanti dall'aborto. Infatti, alcune donne cercano di evitare di essere sopraffatte da tali emozioni attraverso reazioni dissociative. Pertanto, sia gli stati dissociativi che le emozioni negative, legate al trauma, sembrerebbero essere fattori predittivi nello sviluppo del PTSD post-aborto. Secondo Rue et al. (2004) più del 15% delle donne Americane che hanno avuto un aborto soddisfano i criteri di PTSD. In Norvegia, Broen et al. (2004) hanno messo in luce che il 30%, il 26% e il 18% delle donne hanno sperimentato intensi sintomi di PTSD rispettivamente a 10 giorni, 6 mesi e 2 anni dopo un aborto effettuato a 14 settimane prima del parto. Inoltre, 2 mesi dopo l'aborto il 19.4% delle donne hanno riportato livelli elevati circa il rivivere l'esperienza e tentativi di evitamento di sensazioni e pensieri associati all'evento. L'evitamento degli stimoli associati all'aborto sembra essere un fattore predittivo della dissociazione e alessitimia, intesa come difficoltà nel riconoscere, descrivere e comunicare sensazioni corporee, stati emotivi, desideri e bisogni (Van Emmerik et al., 2008).

Ancora, Rousset et al. (2011) hanno evidenziato che sei settimane dopo l'aborto, il 38% delle donne riportava un quadro clinico di PTSD e una diminuzione dei sintomi ansiosi. A tale proposito, Hemmerling et al. (2005) hanno, infatti, trovato che il livello di ansia e depressione sembra diminuire nei mesi successivi all'aborto. Wallin Lundell et al. (2013) hanno cercato di valutare la prevalenza del disturbo post traumatico (PTSD) e dei sintomi da stress post-traumatici, identificando i fattori di rischio per entrambi e analizzando l'associazione tra PTSD e sintomi traumatici con sintomi depressivi e ansiosi. Le donne che hanno riportato sintomi ansiosi o

depressivi al momento dell'aborto erano più probabili di sviluppare PTSD o sintomi da stress post-traumatico. Inoltre, donne che vivevano da sole e fumatrici presentavano una probabilità maggiore di sviluppare PTSD. E' importante, quindi, tenere in considerazione l'esistenza o la preesistenza di esperienze traumatiche e disturbi mentali quando offriamo un supporto alle donne che hanno terminato una gravidanza inaspettata. Anche lo scarso supporto sociale (Soderberg et al., 1998), la pressione di un amico, compagno, marito o parenti circa l'aborto (Rue et al., 2004) sono associati con disagio emotivo nel post-aborto. Sentimenti di vergogna e sensi di colpa sono riportati come ulteriori fattori di rischio (Broen et al., 2005b).

Le conseguenze dell'aborto potrebbero manifestarsi anche nel lungo termine. Trybulsy (2006) rileva che alcune donne riferiscono emozioni disturbanti e pensieri ricorrenti e intrusivi, circa uno o più aborti, fino a 15 anni dopo; tali emozioni e pensieri si intensificano con il verificarsi di successive gravidanze o eventi di vita importanti. Le loro relazioni risultavano essere state influenzate dall'esperienza dell'aborto; per alcune di loro era una "storia non detta", riferita solo a pochissime persone fidate. In uno studio di Gómez Lavín C. e Zapata Garcia R. (2005) dieci donne, che hanno abortito volontariamente e che riportavano un quadro clinico di SPA, riferivano sogni e incubi ripetuti e persistenti in relazione all'aborto, intensi sentimenti di colpa e la "necessità di riparare". Nello stesso anno un altro studio ha rilevato su giovani donne Svedesi, che avevano deciso di abortire, una complessa difficoltà psicologica, sintetizzabile con la frase: "Io sono felice della mia gravidanza, ma ho scelto di non dare alla luce un bambino ora". Sono emersi quattro temi: non riuscire ad avere chiare idee su se stesse e sulla propria gravidanza; desiderare di essere comprese da persone fidate; conflitto decisionale circa l'aborto e desiderio di avvicinarsi alla maternità in età adulta (Hallden BM, Christensson K, Olsson P., 2005).

Infine, altri risultati suggeriscono che l'emergere del PTSD come conseguenza dell'aborto sembrerebbe essere associato anche con un inadeguato supporto (o consulenza) pre-aborto e disaccordo nella decisione tra i partners (Coyle, Coleman, & Rue, 2010). Tuttavia, pochi sono i dati disponibili sui fattori predittivi del PTSD nel post-aborto.

Nel caso specifico dell'aborto terapeutico non sono presenti in letteratura molti dati circa l'impatto psicologico di questo tipo di aborto. Tuttavia, si è a conoscenza che possono sorgere delle difficoltà nella gestione delle emozioni, poiché spesso queste gravidanze sono progettate e desiderate (McCoy, 2007). I sintomi ansiosi sembrano essere le risposte più frequenti e il trauma una potenziale conseguenza (Bradshaw & Slade, 2003). Le donne che si sottopongono ad un aborto terapeutico di solito presentano tristezza, disperazione, colpa. Il dolore e la tristezza che queste donne sentono è molto simile alle donne che hanno un aborto spontaneo (McCoy, 2007). I livelli

delle conseguenze psicologiche negative di un aborto al secondo trimestre di una gravidanza desiderata e terminata per feto anormale non sono differenti dalle donne che hanno un aborto spontaneo nel secondo trimestre di gravidanza o perdita nel periodo perinatale (Salvesen et al., 1997). L'aborto, in questo caso, presenta conseguenze psicologiche e fisiche diverse dall'aborto di una gravidanza non progettata e inaspettata. Inoltre, uno studio di Davies et al. (2005) ha rilevato disturbi psicologici nelle donne che hanno terminato una gravidanza per anomalie del feto: nel breve termine (dopo 6 settimane) le donne che hanno terminato una gravidanza nel secondo trimestre potrebbero presentare maggiori livelli di sintomi da stress post-traumatico rispetto a coloro che hanno terminato una gravidanza nel primo trimestre. Ancora, Kersting A. et al. (2009) hanno riportato che le donne che hanno un aborto nel secondo e terzo trimestre di gravidanza per una diagnosi di anomalia del feto possono sviluppare sintomi depressivi e da stress post-traumatico anche mesi dopo l'evento. Più precisamente, i disturbi ai quali posso andare incontro includono disturbo acuto da stress, disturbi alimentari, disturbi affettivi, depressivi e ansiosi predominanti nel tempo. Un altro studio evidenzia che l'aborto avuto nel 2° e 3° trimestre di gravidanza è più associato con sintomi traumatici, come sentimenti intrusivi, ed è più alta la probabilità di riportare sogni disturbanti, rivivere l'aborto e difficoltà di addormentarsi (Coleman, Coyle, & Rue, 2010). Canario et al. (2011) hanno indicato che da 1 mese a 6 mesi dall'aborto terapeutico migliora la percezione della qualità della coppia, per il supporto sociale che i partners si offrono a vicenda. Il supporto sociale che le donne ricevono dai loro partners sembrerebbe essere un aspetto chiave per la loro "ripresa" psicologica dopo l'aborto, particolarmente per le donne che hanno alte risorse di strategie di coping (Cozzarelli et al., 2006).

Alcuni studi (Ashok et al., 2005) hanno indagato anche l'impatto sulle donne di due tipi di aborto: aborto medico (con pillola: mifepristone RU486) e aborto effettuato con intervento chirurgico, evidenziando che non ci sono differenze nei sintomi di ansia e depressione in relazione al metodo. Al contrario, Kelly et al. (2010) hanno messo in luce che le donne che hanno abortito facendo uso della pillola avevano più pensieri intrusivi rispetto alle altre donne, dopo 15 settimane dall'aborto. A poche ore dopo l'aborto, le donne che hanno avuto un aborto medico hanno mostrato maggiore disagio psicologico rispetto alle altre, ottenendo alti punteggi per le reazioni dissociative, emozioni negative, ansia e depressione. Queste donne, sei settimane dopo, hanno riportato livelli più alti dei sintomi associati al lutto, di stress post-traumatico e dolore rispetto a coloro che avevano abortito ricorrendo all'intervento chirurgico (Rousset et al., 2011). Nel caso dell'aborto medico, il ruolo del dottore è limitato alla prescrizione e alla consegna della pillola (Ashok et al., 2002). La donna, di conseguenza, viene lasciata da sola con il suo corpo e con tutti i cambiamenti associati

all'aborto. L'aborto medico è un trattamento che sembrerebbe responsabilizzare maggiormente la donna, perché deve essere consapevole di quello che accade, è lei che compie il gesto abortivo, che ne controlla il decorso e che può vedere il materiale abortivo. Invece, nel caso dell'intervento chirurgico sembrerebbe più rassicurante il fatto che sia un altro a compiere il gesto, non si vuole essere coscienti e si desidera l'anestesia.

1.3.3 Depressione e Aborto

I dati presenti in letteratura sono spesso contraddittori. Alcuni studi indicano l'assenza di ripercussioni significative (Noya & Leal, 1998; Major et al., 2000), altri, invece, l'aumento di problemi di salute mentale, specialmente nelle ragazze sotto i 21 anni (Fergusson et al., 2006), le quali sono propense a cercare una consulenza psicologica dopo l'aborto (Coleman, 2006). L'esperienza emotiva può anche differire e dipendere dalla fase del ciclo vitale. Un adolescente che termina la sua prima gravidanza, per esempio, può avere reazioni o risposte psicologiche differenti da quelle di una donna adulta o che termina una gravidanza dopo aver avuto altri bambini (Major et al., 2009). Spesso le adolescenti avvertono una forte pressione sociale da amici e famiglia: vengono considerate come le uniche responsabili della gravidanza e viene a loro attribuita la colpa per non aver fatto uso di contraccettivi (Ekstrand et al., 2009). Warren et al. (2010) hanno evidenziato che adolescenti che ricorrono ad un aborto non sembrano presentare un rischio elevato di depressione o bassa autostima nel breve termine e fino a 5 anni dopo l'aborto.

