



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA
DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA
DINAMICA, CLINICA E DELLO SVILUPPO
XX CICLO

Tesi di Dottorato

Candidata
Annalisa Scanu

L'aborto come perdita irrisolta

Studio dei fattori associati alla classificazione irrisolta
nell'AAI in donne che hanno vissuto l'esperienza di
un'interruzione di gravidanza

Tutor: Prof. Nino Dazzi

Co-Tutor: Prof.ssa Anna Maria Speranza

Indice

Introduzione	pag 5
---------------------------	--------------

Prima parte – Aspetti teorici

Capitolo 1: Esplorazione delle rappresentazioni del significato della gravidanza

- **Teoria dell'evoluzione e teoria dell'attaccamento. Il concetto di fitness e l'apporto di W.D. Hamilton.....**pag 11
- **Il sistema comportamentale dell'accudimento. La proposta di C. George e J. Solomon**pag 14
- **L'attaccamento prenatale e la perdita** pag 22

Capitolo 2: L'aborto: una definizione per esperienze diverse

- **I tipi di Aborto**pag 27
- **L'aborto Spontaneo**pag 29
- **L'aborto Provocato**pag 34
- **Interruzione Volontaria di Gravidanza**pag 34
- **Aborto Terapeutico**pag 34
- **L'attuazione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia attraverso la legge 194/1978** pag 36

Capitolo 3: Esplorazione degli aspetti rappresentazionali relativi all'aborto

- **La scala U/D associata allo stato della mente non risolto – disorganizzato rispetto alla perdita o esperienze traumatiche.....pag 40**
- **L'AAI: un'aggiunta al protocollo per la siglatura dell'esperienza dell'abortopag 43**
- **Questioni teoriche relative alla siglatura dell'esperienza dell'aborto.pag 44**
- **L'aborto come fattore di rischio per la depressione, l'ansia e altri disturbi.pag 47**
- **L'aborto come fattore di rischio per il Disturbo Post Traumatico da Stress, Stato non Risolto della mente e disorganizzazione.pag 56**
- **La relazione tra aborto, stato non risolto della mente e disorganizzazione dell'attaccamento.pag 67**
- **Lo studio di Bakermans-Kranenburg et al (1999) sullo stato non risolto rispetto all'aborto. Un'aggiunta al protocollo dell'AAIpag 71**
- **Uno studio sui disturbi dell'attaccamento in bambini nati da un gravidanza successiva alla perdita perinatalepag 74**
- **Fattori psicologici nell'aborto volontario. La rassegna dell'APApag 78**
- **Il diverso impatto psicologico dell'aborto spontaneo e dell'interruzione volontaria di gravidanza. pag 83**
- **La concettualizzazione psicoanalitica della perdita perinatale e il contributo di Irving Leonpag 86**

Seconda Parte – La ricerca sperimentale

Capitolo 4: Presentazione della ricerca	pag 93
• Obiettivi e Ipotesi	pag 93
• Campione	pag 95
• Strumenti:	pag 100
▪ AAI	pag 101
▪ STAI Y-1 STAI Y-2	pag 110
▪ CES-D	pag 113
▪ PGS	pag 114
• Risultati	pag 117
• Discussione	pag 145
Appendice I: STAI Y-1 STAI Y-2	pag 152
Appendice II: CES-D	pag 154
Appendice III: PGS	pag 160
Appendice IV: Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. pag	162
BIBLIOGRAFIA	pag 172

Introduzione

Questa ricerca si propone di studiare un'esperienza particolare e potenzialmente traumatica, l'aborto, all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento.

La teoria dell'attaccamento si è occupata di studiare l'effetto di lutti e traumi, ma nella cospicua letteratura sull'argomento, ha trovato pochissimo spazio la trattazione di questa particolare esperienza.

In effetti, parlando di lutti e traumi, l'enfasi è sempre stata posta su perdite di figure primarie di attaccamento o, traumi subiti da figure primarie di attaccamento.

La spiegazione si trova nel fatto che questa teoria si è focalizzata maggiormente sul "punto di vista" del bambino, sulla prospettiva del bisogno del bambino di ricevere cure e protezione.

Ma, e di questo Bowlby ne parla nelle ultime pagine del primo volume di Attaccamento e Perdita (1982-seconda edizione), è necessario considerare un altro sistema comportamentale, parallelo e complementare a quello dell'attaccamento: il sistema comportamentale dell'accudimento.

In questa nuova luce l'attaccamento infantile è solo la metà del legame sociale che unisce il bambino al genitore. L'altra metà è l'accudimento genitoriale.