Le ragazze adolescenti che hanno abortito e che presentavano, invece, nella loro storia di vita precedenti esperienze traumatiche, sintomi da stress post-traumatici, depressione e quadri d'ansia riportavano livelli maggiori di sintomi depressivi rispetto alle ragazze che non avevano abortito (Zulcic-Navic et al., 2012). Anche nelle donne adulte una precedente storia di depressione sembra essere un fattore di rischio per una ricaduta, una bassa autostima e, quindi, per esiti psicologici negativi associati all'aborto due anni dopo l'evento (Major et al., 2000). Rees and Sabia (2007) indicano che le donne che hanno abortito non hanno rischi maggiori per una depressione maggiore rispetto alle donne che hanno portato a termine una gravidanza indesiderata. I dati, inoltre, suggeriscono l'emergere di sensazioni più positive come sollievo e benessere (Major et al., 2009). Il sollievo era collegato al fatto di non avere la responsabilità della cura del bambino, che non avevano più la pressione degli altri, non c'era più il rischio che i genitori avrebbero scoperto la gravidanza (spesso le donne sono portate a mantenerlo come un segreto), che i sintomi fisici associati ad essa erano spariti e, infine, sollievo per non aver avuto complicazioni durante l'intervento. Comunque sia, il sollievo per essere salvi da una gravidanza inaspettata non esclude

sentimenti di dolore che possono essere associati a sentimenti di perdita e ad una conflittualità interiore circa valori etici, religiosi e spirituali. Circa il rischio di depressione altri studi hanno indicato che tale rischio è superiore nelle donne che abortiscono una gravidanza indesiderata rispetto alle donne che portano a termine la gravidanza indesiderata. Coloro che abortiscono la loro prima gravidanza incrementano del 65% le probabilità di andare incontro ad un quadro clinico di tipo depressivo, rispetto a coloro che la portano a termine (Reardon, 2003). Anche Fergusson (2006) evidenzia che indipendentemente dalla fascia d'età tutte le donne che hanno abortito presentano un maggior rischio di depressione e che tale rischio tende ad aumentare al diminuire dell'età. La depressione può manifestarsi diversi mesi dopo l'evento, nell'anniversario della data dell'IVG o nell'anniversario dell'ipotetica data di nascita del bambino (Congleton & Calhoun,1993; Cogle,2001). Inoltre, donne che hanno interrotto volontariamente una gravidanza possono continuare ad avere sentimenti di colpa, bassa stima di sé e depressione legati all'aborto anche durante le successive gravidanze (Devore, 1979). In generale, i sintomi depressivi che si possono manifestare consistono in: umore triste, insonnia, difficoltà di concentrazione, disturbi sessuali, problemi nella relazione con il partner, pianto improvviso e incontrollato, perdita dell'appetito, della motivazione, della stima di sé e ideazione suicidaria.

1.3.4 Ansia e aborto

Uno studio indica che il 40-45% delle donne sperimentano alti livelli di ansia immediatamente prima dell'interruzione di gravidanza. Subito dopo l'intervento i livelli d'ansia diminuiscono e solo una minoranza di donne continua a manifestare un'ansia molto elevata. Un mese dopo l'IVG il 30% delle donne riporta livelli d'ansia clinicamente significativi e/o elevati livelli di stress anche negli anni successivi (Bradshaw & Slade, 2003). L'ansia può manifestarsi in vari modi: tensione muscolare, vertigini, tachicardia, problemi gastrici, cefalea, paura del futuro, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Lo stress causato dall'aborto può portare a intensi vissuti di dolore e di paura, con conseguente isolamento sociale, perdita della stima di sé fino a ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio, uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare.

1.3.5 Abuso di Sostanze e Aborto

L'interruzione volontaria di una gravidanza inaspettata è spesso associata con il conseguente abuso di sostanze (Reardon, Coleman, & Cogle, 2004; Coleman, Reardon, & Cogle, 2005b). Il legame tra aborto e comportamento di abuso può essere di due tipi. In un caso le sostanze vengono utilizzate per alleviare lo stress (Dawes et al.,2000): ciò significa che le donne che soffrono di disturbi psicologici sono più predisposte ad usare o abusare di sostanze (sigarette, cocaina,

marjuana, ecc.) per gestire l'ansia. Ricerche recenti, infatti, indicano che il Disturbo Post Traumatico da Stress generalmente precede l'inizio dell'abuso di sostanze (Coleman, 2005c). Nell'altro caso, l'uso di sostanze è messo in atto per tenere lontane dalla consapevolezza le emozioni negative che erano state represses al momento dell'aborto (Coleman, 2005c).

1.3.6 Psicosessualità e Aborto

Esistono pochi dati in letteratura sulla relazione tra aborto e psicosessualità, o meglio sull'impatto che l'aborto ha sulla vita sessuale della coppia. Una minoranza di donne sembra presentare disfunzioni sessuali, sintomi psicosomatici che persistono 6 mesi dopo l'intervento. Non sembrano essere presenti, invece, disfunzioni sessuali dopo un anno dall'intervento (Bianchi-Demicheli F. et al., 2000). Le donne che si sottopongono a tale procedura hanno, comunque, maggiori conflitti nelle loro relazioni. In circa la metà delle coppie che si sono separate, dopo l'aborto, non è quest'ultimo ad aver portato alla separazione, ma fattori psicologici e problemi relazionali preesistenti. Coleman, Rue and Coyle (2009) hanno, comunque, evidenziato che l'aborto può portare a problemi nelle relazioni: sia negli uomini che nelle donne l'esperienza dell'aborto, in una precedente relazione, era associata ad esiti negativi nella relazione attuale. Gli uomini, la cui compagna attuale ha avuto esperienza di aborto nel passato, riportano più gelosia e problemi circa l'uso di sostanze. Tale esperienza in una relazione corrente era associata con l'aumento del rischio di conflitto nella coppia. In particolare, nelle donne era connessa con l'aumento di disfunzioni sessuali, di discussioni economiche, di conflitti e discussioni in generale sia con il partner che con i familiari del partner. L'aborto, quindi, potrebbe avere anche un ruolo fondamentale nella comprensione dei problemi relazionali nella coppia. E', comunque, evidente che l'impatto dell'aborto sulla sessualità necessita di maggiori approfondimenti.

Ulteriori studi hanno cercato, inoltre, di evidenziare l'impatto psicologico dell'aborto in base al genere, cioè quando è la coppia e non la donna a prendere tale decisione. Mentre gli uomini tendono a reagire in modo più riservato e a non dare voce alla loro sofferenza (Naziri, 2007), le donne esprimono le loro emozioni e sentono un bisogno maggiore di supporto sociale dai loro compagni e, spesso, vanno alla ricerca anche di un supporto spirituale (Corbet-Owen, 2003). Inoltre, l'aver percepito un inadeguato supporto/consulenza prima dell'aborto predice sia tra le donne che tra gli uomini problemi relazionali, sintomi d'intrusione, d'evitamento e di attivazione fisiologica; l'indecisione tra i partners circa l'intervento porta negli uomini a sentimenti di intrusione e di attivazione fisiologica, mentre nelle donne sentimenti di intrusione. (Coyle et al., 2010). In generale, entrambi i fattori (supporto/consulenza inadeguati e indecisione circa l'intervento), in

entrambi i sessi, sembrano essere fattori predittivi per successive difficoltà relazionali e disagi psicologici. Per entrambi, infatti, tale esperienza risulta altamente e indiscutibilmente stressante.

1.4 L'importanza dei fattori di rischio

L'aborto elettivo, come la gravidanza in sé, può rappresentare un evento di crescita personale che non necessariamente porta alla psicopatologia (Noya & Leal, 1998) e, di conseguenza, non sembrerebbe essere un fattore predittivo per il disturbo post-traumatico (Turton et al., 2001). È necessario, tenere in considerazione una serie di fattori pre-esistenti all'evento, attuali e il contesto di vita dentro il quale viene presa tale decisione. Spesso, sono tali variabili che causano problemi psicologici e non l'aborto di per sé.

Fattori di rischio quali, il vivere da sola, scarso supporto emotivo dagli amici e dalla famiglia, cambiamenti negativi nelle relazioni con il partner e sottostanti sentimenti di ambivalenza o conflittualità interiore circa la decisione di abortire giocano un ruolo nell'insorgenza dei disturbi emotivi (Soderberg et al., 1998). I sentimenti ambivalenti sono presenti in maniera significativa sia prima che dopo l'IVG anche tra le donne che precedentemente erano favorevoli all'aborto in generale. Tale ambivalenza viene espressa in modo indiretto: comportamento taciturno, impaziente o ostile verso i familiari, il partner o il personale medico, o anche mostrando un'eccessiva sicurezza personale. L'ambivalenza è un vissuto frequente ed è dovuta sia a conflitti di natura personale, relazionale, morale e/o spirituale che influenzano la decisione, sia all'attaccamento profondo che provano verso il loro bambino. I vissuti conflittuali riguardo la scelta di abortire rappresentano uno dei fattori più importanti nel determinare disturbi psicologici dopo l'interruzione della gravidanza, quali ansia, depressione nonché sensi di colpa, rimpianto e rabbia, in quanto sono dovuti all'amore che la madre prova verso il proprio bambino ed al desiderio profondo di portare a termine la gravidanza (Cantelmi e Cacace, 2008). Altri fattori di rischio per l'aumento di problemi di salute mentale quali psichiatrici, suicidio, disturbo post traumatico da stress, depressione e uso di sostanze, nel caso di una gravidanza inaspettata e aborto includono: povertà (Finer & Henshaw, 2006; Jones & Kost, 2007), esposizione ad abusi fisici o psichici durante l'infanzia, presenza di un partner violento e stupro (Palitto & O'Campo, 2005). L'aborto può provocare l'aumento di stress e la diminuzione dell'abilità di coping, particolarmente per quelle donne che hanno una storia d'infanzia traumatica (Rue, Coleman, Rue, & Reardon, 2004). In accordo con tali dati, troviamo anche Robinson et al. (2009) che, nella loro rassegna, hanno evidenziato che il maggiore fattore di rischio per l'insorgenza dei disturbi mentali dopo l'aborto è la pre-esistenza di disturbi psicologici che sono strettamente associati con l'esposizione ad abusi sessuali e violenza domestica. Le donne vittime di

partners violenti e che sono ricorse all'aborto hanno esiti psicologici negativi che includono ansia, depressione e uso/abuso di sostanze (Coleman, 2002). Tuttavia, la presenza di partners violenti e gravidanze inaspettate sono più comuni tra donne con particolari caratteristiche sociodemografiche: povertà, bassi livelli di istruzione e nubili. Quindi, raramente, l'aborto di per sé porta ad immediate o tardive conseguenze psicologiche. E' vero che alcune donne hanno sentimenti di tristezza, rimpianto, colpa, possono sentirsi stigmatizzate, ma un'ampia varietà di fattori sia interni che esterni influenzano le risposte affettive delle donne e le loro capacità relazionali nel complesso.

Inoltre, vari studi longitudinali hanno trovato che le donne che sono state precedentemente coinvolte in problemi comportamentali come il fumo, l'uso di droghe e alcol, primi rapporti sessuali non protetti hanno più probabilità rispetto ad altre donne di avere gravidanze inaspettate e aborti (Martino et al., 2006). Anche la presenza di fattori di personalità che diminuiscono l'abilità di regolare emozioni negative mettono le persone a rischio nello sviluppo di problemi comportamentali. Ad esempio, alta impulsività e evitamento delle emozioni negative sono fattori di rischio per comportamenti sessuali, uso di sostanze e comportamenti delinquenti (Cooper et al., 2003). Quindi, molte di queste caratteristiche personali che mettono le donne a rischio di gravidanze inaspettate le mettono anche a rischio per lo sviluppo di problemi di salute mentale oltre che fisici, sia se la gravidanza è terminata e sia se è stata portata a termine. Claridge & Chavianoa (2013) considerano che tra le donne che hanno avuta una gravidanza inaspettata e che hanno pensato di abortire, ma non l'hanno fatto, giocano un ruolo molto importante sulle capacità genitoriali percepite, a un anno dal parto, alcune caratteristiche demografiche: il livello d'istruzione e il supporto ricevuto. Hanno visto che le donne che prendono più in considerazione l'aborto tendevano ad essere più giovani, ad avere un basso livello d'istruzione e di reddito, a fare uso di sostanze, a percepire un alto supporto sociale e a ricevere, in realtà, un basso supporto. Un sottoinsieme di donne che presentavano un alto livello d'istruzione, di reddito e un basso uso di sostanze e un adeguato supporto hanno riportato minori difficoltà genitoriali percepite ad un anno dal parto, nonostante abbiano considerato di abortire. In maniera simile, Dehelendorf C. & al. (2013) hanno trovato che negli Stati Uniti donne di colore con basso stato socio-economico ricorrono più spesso all'aborto rispetto a donne bianche con alto stato socio-economico. Un' ulteriore fattore che può portare a reazioni cognitive, emotive e comportamentali negative è la stigmatizzazione (Major & O'Brien., 2005). Le donne che hanno interiorizzato uno stigma associato con l'aborto (ad es. il sentirsi "sporche" moralmente) sono più vulnerabili allo sviluppo di un successivo disagio psicologico e, quindi, a uno scarso adattamento nel tempo. Il contesto socio-culturale e, quindi, la razza, l'etnia, le tradizioni, i valori culturali e religiosi possono influenzare il processo decisionale,

le valutazioni sull'aborto e le conseguenze psicologiche. Mojapelo-Batka & Schoeman (2003) hanno condotto interviste semi-strutturate a 7 adolescenti, di età compresa tra 16 e 19 anni, del Sud Africa che si sono sottoposte ad un'interruzione volontaria di gravidanza, tra un giorno e tre mesi prima dell'intervista. Loro hanno riportato una forte preoccupazione morale basata sui valori sociali, religiosi e culturali. Le reazioni emozionali negative predominanti includevano vergogna e imbarazzo, oltre al senso di colpa e tristezza associate alla perdita. I messaggi sociali che portano le donne a pensare all'aborto in modo negativo (come un peccato, un omicidio) possono aumentare il senso di colpa, lo stigma interiorizzato e il disagio emozionale circa un aborto effettuato anche molti anni prima. Al contrario, messaggi e supporto sociale adeguati portano le donne a ridimensionare cognitivamente l'aspetto negativo associato all'aborto e avere così un miglioramento delle risposte emozionali (Trybulski, 2006). Infatti, sembrerebbe che le donne che percepiscono un alto supporto sociale dalla loro famiglia, amici e compagni presentano un'alta auto-efficacia nelle strategie di coping (Major et al., 1990). Il senso di perdita e di lutto sarà, inoltre, tanto più forte quanto più la scelta sarà stata pilotata dall'esterno, senza tenere in considerazione il parere della donna (es. minorenni).

Pertanto, è molto importante capire le condizioni che portano all'aborto, le modalità con cui le donne rispondono e le risorse usate nelle loro risposte (Major et al., 2009). Mota NP et al. (2010) hanno confermato l'ipotesi che l'aborto è associato con un aumento, e non con l'insorgenza, di alcuni disturbi quali dell'umore, d'ansia, uso di sostanze e ideazione suicidarie e tentativi di suicidio. Solo il 5.8% e il 27.4% riferisce, rispettivamente, di aver avuto idee suicidarie e di aver fatto uso di droghe dopo l'aborto. Allo stesso modo anche Coleman PK et al. (2008) ritengono che l'aborto sia associato con l'aumento del rischio per una varietà di disturbi mentali (attacchi di panico, disturbo di panico, agorafobia, PTSD, disturbo bipolare, depressione maggiore) e uso di sostanze. Così come importante è anche la necessità di informazioni alle donne circa la procedura dell'aborto e un supporto pre e post-aborto.

2. Interventi psicologici e psicoterapeutici nell'IVG

Beneficiare di una consulenza prima e dopo l'aborto, al fine di ottenere informazioni complete ed affidabili, necessarie per valutare le diverse opportunità e confrontarsi con le conseguenze che deriverebbero dalle varie scelte, sono, senza dubbio, requisiti indispensabili per ottenere un migliore esito psicologico. Quando una donna si rivolge ad uno psicologo per la prima volta nel momento in cui deve decidere se abortire o meno, bisogna, ovviamente offrire ascolto alle sue incertezze, perplessità, dubbi e sostegno psicologico in ognuna delle sue scelte. L'intervento deve essere

limitato a rassicurare la donna sulla sua capacità di decidere e sulle sue consapevolezze, facendole concretamente vedere come tutte le incertezze non siano imputabili a lei come persona immatura, indecisa o altro, ma come siano attribuibili all'intrinseca difficoltà presente in ambedue gli oggetti della scelta. Infine, bisogna mettere in evidenza come una qualsiasi scelta non sia mai perfetta, pur costituendo sempre la migliore possibile, in quelle particolari circostanze (Righetti, 2010).

Nel post-aborto è necessario analizzare bene il motivo per il quale la donna richiede un aiuto psicologico e valutare se l'IVG è l'unico motivo alla base dell'*empasse* psicologico nel quale si trova la donna o se rappresenta la punta di un iceberg e, quindi, l'evento precipitante che ha provocato la disgregazione del suo equilibrio psicologico (Righetti, 2010). È importante indagare e comprendere l'opinione della donna rispetto all'aborto in generale e, successivamente, le motivazioni che l'hanno portata ad effettuare tale scelta. È, inoltre, indispensabile comprendere le emozioni provate prima dell'IVG e, in particolare, quelle esperite nel presente; si deve cercare di capire perché la donna sente questo malessere e rassicurarla rispetto al fatto che nonostante sia stata una scelta effettuata da lei, è naturale che ora provi tristezza, dolore e che non sia convinta di aver preso la decisione migliore. Del resto una scelta non può essere migliore dell'altra, ma dovrebbe essere il risultato di una profonda riflessione da parte della donna. E, quindi, anche in questo caso far capire che anche se è una scelta molto dolorosa, probabilmente era quella più adeguata in quel momento della sua vita. È necessario, altresì, assumere un atteggiamento di "contenimento" dei vissuti e delle emozioni, accompagnare la donna nel percorso di elaborazione del lutto per quello che sente di aver perso e indagare i pensieri relativi a questo evento di vita. Potrebbero essere, infatti, presenti pensieri disfunzionali, come ad esempio *"Ho ucciso il mio bambino, quindi sono una persona orribile, che non vale niente"*, *"Non merito di vivere un'altra gravidanza in futuro e di condurre una vita serena"*. In questi casi, andrebbe effettuata una ristrutturazione cognitiva mirata a modificare le idee irrazionali che non le permettono di elaborare in modo adeguato questo evento di vita e, quindi, di alleviare la sua sofferenza (Righetti, 2010).

2.1 La condivisione dell'esperienza e Acceptance Commitment Therapy

Molte donne, spesso, vanno ad abortire in segreto e mantengono segreto non solo l'evento, ma anche il lutto che ne deriva, per anni, addirittura per la vita intera: molte si liberano dal lutto solo dopo aver trovato la forza di dividerlo con altri, ed è sorprendente come la condivisione riesca velocemente a liberarle da un peso rimasto inalterato anche per anni.

Lafarge, C., Mitchell, K and Fox, P. (2013) suggeriscono che interventi di tipo cognitivo-comportamentali e Acceptance Commitment Therapy (ACT) potrebbero essere utili per individuare

la vulnerabilità nelle donne e per promuovere adeguate strategie di coping, al fine di abbassare il livello di dolore e dare una riformulazione positiva a quei pensieri che tendono a sviluppare e a mantenere la sofferenza. In altre parole, si può fare in modo che pensieri ed emozioni abbiano minore impatto e minore influenza; si può, inoltre, individuare ciò che è veramente importante e significativo, al fine di motivare a stabilire obiettivi e intraprendere azioni che arricchiscono la vita.