Ma, come osservano George e Solomon (1999), i teorici dell'attaccamento non hanno dato la giusta importanza a questo aspetto e ciò che è mancato è una visione che permetta un'integrazione tra gli obiettivi del genitore e gli obiettivi del bambino.

Questo necessario cambiamento di prospettiva si inquadra all'interno della moderna teoria dell'evoluzione.

Hamilton (1964), introducendo il concetto di fitness inclusiva permise, infatti, di vedere sotto una nuova luce la teoria dell'evoluzione.

Secondo questa prospettiva, l'obiettivo degli individui è aumentare il proprio successo riproduttivo e per far ciò è necessario superare tre ostacoli:

- 1) Arrivare (sopravvivere) fino all'età riproduttiva
- 2) Accoppiarsi
- 3) Allevare con successo i propri figli

L'obiettivo è dunque la massimizzazione della presenza dei propri geni nelle generazioni successive dove una maggiore attenzione viene data agli obiettivi del genitore.

La teoria della Fitness inclusiva si pone alla base della teoria dell'evoluzione e cerca di spiegare come gli individui possano superare i tre ostacoli sopra citati.

La teoria dell'attaccamento si concentra soprattutto sul primo ostacolo: la sopravvivenza di fronte ai pericoli nell'infanzia. Si può dire che questa è una condizione necessaria, ma non sufficiente. Infatti, in termini di fitness, non basta sopravvivere ma è necessario accoppiarsi e allevare i figli fino ad età riproduttiva: "Il sistema comportamentale dell'attaccamento è uno dei tanti sistemi che si sono evoluti per promuovere la sopravvivenza e il successo riproduttivo" (Hinde, 1982 citato da George e Solomon 1999, pag 737)

La concettualizzazione basata sulla moderna teoria dell'evoluzione pone enfasi sugli interessi evolutivi dei genitori.

Secondo la Life History Theory (o Teoria delle Fasi di Vita) (Stearns 1992) ogni individuo per avere successo riproduttivo deve affrontare una serie di problemi che riguardano la sopravvivenza, la crescita, lo sviluppo e la riproduzione. Ognuno di questi problemi può essere affrontato in modo diverso a seconda della fase di vita e delle risorse ambientali e sociali.

In una situazione ambientale difficile l'individuo deve concentrarsi sulla sopravvivenza e perdere interesse per uno sforzo riproduttivo che non avrebbe possibilità di essere portato avanti. Viceversa, una situazione ambientale ottimale potrebbe mettere in primo piano l'interesse per la riproduzione e l'investimento parentale.

Come osservano Solomon e George (1996), ciò che è importante sottolineare è che l'accudimento è uno dei sistemi motivazionali dei genitori e che non sempre c'è una completa coincidenza tra le esigenze del bambino espresse attraverso il sistema comportamentale dell'attaccamento e i sistemi comportamentali dell'adulto tra cui c'è anche, ma non solo, il sistema dell'accudimento.

Un individuo oltre ad essere genitore (sistema dell'accudimento) può essere, infatti, un lavoratore (sistema esplorativo), un amico (sistema affiliativo), un

partner sessuale (sistema sessuale), a sua volta figlio dei propri genitori (sistema dell'attaccamento).

Trivers (1974) ha evidenziato come nonostante i genitori e i figli abbiano, di solito, interessi che si sovrappongono, sia anche presente un inevitabile conflitto evolutivo, in quanto la fitness della madre dipende da tutti i suoi figli. Questo interesse generale potrebbe, in alcune circostanze, andare a scapito dell'interesse specifico per un singolo figlio.

Determinate situazioni potrebbero portare la madre ad abbandonare o anche uccidere un figlio nel proprio interesse. Ovviamente questo non coinciderebbe con l'interesse del figlio ed è una situazione estrema che penalizza anche la fitness riproduttiva del genitore.

Questi nuovi apporti evidenziano come l'obiettivo primario evolutivo di ogni individuo sia quello di massimizzare la sua fitness inclusiva e al tempo stesso offre una chiave di lettura per comprendere alcuni fenomeni di rinuncia alla cura.

Una volta giunto all'età adulta, avendo superato l'ostacolo della sopravvivenza, l'individuo deve ricercare un partner e riprodursi per far sì che i propri geni vengano rappresentati nelle generazioni successive.

L'esperienza dell'aborto assume dunque una rilevanza notevole.

L'aborto spontaneo corrisponde al fallimento dell'investimento parentale. È un investimento che ha richiesto un dispendio di risorse ed energie (le gravidanze in una donna possono essere in numero limitato) e dunque di costi senza benefici.