Per elaborare il lutto è fondamentale accettare l'esperienza vissuta, accettare la sofferenza che ne consegue e acquisire il giusto rispetto per se stessi. Non si tratta di razionalizzare l'evento, ma di stare con il dolore mentale, viverlo e tenerlo accanto senza essere sopraffatti. Eliminare totalmente il dolore, cercando di non provare più alcuna emozione negativa o razionalizzando, contribuisce a complicare il lutto. Come in ogni lutto anche nel lutto post-abortivo gli effetti patogeni si riducono notevolmente se la donna riesce a vivere il proprio percorso evitando la solitudine e la chiusura in sé stessa. Cercare attivamente il sostegno e la condivisione, nel rispetto della propria libertà di scelta e della propria dignità come individuo serve ad elaborare il lutto senza aggiungere altri traumi o difficoltà. E' possibile modulare l'entità del senso di colpa e di responsabilità, ridurre l'impatto della vergogna e dello stigma sociale attraverso una maggiore accettazione della propria decisione e dei propri tempi di recupero, ma anche delle emozioni e dei vissuti che hanno accompagnato il percorso di perdita (Casadei, 2010).

2.2 L'importanza dell'ascolto e della narrazione

Il racconto dell'esperienza rappresenta una fonte conoscitiva per chi ascolta. La comprensione dell'esperienza interiore è un buon punto di partenza per la conoscenza dell'altro e può aiutare ad avvicinarsi con maggior empatia a chi vive il disagio, ad identificare stati mentali ed emotivi che accompagnano la sofferenza, aiuta ad assumere il punto di vista del paziente, ad immedesimarsi nel suo dialogo interno e a chiarire i meccanismi di funzionamento e mantenimento del problema.

A tale proposito, vorrei qui riportare un esempio clinico di una ragazza Sud-Africana con sindrome post-abortiva (SPA). In questo caso, la narrazione dell'esperienza vissuta, all'interno di un approccio cognitivo-comportamentale, ha avuto un ruolo fondamentale per l'esito della terapia (Boulind & Edwards, 2008).

2.2.1 Il caso di Grace

Grace è una ragazza SudAfricana, di 22 anni. Decide di andare in terapia dopo un attacco di panico avuto qualche giorno prima, mentre era sola in cucina e pensava ai preparativi del suo imminente matrimonio, che a detta sua la stavano stressando in particolar modo. Riferisce i seguenti sintomi: mal di testa, difficoltà di concentrazione e di prendere una decisione, isolamento sociale,

autocritica e perdita di peso. La famiglia di G. è sempre stata molto povera, ha 3 fratelli e suo padre era morto 12 anni prima per Aids. G. era molto gelosa della sorella più grande che era molto legata alla loro madre; suo fratello maggiore viveva negli USA e da lì finanziava i suoi studi; il fratello minore era irresponsabile, non indipendente e lei sentiva di doversi fare carico di lui. G., inoltre, viveva un forte senso di responsabilità e di colpa associato alla morte di una sua cara amica durante l'ultima vacanza: lei propose di effettuare un test per l'HIV, al quale G. risultò negativa, mentre, la sua amica positiva. Quest'ultima, molto probabilmente, morì perché perse la speranza di fronte ad una notizia così sconvolgente. G. sembrava soddisfare tutti i criteri per un quadro clinico di tipo depressivo. Inoltre, consapevole del suo forte disagio emotivo non voleva far pesare i suoi problemi alla sua famiglia e ai suoi amici. Gli obiettivi della terapia erano: non essere così dura con se stessa (non criticarsi), non dipendere dall'approvazione degli altri, mangiare in modo più sano, sviluppare una visione più positiva della vita, avere meno preoccupazioni riguardo lo studio.

Pur enormemente sofferente per la morte dell'amica, i suoi sintomi sembravano, comunque, aver avuto inizio prima. Nella terza seduta, il terapeuta ha cercato di stimolare G. nel ricordare se nella sua vita, oltre alla morte del padre e dell'amica, altri eventi l'avevano particolarmente sconvolta. In questo momento, la ragazza rivelò la sua esperienza relativa all'aborto. Lei sembrava non averne parlato, perché inconsapevole di una probabile associazione tra i suoi sintomi depressivi e l'evitamento del trauma. Provava un forte senso di colpa e fino a quel momento lo aveva affrontato cercando di non pensarci. Aveva molta difficoltà nel dare voce ai suoi sentimenti, aveva paura di suscitare una delusione nel terapeuta e di essere etichettata dagli altri. Per tale motivo, non ne aveva mai parlato con nessuno. L'unico a sapere dell'aborto era il suo fidanzato, il quale, però, non era a conoscenza dei sentimenti che lei aveva provato e che continuava a provare. Dopo aver capito che la terapia era uno "spazio neutro", che poteva sfruttare per parlare della sofferenza che ruotava intorno a tale esperienza, senza nessuno che la criticava o giudicava, G. provò molto sollievo e chiese di riformulare gli obiettivi della terapia. Prese consapevolezza che i suoi pensieri relativi al fatto di essere una donna fallita e cattiva erano associati a tale evento. Di conseguenza, ciò portò anche ad una diminuzione dei sintomi depressivi.

Riformulazione caso clinico e trattamento

G. soddisfaceva i criteri per un singolo episodio di depressione maggiore e per il PTSD: ricordi invasivi e ricorrenti dell'evento attraverso sogni e incubi, stati dissociativi (reexperiencing), evitava sistematicamente di pensare e di parlarne (evitamento), viveva sentimenti di distacco dagli altri ed estraneamento dall'ambiente, con conseguente riduzione dell'interesse nelle attività, iperarousal nella forma di difficoltà del sonno e altri sintomi ansiosi (sudorazione, paura di morire, nervosismo,

paura di perdere il controllo, incapacità di rilassarsi) come la recente manifestazione di attacco di panico. La ragazza raccontò di aver vissuto un forte conflitto circa la decisione di terminare o meno la gravidanza. L'aborto e il suo significato erano, quindi, centrali nella vita della paziente e il fatto di aver soppresso pensieri ed emozioni legati al ricordo dell'evento traumatico, oltre che lo scarso supporto sociale ricevuto (come descritto in seguito), l'avevano portata a sviluppare depressione e PTSD. Ciò che ha reso vulnerabile G. allo sviluppo del PTSD e depressione sono stati i seguenti fattori: la morte del padre, la morte della sua amica (che sembrava aver esasperato la depressione e, quindi, secondaria al PTSD), la rottura con la Chiesa (per l'aspetto religioso legato alla sua scelta di abortire), il forte senso di responsabilità, lo scarso supporto emotivo (che l'hanno accompagnata per tutta la sua storia di vita dalla morte del padre) e la tendenza a colpevolizzarsi. Da questo momento, l'obiettivo della terapia divenne quello di aiutarla a ricordare e raccontare l'intera storia dell'aborto, gli eventi e i motivi che hanno portato ad esso, esplorare il significato personale associato con la perdita, la vergogna, la colpa ed altre emozioni negative, ed, infine, aiutarla a riformulare questi significati in una direzione più positiva.

Dalla quarta alla sesta seduta, G. riconobbe la necessità di ricostruire la storia di tale evento. Era consapevole del ruolo da esso giocato sulle sue difficoltà, sull'aumento del suo isolamento sociale e dei suoi sintomi in generale. Lei parlava del suo evento utilizzando questa metafora *“è chiuso tutto nella parte posteriore della mia mente e non so come prenderlo...io precisamente non so se posso parlarne”*. Partendo da questa metafora, è stato suggerito a G. di provare a lavorare insieme per portare avanti la scatola, aprirla e tirare fuori ciò che c'era dentro. Alla fine di ogni seduta la scatola veniva chiusa, per permetterle di andare avanti con la sua vita quotidiana. L'aborto sembrava aver gettato anche un'ombra sul suo matrimonio: la bellezza di tale evento era stato sporcato da questa esperienza. Solo dalla settima seduta, spontaneamente ha iniziato a condividere i dettagli legati al momento in cui ha scoperto di essere incinta, a quello in cui ha comunicato la sua decisione al fidanzato (processo decisionale), al giorno dell'intervento, e, infine, tutte le conseguenze. Fondamentalmente, le motivazioni che l'avevano spinta ad abortire furono: lo scarso supporto sociale, la preoccupazione di dover interrompere gli studi e, di conseguenza, la compromissione della sua carriera futura, le difficoltà economiche e il non voler dare una delusione alla sua famiglia, per aver avuto un figlio fuori dal matrimonio. Durante questo periodo è riuscita a far venire fuori e ad esprimere la sua rabbia nei confronti del fidanzato, il quale sembra non aver espresso nessuna opinione a riguardo e non aver contribuito, quindi, nella decisione. G. si è sentita sola senza nessun supporto. Ha pianto molto, esprimendo tutto il dolore che ruotava intorno a questa esperienza. Ha riconosciuto, inoltre, di non aver agito impulsivamente, ma di aver preso la decisione giusta per lei

in quel momento e, molto probabilmente, rifarebbe la stessa cosa. Nello specifico, dalla nona seduta, incoraggiata nel raccontare tale esperienza, inizia a descrivere il giorno dell'aborto carico di emozioni: *"Mi sento sola...è la volta in cui mi sono sentita più sola in tutta la mia vita. Nessuno sa dove sto andando. Chuma prova a chiamarmi ma io non ho mai risposto al telefono"*. In ospedale, venne portata in una stanza privata, per non suscitare vergogna, nessuno le chiedeva nulla, il dottore le disse semplicemente di sdraiarsi e rilassarsi. Nodo e crampi allo stomaco, sensazione di freddo e sensazione che tutto questo stava accadendo a qualcun altro l'hanno accompagnata per tutto il tempo. La vista del sangue è ciò che ebbe più impatto su di lei, provava vergogna e colpa: *"Ricordo il sangue, era molto...ero preoccupata che qualcun altro doveva pulirlo, sentivo come se fosse ovunque..."*. Poche ore dopo tornò a casa, pianse ininterrottamente fino ad addormentarsi. Il suo disagio ruotava molto intorno al suo senso di abbandono e di isolamento *"Nessuno sapeva...nessuno se n'è curato"*. Lei ha continuato i suoi studi e la relazione con Chuma a distanza; dell'aborto non se n'è mai parlato. Sono state riconosciute e validate a G. le sue emozioni e tutto il suo vissuto, motivandola a piangere, a sfogarsi per la morte del bambino e a venire a contatto con tutto ciò che questo significava per lei. G. avvertì il bisogno di parlare e di condividere la sua esperienza con il suo fidanzato, per poter piangere insieme a lui la morte del bambino e per affrontare in modo più sereno il matrimonio. Per fare questo, è stato fatto un lungo lavoro di role-playing, per aiutarla ad iniziare la conversazione. L'aver condiviso il tutto con Chuma e l'aver espresso a lui la sua rabbia per non essergli stato di supporto l'ha portata ad essere più sollevata. A questo punto della terapia (dodicesima seduta) è stato chiesto a G. di rappresentare con un disegno il suo viaggio psicoterapeutico. Lei disegnò due bambini, uno era il bambino che non era mai nato e l'altro quello che aveva intenzione di avere; c'era poi una donna ben vestita, con tanti libri, che rappresentava lei che aveva completato gli studi e un'altra donna sorridente, che rappresentava la sua sensazione di benessere attuale e che la portò a decidere di interrompere la terapia. Dopo tre mesi (follow-up), i sintomi ansiosi e depressivi erano scomparsi, si sentiva più ottimista, la vita di coppia era migliorata e così anche le relazioni amicali. Nonostante ci fosse ancora un grande lavoro da fare circa la sua storia di vita, lei non ha più manifestato sintomi depressivi, attacchi di panico o altri disturbi mentali.

La memoria, la narrazione, la condivisione dell'esperienza permettono, quindi, di esplorare non solo i pensieri, i sentimenti e le emozioni che ruotano intorno all'evento, ma anche le motivazioni e il contesto dentro il quale viene deciso di terminare una gravidanza inaspettata. La presentazione del caso di Grace vuole mostrare che tale sindrome può essere trattata, mantenendo sempre una rispettosa collaborazione con la paziente. Una volta che i sintomi sono diminuiti, il terapeuta cerca

di stimolare un impegno attivo nella ricostruzione della memoria traumatica, rispettando sempre i tempi della persona. Questo va in accordo con gli studi di Coleman et al. (2005c), i quali sostengono l'importanza di incoraggiare le donne a lavorare sui pensieri e sulle emozioni che ruotano intorno al processo decisionale e ad esplorarne i pro e i contro. Una tale risoluzione migliora il senso di autoefficacia. E' bene tenere presente che, ovviamente, non tutti i casi sono uguali. In molte situazioni in cui si verifica una gravidanza inaspettata, può non esserci una relazione stabile e solida con un uomo. Il lavoro terapeutico diventa, così, più complicato e più duraturo, perché l'attenzione dovrebbe essere più rivolta alla costruzione di risorse e all'individuazione di obiettivi importanti per il futuro (Boulind & Edwards, 2008). E' chiaro che non si può pensare di utilizzare il metodo della narrazione come un trattamento da manuale. Questo, però, unito a tutta la prima parte della valutazione psicologica, relativa alla formulazione del caso clinico, in cui si cerca di comprendere gli stati emotivi della persona, i significati personali, gli scopi della persona, identificare gli ostacoli alla risoluzione suggerisce molti dettagli utili che, com'è noto, potrebbero gettare luce sulla pianificazione del trattamento (Clark & Ehlers, 2005; Shear et al., 2005).

Gli stessi autori suggeriscono, inoltre, che la PAS può essere trattata con le tecniche cognitivo-comportamentali utilizzate per il trattamento del PTSD e del lutto traumatico, che come noto hanno lo scopo di modificare le credenze disfunzionali, le quali contribuiscono al mantenimento della sofferenza. Nel caso specifico del PTSD, il creare un buon clima interpersonale rappresenta un fattore fondamentale per l'esito positivo del trattamento. In altre parole, il cosiddetto *empirismo collaborativo*, ovvero una relazione interpersonale paritetica caratterizzata da atteggiamenti empatici, non giudicanti e guidati da obiettivi concordati aiuta a comprendere in una donna affetta da PAS i propri sentimenti luttuosi, i propri vissuti di perdita e permette di vivere costruttivamente il dolore, nel rispetto di sé e del proprio percorso di vita (Casadei, 2010). L'instaurarsi di un clima di fiducia e collaborativo in queste situazioni è fondamentale e diventa un obiettivo della terapia che, a volte, può richiedere tempi lunghi, proprio perché la vergogna e il senso di colpa possono inibire la capacità di confidarsi. Tali sentimenti vengono spesso mitigati nella fase dedicata alla psicoeducazione, in cui si cerca di dare delle spiegazioni sulla natura delle sofferenze. La persona comincia ad esaminare in modo critico pregiudizi negativi su di sé e la conoscenza di meccanismi legati ai suoi sintomi (es. stati dissociativi) permette di identificarli e gestirli. Infine, la formulazione di obiettivi concreti rappresenta un tentativo di riconoscere e validare gli stati mentali, le reazioni emotive e le convinzioni della paziente.

Pertanto, come tutti i lutti, anche questo tipo di perdita richiede una notevole capacità di adattamento e adeguamento alla nuova realtà. Bisogna, quindi, aiutare la donna a ricostruire l'evento traumatico, a lavorare sui pensieri e sulle emozioni ad esso legato; in altre parole, aiutarla a condividere l'esperienza, a darle voce. La donna ha bisogno di riconoscere la perdita, di elaborare un lutto per un figlio mai nato e di affrontare tutte le emozioni che spesso la accompagnano. Bisogna offrire alla donna la possibilità di trovare uno spazio e un tempo per pensare, per mettere in atto tutte quelle strategie che servono per elaborare il lutto e lasciare andare quel bambino con la maggiore serenità possibile.

3. Aborto spontaneo

3.1 Conseguenze psicologiche

E' ampiamente condiviso che l'aborto spontaneo rappresenta una perdita significativa. Pertanto, è un evento di vita che comporta un cambiamento psicologico e un disagio emotivo. Le reazioni affettive, fisiologiche, psicologiche e comportamentali sono simili a quelle successive alla perdita di qualsiasi figura emotivamente importante (Brier, 2008). L'intensità del dolore, per la perdita del bambino, è associato con il desiderio di mantenere un attaccamento con lui e con il grado di investimento che è stato fatto sulla futura presenza del bambino (Ritsher & Neugebauer, 2002). In altre parole, la gioia dell'attesa del nascituro trasporta i genitori oltre il quotidiano, li proietta in un futuro dove la nascita è già avvenuta e la sua presenza è disvelata e definita nel quotidiano familiare. Si immagina, quindi, il nuovo bambino nella propria realtà quotidiana e ciò porta a ristrutturare e adattare la coppia. Inizialmente, appena si apprende la notizia dell'avvenuta perdita del bambino si avverte la presenza di shock e di irrealtà, seguiti da sentimenti di confusione, relativi alla scomparsa improvvisa del ruolo materno e alla delusione sulla perdita di un futuro che era stato programmato. L'aborto spontaneo è una perdita traumatica anche per il senso di sé della donna e delle sue aspettative, progetti, sogni e speranze (Leis-Newman, 2012). L'autrice aggiunge, inoltre, che una donna che ha avuto un aborto spontaneo è a rischio di sviluppare sintomi ansiosi e depressivi negli anni successivi e dopo una successiva gravidanza è ad alto rischio per una depressione post-partum. Inoltre, alcuni bambini, figli di madri che hanno avuto un aborto spontaneo, a un anno riportavano un attaccamento di tipo disorganizzato. Il dolore che viene esperito, in seguito a tale esperienza, non dipende dal periodo gestazionale in cui avviene la perdita del bambino, ma dall'importanza e dal significato che è stato dato alla gravidanza (Leis-Newman, 2012). Se la gravidanza è pianificata e desiderata, l'aborto è considerato un evento traumatico che porta ad un elevato stress e pensieri intrusivi. Al contrario, se la gravidanza non è

desiderata, viene riconosciuta la perdita, ma tale perdita non rappresenterebbe un evento traumatico o stressante (Renner et al., 2000). Spesso, non viene riconosciuta come perdita dagli altri (amici o familiari). Le risposte più comuni che vengono date alle donne sono: *“Tu puoi averne altri”* o *“Doveva andare così”*, probabilmente, perché si pensa che dimenticare l’evento di perdita e *“intraprendere”* velocemente una nuova gravidanza siano l’unico modo possibile per *“superare”* il trauma. Forse ciò che porta le persone a reagire in questo modo è il silenzio che si tende a mantenere nei primi mesi di gravidanza. Scoprire all’improvviso che la donna è incinta contribuisce a confondere gli altri sulla desiderabilità o meno della gravidanza e, quindi, sul riconoscimento della perdita. Questo influirà, dunque, sul supporto che la donna riceverà dagli amici e dalla famiglia (Renner et al., 2000).

Alcuni autori hanno cercato di studiare la sintomatologia relativa a tale perdita. Maciejewski et al. (2007) hanno notato che a livello affettivo, dopo un aborto spontaneo, le donne si mostravano depresse, disperate, tristi, arrabbiate e ostili; a livello comportamentale, presentavano impulsività, pianto improvviso e ritiro sociale; a livello cognitivo, riportavano pensieri ricorrenti e intrusivi sul bambino, idee negative su di sé, perdita di speranza, senso di irrealtà e problemi di memoria e di concentrazione; a livello fisiologico, infine, perdita di appetito, disturbi del sonno, perdita di energia e di entusiasmo, disturbi fisici e somatici.

Carter et al. (2007) hanno rilevato che le reazioni che le donne tendono ad esperire diminuiscono, nella maggioranza dei casi, d’intensità nel corso del tempo. Solo una piccola minoranza può andare incontro a conseguenze psicologiche nel lungo tempo quali, depressione, sintomi ansiosi, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo post-traumatico da stress. In questo caso, come nell’aborto volontario, è bene indagare il ruolo giocato dai fattori di rischio nell’insorgenza di un determinato disturbo. Inoltre, gli uomini provano un dolore meno intenso e meno prolungato rispetto alle donne e possono mascherarlo con la rabbia (Leis-Newman, 2012). Nelle donne, il livello di dolore è più alto, probabilmente, perché sono biologicamente più coinvolte nello stato di gravidanza e, quindi, sviluppano un livello di attaccamento maggiore.

Il dolore successivo all’aborto sembra essere, spesso, accompagnato da: eccessiva colpa, ideazione suicidaria e sentimenti di indegnità. Il senso di colpa provato dalle donne è legato al fatto che loro, a volte, attribuiscono la causa del loro aborto spontaneo al loro corpo o al loro comportamento. Spesso, un evento così traumatico e indesiderato va, inoltre, ad attivare il cosiddetto pensiero controfattuale, nel tentativo di riflettere e modificare uno scenario da cui sarebbe potuto conseguire un esito differente dalla realtà. Si è portati, dunque, a pensare all’evento in termini di *“se solo...”* o *“almeno..”*, nel tentativo di annullare idealmente le conseguenze

dell'accaduto e cercare di dare un senso, un significato alla perdita. Questi pensieri controfattuali possono sortire l'effetto di amplificare emozioni e sentimenti come il biasimo, la rabbia, la vergogna e il senso di colpa. La frequenza di tale processo cognitivo che si attiva nelle donne che hanno avuto un aborto spontaneo, potrebbe essere associato con i livelli di ansia; mentre, la durata con i sintomi depressivi (Callander & Brown, 2007).

Infine, Broen et al. (2005a) hanno cercato di confrontare le esperienze di donne che hanno avuto un aborto spontaneo e donne che hanno avuto un aborto volontario a 10 giorni, 6 mesi, 2 anni e 5 anni dopo l'evento. Le donne che hanno avuto un aborto spontaneo presentavano più disagio mentale nei primi 6 mesi rispetto a coloro che avevano avuto un aborto volontario. Tuttavia, hanno mostrato un miglioramento significativamente più veloce di sentimenti come dolore, senso di colpa e rabbia. Le donne che hanno subito un aborto volontario hanno avuto complicanze significativamente maggiori nei 2 e 5 anni successivi all'intervento, come sentimenti di colpa e vergogna rispetto a chi ha subito un aborto spontaneo. Inoltre, le donne che avevano scelto di abortire mostravano punteggi significativamente più elevati di ansia, depressione e tentativi di evitamento dell'esperienza, mentre coloro che hanno avuto un aborto spontaneo mostrano gli stessi valori solo nei primi 6 mesi. I ricercatori concludono, dunque, che le donne sottoposte ad un aborto volontario mostravano conseguenze psicologiche più elevate rispetto a coloro che hanno avuto un aborto spontaneo. Entrambi possono essere considerati, comunque, due eventi di vita importanti che causano un forte disagio psicologico.

3.2 Interventi psicologici e psicoterapeutici

Un esempio di intervento psicoterapeutico di tipo cognitivo-comportamentale, presentato in uno studio da Kersting et al., (2011), è Internet-based treatment, in cui il rapporto tra paziente e terapeuta è asincrono e basato su una serie di testi scritti. Il protocollo di scrittura prevede tre fasi di trattamento: confronto con se stesse, ristrutturazione cognitiva e condivisione. Nella prima fase, alle pazienti viene chiesto di descrivere l'evento della perdita e, nello specifico, di esprimere tutti i sentimenti e i pensieri circa l'evento e di focalizzarsi su più dettagli possibili. Si richiede di scrivere in tempo presente, in prima persona, senza preoccuparsi della grammatica, dello stile e della cronologia degli eventi. Successivamente, devono descrivere il momento che ricordano con maggiore difficoltà, che per loro è particolarmente stressante, intrusivo e difficile da sopportare nella mente. Nella seconda fase, relativa alla ristrutturazione cognitiva, si chiede di immaginare di scrivere una lettera di supporto e di incoraggiamento ad un'ipotetica amica che ha avuto un'esperienza simile e che sta provando gli stessi sentimenti. La lettera deve portare a riflettere sul

senso di colpa, sui pensieri e sui comportamenti disfunzionali. L'obiettivo è quello di sviluppare una nuova visione sulla perdita e sulle sue circostanze, quindi, aiutarle a ridefinire un ruolo, la loro identità e riprendere il controllo della loro vita. Un esempio di richiesta è la seguente: *“Immagina di scrivere una lettera di supporto alla tua amica che ha avuto la stessa tua esperienza. Poteva prevedere cosa sarebbe successo al suo bambino? Pensi che lei sia stata responsabile della morte del suo bambino?”*. Nella seconda parte di questa fase, le pazienti vengono incoraggiate ad attivare risorse come contatti sociali, competenze e esperienze positive: *“Prova ad immaginare come la tua amica potrebbe sentirsi se lei in qualche modo non è responsabile della morte del suo bambino. Come potrebbe lei integrare la memoria della sua perdita nel presente (es. in termini di attività)? Quale attività potrebbe fare con piacere oggi? Ci sono situazioni in cui lei si diverte? Tu devi scrivere alla tua amica che deve dare un nuovo significato alla sua vita. Hai idea di quale direzione potrebbe prendere?”*. Nella terza fase, dedicata alla condivisione e al saluto, la donna cerca, infine, di lasciare simbolicamente l'evento traumatico e, quindi, il bambino. Si chiede di scrivere una lettera “d'addio” circa la perdita ad una persona significativa, a qualcuno che ha assistito alla perdita o a loro stesse. L'obiettivo del trattamento è quello di ridurre i sintomi associati al dolore, allo stress post-traumatico, depressione e l'intensità emotiva associata con il rivivere l'esperienza attraverso l'immaginazione. Un ruolo importante nel trattamento è giocato dalla psicoeducazione. In questa fase viene spiegato il significato di ogni compito scritto, di ogni tecnica e di determinati sintomi o reazioni possibili. L'intensità del dolore e i sintomi da stress post-traumatico sembrano diminuire dopo il trattamento, ma non sembra esserci un cambiamento significativo circa i sintomi associati alla depressione. Un limite di tale intervento è che non c'è un contatto diretto tra paziente e terapeuta, ma il tutto avviene on-line, compreso il feedback del terapeuta su ogni trascritto. Tale tipo di trattamento può non offrire un supporto adeguato ed immediato ad una persona che esprime nei suoi trascritti un forte disagio emotivo. Dal trattamento vengono, infatti, escluse le donne che presentavano criteri come: depressione maggiore e tendenze suicidarie, rischio di psicosi, abuso di sostanze, tendenza a stati dissociativi.

In generale, così come presentato per l'aborto volontario, anche nel caso dell'aborto spontaneo si può fare riferimento alle tecniche di tipo cognitivo-comportamentali utilizzate per il trattamento del PTSD ed elaborazione del lutto. In aggiunta, per queste donne è importante la condivisione della loro esperienza con donne che hanno avuto un'esperienza simile e ricevere un supporto, un sostegno, non solo dalla famiglia o dagli amici, ma anche dal personale medico, nel momento in cui vengono informate della morte del loro bambino (Séjourné N. et al.,2010). Recenti ricerche svolte in ospedali americani, australiani e norvegesi hanno trovato che una corretta gestione del lutto da

parte degli operatori e un'assistenza personalizzata ed adeguata migliorano l'*outcome* e facilitano l'instaurarsi del processo di resilienza (Safrund, Wredling, 2006; Cacciatore, Bushfield, 2007), favorendo i genitori nel recupero di una serenità personale e nell'integrazione, il più armoniosa possibile, del trauma nella loro vita, al fine di elaborare il lutto. Spesso l'operatore "fugge" dal dolore sia fisicamente che mentalmente, creando un distacco emotivo o fisico rispetto all'evento. L'équipe presta il più delle volte solo assistenza fisica, senza dedicare una sola parola alla morte del bambino e al dolore dei genitori (Righetti, 2010). Molti genitori ricordano, infatti, nitidamente molti aspetti legati ad una cattiva assistenza e al profondo stato di abbandono e di trascuratezza, a cosa è stato detto loro e a come è stato detto. Una cattiva comunicazione ha un effetto traumatico sul genitore. Lavorare, anche in équipe, per dare la notizia guardando i genitori negli occhi, con parole semplici e promuovendo un atteggiamento di apertura, disponibilità e sincero dispiacere, rappresenta un momento importante per il genitore. Dovrebbe essere parte del lavoro dell'operatore far sì che il genitore riceva il supporto necessario a incontrare e salutare suo figlio (in particolare, nel caso di aborto spontaneo nel secondo e terzo trimestre), a ricevere spiegazioni opportune e a sentirsi accolto e rispettato, come individuo e come genitore. E', dunque, di fondamentale importanza offrire ai genitori la possibilità di abbracciare e toccare il loro bambino e concedere il tempo per conoscerlo e salutarlo. Le madri hanno bisogno di dare un volto reale al bambino immaginario, hanno bisogno di conservare ricordi per poter davvero superare il lutto; non avere nulla che leghi a quel bambino aumenta la sensazione di precarietà e di vuoto che i genitori provano in questi casi. Per tale motivo, è considerata importante anche la formazione del personale sanitario da parte di professionisti adeguatamente formati nel campo dell'elaborazione del lutto. In questo modo, sarà possibile migliorare il benessere psicologico dello staff e della coppia genitoriale. Infatti, la condivisione con i propri colleghi dei vissuti e dei ricordi associati ad ogni esperienza di perdita permetterà anche di ridurre l'impatto emotivo e di aprirsi all'assistenza dei genitori con sensibilità e empatia.

4. Conclusioni

Ho deciso di riportare qui di seguito una serie di testimonianze di donne che hanno avuto un'IVG. Testimonianze che ci aiutano a comprendere che per nessuna donna l'interruzione di gravidanza è un'esperienza piacevole. Anche la donna più convinta può soffrire terribilmente, continuando, comunque, a pensare che in quel momento della sua vita fosse la decisione più giusta. Sono solo alcune, ma mostrano una cosa chiarissima: quell'immenso vuoto sarà riempito da un'unica certezza "*mio figlio non c'è perché l'ho fatto fuori io*".

“Continuo a pensare che in quel momento fosse la scelta più giusta per me...la mia famiglia non lo sa, il padre di quel bambino non lo saprà mai...ogni volta che guardo un bambino vedo quel figlio che non è mai nato! Ricordo, ogni giorno, il suono del battito del suo cuoricino...lo immagino spesso, immagino a come sarebbe stata la mia vita e penso anche che a negare la vita a quel bambino, che viveva dentro di me ,ero stata io, SUA MADRE! Lo amo e spero che un giorno torni da me! L'unica cosa che mi ha aiutato ad andare avanti nel modo più sereno possibile sono state le poche persone amiche, le quali mi sono state vicine dal momento in cui ho saputo di essere incinta, il giorno dell'intervento e che nel periodo successivo e tuttora mi aiutano a raccontare e a dare un senso a questa mia esperienza” (Gaia);

“Sono stata stuprata e ho abortito per questo...lo stupro non è andato via, è andato via un innocente!!! L'aborto non leva niente non leva niente a nessuno, aggiunge dolore a dolore, inadeguatezza a inadeguatezza, frustrazione a frustrazione...stupro a stupro...per tutta la vita” (Michela);

“Volevo abortire, ero convinta, ma non dormo da 5 mesi e niente è come prima, sto male, soffro, soffro, soffro!!! E' la condanna a morte della donna/madre, alla morte della sua anima materna, ecco cos'è!”(Stefania)

“Riporto non a caso questa espressione perché la usa sempre una mia amica con me quando parliamo di questa cosa : "se hai fatto quello che hai fatto"... lei non riesce neanche a dire quel verbo "abortire". Come darle torto? Io stessa, quando cercavo informazioni sull'aborto, parlavo di IVG quasi a voler levare un po' di "sporczia" a quel gesto, l'interruzione volontaria di gravidanza è un termine più asettico, più medico quasi. Ma che illusione, con le parole inganniamo prima di tutto noi stesse...” (Anna);

“Abortendo mio figlio ho distrutto per sempre una parte di me e non c'è niente, e sottolineo niente, che possa cambiare questo stato di fatto” (Angela);

“Prima dell'aborto ho parlato tanto con il mio bambino e ho pianto tutte le mie lacrime. Nei giorni seguenti gli ho scritto una lettera per fargli sapere che non lo dimenticherò mai e che continuerò ad aspettarlo. E' un'esperienza tristissima qualunque sia la causa, perché non mi sento affatto giustificata. So solo che mi manca da morire e che per quanto sia durata, sentirlo dentro di me mi rendeva felice, magica” (Luisa);

“Ero di 7 settimane, ma la delusione, il dolore per quel bimbo mai nato si ripropone....tutti gli anni a settembre il mio pensiero va a quella nascita mai successa...e a quel bimbo che ora avrebbe 10 anni...”(Cristina);

“Io ho avuto paura, non avevo un lavoro, ne una casa mia, lui viveva con la mamma...insomma non ho avuto il coraggio di rischiare. Eppure io quel bimbo, il mio angelo, lo avrei voluto con tutta me stessa. Quando un figlio te lo trovi dentro di te, faresti di tutto per lui. E' una ferita che ancora sanguina, un vuoto e un senso di colpa che non mi lascia in pace” (Roberta);

“E' un dolore quasi insopportabile” (Suzi);

“Penso a come, a cosa sarebbe potuto essere il bambino spesso, soprattutto per il giorno dell'anniversario. Poi, nostra figlia fu improvvisamente uccisa. Non ho potuto fare a meno di chiedermi se questo fosse il modo con il quale Dio stesse punendo me/noi” (Carmela);

A conclusione di questo lavoro, spero si sia centrato l'obiettivo di offrire spunti di riflessione e di intervento per un tema che tocca la vita di molte donne. Appare, quindi, chiaro il bisogno di ricerche e di studi nazionali longitudinali su donne che decidano di terminare una gravidanza. Donne che si trovano ad affrontare un vuoto così profondo che a volte sembra che niente possa riempirlo. Una donna non dimentica mai una gravidanza e il bambino che ci sarebbe stato; per tale motivo, nella pratica clinica è opportuno aiutarla a ricostruire la memoria, i ricordi, le emozioni e i pensieri legati a questo evento. In altre parole, riconoscere la perdita per poter così elaborare un lutto per un figlio mai nato e affrontare il dolore, il senso di colpa che, spesso, ancora sentono. Come in ogni lutto, anche in quello dell'aborto “un lutto di cui non si parla è un lutto che non guarisce”, destinato a rimanere privato; non devono, quindi, mancare le parole per poterlo definire, pensare, condividere e far prendere, quindi, consapevolezza dell'accaduto. L'esperienza dell'aborto può diventare in questo modo anche un'esperienza di crescita e di maturazione. Infine, riconoscerne l'impatto porta ad un miglioramento della salute pubblica e ad un progresso culturale in vista di un maggior rispetto della persona, della vita e della qualità della cura.

Bibliografia

- Adler N.E., David H.P., Major B.N., Roth S.H., Russo N.F. et al. (1990): Psychological responses after abortion, *PubMed Science*, 248, 41-44.
- Ashok, P.W., Hamada, H., Flett, G.M., Kidd, A., Fitzmaurice, A., & Templeton, A. (2005) Psychological sequelae of medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation In Rousset C., Brulfert C., Séjournè N. Goutaudier N., Chabrol H. (2011) Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5); 506-517.

- Ashok, P.W., Kidd, A., Flett, G.M., Fitzmaurice, A., Graham, W., & Templeton, A. (2002) A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation In Rousset C., Brulfert C., Séjournè N. Goutaudier N., Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5); 506-517.
- Bianchi- Demicheli F., Kullier R., Perrin E., Campana A. (2000) Induced abortion and psychosexuality *Ebsco Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 21, 213-217
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J.L., Charlet, J.P., Lauque, D., et al. (2003) The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three months prospective study In Rousset C., Brulfert C., Séjournè N. Goutaudier N., Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion da *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5); 506-517.
- Boulind M., Edwards D. (2008) The Assesment and Treatment of Post-Abortion Syndrome: A Systematic Case Study From Southern Africa *Ebsco Journal Of Psychology in Africa*,18(4):539-548
- Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003) The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of literature In Canàrio C., Figueiredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustemnt after abortion: a six months prospective pilot study da *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3); 262-275.
- Brier N.,Ph.D. (2008) Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the *Literature Liebert Connect Journal of Women's Health*,17(3):451-464
- Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O (2004) Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study da *Ebsco Pychosomatic Medicine*, 66, 265-271.
- Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. (2005a) The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *Psychinfo Med*, 12(3):1-18
- Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. (2005b) Reason for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *PubMed Gen Hosp Psychiatry* ,27:36-43.
- Cacciatore J., Bushfield S. (2007) Stillbirth: the mother's experience and implications for improving care In Righetti P.L. (a cura di), *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento*, Franco Angeli, Milano
- Callander G., Brown G.P. (2007) Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*,25(1):55-65
- Canàrio C., Figueiredo B., Ricou M. (2011) Women and men's psychological adjustemnt after abortion: a six months prospective pilot study da *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3):262-275.
- Cantelmi T., Cacace C. (2008) Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica*,1(2):1-13
- Carter D., Misri S., Tomfohr L. (2007) Psychologic aspects of early pregnancy loss *PubMed Clin Obstet Gynecol*, 50(1):154-65
- Casadei D. (2010) Aborto Volontario: il domani di una scelta, *Google Scholar, Riv. Sessuologia*,34(4):286-292
- Claridgea A.M. & Chaviano C.L. (2013) Consideration of Abortion in Pregnancy: Demographic Characteristics, Mental Health, and Protective Facotrs *PubMed Women & Health*,53(8): 777-794
- Clark, D.M. & Ehlers, A. (2005) Posttraumatic stress disorder: From cognitive theory to therapy. In Boulind M., Edwards D. The Assesment and Treatment of Post-Abortion Syndrome: A Systematic Case Study From Southern Africa *Ebsco Journal Of Psychology in Africa*,18(4):539-548
- Coleman PK. (2005c) Induced Abortion and Increased Risk of Substance Abuse: a review of the evidence In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica*, 1(2):1-13

- Coleman, P.K. (2006) Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: individual and family predictors and psychological consequences da *Ebsco Journal of Youth & Adolescence*,35, 903-911
- Coleman, P.K., Coyle, C.T., & Rue, V.M. (2010) Late-term elective abortion and susceptibility to post traumatic stress symptoms da *PubMed Journal of Pregnancy* 1,1-10
- Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM.J (2008) Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey *Epub Psychiatr Res*, 43(8):770-6
- Coleman, P.K., & Maxey, C.D. (2004) The choice to abort among mothers living under ecologically deprived conditions: predictors and consequences In Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T., Cogle, J. R. The psychology of abortion: a review and suggestions for future research da *Ebsco Psychology and Health* 20(2):237-271
- Coleman P.K., Reardon, D.C., Cogle, J.R. (2001) Child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NSLY data In Lalli V. L'aborto come terapia per la salute della donna? *Google Scholar, Studia Bioethica*,4(2):70-72
- Coleman P.K., Reardon, D.C., & Cogle, J. (2005a) Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy da *Ebsco British Journal of Health Psychology*, 10, 255-268.
- Coleman, P.K., Reardon, D.C., Rue, V., & Cogle, J. (2002) Prior history of induced abortion and substance use during pregnancy In Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T., Cogle, J. R. The psychology of abortion: a review and suggestions for future research *Ebsco Psychology and Health*,20(2):237-271
- Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T., Cogle, J. R. (2005b) The psychology of abortion: a review and suggestions for future research *Ebsco Psychology and Health*, 20(2):237-271
- Coleman, P.K., Rue, V.M. & Coyle; C.T. (2009) Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey da *PubMed Public Health*,123(4),331-338.
- Congleton GK, Calhoun LG, (1993) Post-abortion perceptions: a comparison of self-identified distressed and nondistressed populations. *PubMed Int J Soc Psychiatric Winter* 39(4):255-65.
- Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K., & Albino, A. (2003) Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Psychinfo American Psychologist*, 64(9), 863-890
- Corbet-Owen (2003) Women's perception of partner support in the context of pregnancy loss(es) In Canario C., Figueiredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustment after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology July* 29(3); 262-275.
- Cogle JR. (2001) Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica*,1(2):1-13
- Coyle, C.T., Coleman, P.K., & Rue, V.M. (2010) Inadequate pre abortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women *PubMed Traumatology*,16(1),16-30.
- Cozzarelli, C., Karrasch, A., Sumer, N., & Major, B. (2006) The meaning and impact of partner's accompaniment on women's adjustment to abortion In Canario C., Figueiredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustment after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology July*, 29(3); 262-275.
- Davies V, Gledhill J, McFayden A, Whitlow B, Economides D. (2005) Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy by ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study *PubMed Ultrasound Obstet Gynecol*,25(4):382-92

- Dawes MA, Antelman SM, Vanyukov MM. (2000) Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorder In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica,1(2):1-13*
- Dehelendorf C., Harris L.H., Weitz T.A. (2013) Disparities in Abortion Rates: A Public Health Approach *PubMed American Journal of Public Health,103(10):1772-1779*
- Devore NE. (1979) The Relationship between Previous Elective Abortions and Postpartum, Depressive Reactions In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica,1(2):1-13*
- Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M (2009) An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden *PubMed Public Health,41(3):173-80*
- Fergusson, D.M., Horwood, J., & Ridder, E.M.(2006) Abortion in young women and subsequent mental health *PubMed Journal of Child Psychology and Psychiatry,47, 16-24*
- Finer, L.B., & Henshaw, S.K. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *PubMed Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38, 90-95*
- Finer, L.B., Frohworth, L.F., Dauphinee, L.A., Singh, S., & Moore, A.M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Psychinfo American Psychologist, 64(9), 863-890*
- Galimberti U. (1994) *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino
- Gómez Lavin C, Zapata Garcia R. (2005) Diagnostic categorization of post-abortion syndrome *PubMed Actas Esp Psiquiatr,33(4):267-72*
- Hallden BM, Christensson K, Olsson P. (2005) Meanings of being pregnant and having decided on abortion: young Swedish women's experiences *PubMed Health Care Women Int,26 (9):788-806*.
- Hemmerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005) Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience In Rousset C., Brulfert C., Séjourné N. Goutaudier N., Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29(5); 506-517*.
- Isola L., Mancini F. (2007) *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano
- Jones, R.K., & Kost, K (2007) Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence *Psychinfo American Psychologist, 64(9), 863-890*
- Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J., & Robson, S. (2010) Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial In Rousset C., Brulfert C., Séjourné N. Goutaudier N., Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29(5); 506-517*.
- Kero A, Hogberg U, Lalos A. (2004) Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion *PubMed Soc Sci Med, 58(12):2259-2569*
- Kersting A., Kroker K., Schlicht S., Wagner B. (2011) Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study *Ebsco Journal of Psychosomatic Obstetrics e Gynecology,32(2):72-78*
- Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. (2009) Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a 14 month follow up study *Epub Arch Womens Ment Health,12(4):193-201*
- Lafarge, C., Mitchell, K and Fox, P. (2013) Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies *PubMed Prenat. Diagn,33(12):1173-82*.
- Leifer M. (1977) Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood *PubMed Genet Psychol Monogr, 95(1): 55-96*.

- Leis-Newman E. (2012) Miscarriage and loss. Losing a pregnancy can affect a woman-and her family-for years, research finds *Psychinfo American Psychological Association*,43(6):56
- Maciejewski PK, Bahoui Z, Block SD, Prigerson HG (2007) An empirical examination of the stage theory of grief In Brier N.,Ph.D. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature *Liebert Connect Journal of Women's Health*,17(3):451-464
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. (2009) Abortion and mental health: evaluating the evidence *Psychinfo American Psychologist*,64(9):863-890
- Major,B., & O'Brien, L.T. (2005) in Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence *Psychinfo American Psychologist*,64(9): 863-890
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., & Zubeck, J. (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion *PubMed Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A.M., Cooper, M.L., Testa, M., & Mueller, P.M. (1990) Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion *Psychinfo Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 186-197
- Martino, S.C., Collins, R.L., Ellickson, P.L., & Klein, D.J. (2006) Exploring the link between substance use and abortion:the roles of unconventionality and unplanned pregnancy In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence *Psychinfo American Psychologist*, 64(9), 863-890
- Mattinson J. (1985): The effects of abortion on a miscarriage In Casadei D. Aborto Volontario: il domani di una scelta, *Google Scholar, Riv. Sessuologia*,34(4):286-292
- McCoy, J. (2007) Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly In Canário C., Figueredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustemnt after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3); 262-275.
- Meister R. (1978) Induced abortion and psychoterapy *Psychinfo Psychoter Psychosom*,30:98-104.
- Mojapelo-Batka E.M., & Schoeman J.B. (2003) Voluntary termination of pregnancy: Moral concerns and emotional experiences among black South African adolescents *Ebsco South African Journal of Psychology*,33(3):144-153.
- Mota N.P., Burnett M., Sareen J. (2010) Associations between Abortion, Mental Disorders and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample *PubMed Can J Psychiatry*,55(4):239-47
- Naziri, D. (2007) Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: A clinic study In Canário C., Figueredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustemnt after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3); 262-275.
- Noya, A., & Leal, I.P. (1998) Interrupcao voluntarria da gravidez: Que respostas emocionais?Que discurso psicologico? In Canário C., Figueredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustemnt after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3); 262-275.
- Pallitto, C.C., & O'Campo, P. (2005) Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia:testing the feminist perspective In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence *Psychinfo American Psychologist*, 64(9), 863-890
- Reardon DC. (2003) Abortion decisions and the duty to screen:clinical, ethical and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, *Google Scholar, Studia Bioethica*,1(2):1-13
- Reardon, D.C., Coleman, P.K.,& Cogle, J. (2004) Substance use associated with prior history of abortion and unintended birth: a national cross sectional cohort study *Ebsco American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 369-383.

- Rees, D.I., & Sabia, J.J. (2007) The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study *Psychinfo Medical Science Monitor*, 13(10): 430-436.
- Renner CH, Verdekai S, Brier S., Fallucca G. (2000) The meaning of miscarriage to others: is it an unrecognized loss? *PubMed Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 65-76
- Righetti P.L. (a cura di), (2010) *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento*, Franco Angeli, Milano
- Ritsher JB, Neugebauer R., (2002) Perinatal Grief Scale: Distinguishing grief from depression following miscarriage In Brier N., Ph.D. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature *Liebert Connect Journal of Women's Health*, 17(3): 451-464
- Robinson, G.E., Nada L. Stotland, Russo N.F., Lang J.A., Occhiogrosso M. (2009) Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence *Ebsco Harv Rev Psychiatry* 17, 268-290
- Rousset C., Brulfert C., Séjourné N. Goutaudier N., Chabrol H. (2011) Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5); 506-517.
- Rue, V.M., Coleman, P.K., Rue, J.J. & Reardon, D.C. (2004) Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women *PubMed Medical Science Monitor*, 10(10): SR5-16.
- Saflund K., Wredling R. (2006) "Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth In Righetti P.L. (a cura di), *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento*, Franco Angeli, Milano
- Salvesen, K.A., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U.F., & Eik-Nes, S.H. (1997) Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy terminate due to fetal anomalies and after perinatal loss In Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Psychinfo American Psychologist*, 64(9), 863-890
- Séjourné N., Callahan S., Chabrol H. (2010) Support following miscarriage: what women want *PubMed Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4): 403-411
- Shear, M.K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds III, C.F. (2005) Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. In Boulind M., Edwards D. The Assessment and Treatment of Post-Abortion Syndrome: A Systematic Case Study From Southern Africa *Ebsco Journal Of Psychology in Africa*, 18(4): 539-548
- Soderberg, H., Janzon, L., & Slosberg, N-O (1998) Emotional distress following induced abortion: a study of its incidence and determinants among adoptees in Malmo, Sweden *PubMed European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 79, 173-178.
- Trybulski (2006) Women and abortion: The past reaches into the present In Rousset C., Brulfert C., Séjourné N. Goutaudier N., Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5); 506-517.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C., & Fainmain, D. (2001) Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress in pregnancy after stillbirth In Canário C., Figueiredo B., Ricou M. Women and men's psychological adjustment after abortion: a six months prospective pilot study *Ebsco Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3); 262-275.
- Van Emmerik, A.P., Kamphuis, J.H., & Emmelkamp, P.G. (2008) Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical: A prospective study *Wiley Online Library Clinical Psychological & Psychotherapy*, 15(16): 378-385.
- Wallin Lundell I., Sundstrom Poromaa I, Frans O, Helstrom L, Hogberg U, Moby L, Nyberg S, Sydsjo G, Georgsson Ohman S, Ostlund I, Skoog Svanberg A. (2013) The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion *PubMed Eur J Contracept Reprod Health Care*, 18(6): 480-8

Warren, Harvey, and Henderson (2010) Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National Study *AbortionRisks.org Perspectives on Sexual and Reproductive Health*,42(4):230-235

Zulcic-Nakic V., Pajevic I, Hasanovic M, Pvlolic S, Ljuca D. (2012) Psychological problems sequelae in adolescents after artificial abortion *PubMed J Pediatric Adolesc Gynecol*,25(4):241-247

Romina Di Stefano

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva

Sede: Roma, training G. Gardner e R. Lorenzini

e-mail: distefanoromina@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it