L'aborto volontario può corrispondere a quello che è stato definito "Il sistema d'accudimento fuori servizio" (George e Solomon 1999). Questo può avvenire quando determinate situazioni comportano una condizione di assenza di risorse, inadeguatezza, debolezza e perdita di controllo.

La rinuncia ad un figlio interferisce con la fitness riproduttiva.

Viste queste premesse sembra evidente quanto sia centrale l'aspetto della riproduzione nell'ambito degli obiettivi evolutivi umani e che sia necessario studiare i correlati psicologici delle esperienze di aborto, aspetto che finora ha trovato poco spazio nella letteratura dell'attaccamento.

La trattazione del tema dell'aborto alla luce della moderna teoria dell'evoluzione è in linea con lo spirito di Bowlby il quale si considerava debitore di Darwin e dell'etologia e propose di utilizzare lo stesso metodo per comprendere il comportamento istintivo umano.

Parafrasando Darwin egli affermò: *“I sistemi comportamentali ambientalmente stabili sono non meno necessari delle strutture morfologiche alla sopravvivenza di ciascuna specie. Darwin e i suoi seguaci giunsero quindi alla storica scoperta che il risultato per il quale sono adattate tutte le strutture di un organismo vivente è né più né meno che la sopravvivenza della specie”* (1982, pag 66)

Bowlby era a conoscenza degli sviluppi della genetica che avevano evidenziato come l'unità centrale fosse il gene e che il cambiamento evolutivo fosse legato al fatto che certi geni nel corso del tempo si moltiplicassero e altri venissero meno.

Egli affermò: *“L'organismo perciò, deve essere in grado non solo di sopravvivere individualmente ma anche favorire la sopravvivenza dei geni di cui è portatore. Ciò avviene abitualmente attraverso la riproduzione e i comportamenti funzionali alla sopravvivenza della prole, oppure attraverso comportamenti funzionali alla sopravvivenza di altri individui che sono portatori dei medesimi geni”* (1982 pag 68).

Il **Capitolo 1** si focalizzerà su questi aspetti. Partendo dalla relazione tra teoria dell'evoluzione e teoria dell'attaccamento, si giungerà alla trattazione del sistema comportamentale dell'accudimento. Questo sistema considerato complementare, ma non interamente sovrapponibile al sistema comportamentale dell'attaccamento, si sviluppa nel corso della vita, a partire dalle prime esperienze con le proprie figure di accudimento, per poi prendere forma nell'adolescenza e nella cosiddetta “fase critica” (gravidanza, nascita, primi mesi di vita del bambino).

Questo sviluppo lento e progressivo delinea la formazione della rappresentazione di sé come figura di accudimento, e del proprio futuro bambino come persona da accudire.

In questa fase ha inizio l'attaccamento prenatale. Ed è attraverso questo legame precocissimo, che si forma tra la madre e il suo bambino, che si può comprendere l'entità della perdita di una persona mai nata.

Il **Capitolo 2** descriverà l'oggetto della ricerca: l'aborto e le diverse esperienze che vanno sotto la stessa denominazione. Le cause, l'incidenza e gli aspetti legislativi.

Questi presupposti teorici forniscono utili spunti rispetto ad una visione generale del problema, che si incontra con la letteratura più specifica sull'argomento.

Come già osservato, desta quasi stupore il poco spazio che questo tema ha trovato nella letteratura dell'attaccamento. Ma, considerando queste ricerche e la più ampia letteratura psicologica, diversi studi hanno evidenziato come donne che vivono questa esperienza siano a rischio rispetto a una non elaborazione del lutto, (Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, 1999; Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2004), ad ansia, (Geller, Kerns & Klier, 2004, Klier, Geller & Ritscher, 2002) a depressione (Hughes, 1999; Friedmann T, Gath D.,1989), a disturbo post-traumatico da stress. (Turton, Hughes, Evans Fainman 2001). Disturbi che in molte circostanze influenzano una successiva gravidanza e, nel caso questa giunga a termine, la relazione col proprio bambino.

La maggior parte degli studi prende in considerazione donne che hanno vissuto l'esperienza dell'aborto spontaneo. In effetti, le caratteristiche dell'aborto spontaneo, lo rendono più paragonabile alle perdite studiate nella letteratura psicologica. La situazione è simile: una persona viene a mancare, senza che le persone vicine possano fare nulla in merito.

Diversa è la situazione dell'aborto provocato.

Nel caso dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), la situazione è di una gravidanza che nella maggior parte dei casi non è stata desiderata, mentre la situazione dell'aborto terapeutico cambia ulteriormente: la gravidanza è stata desiderata, ma un evento drammatico, come una malattia della madre o gravi malformazioni del bambino conducono alla scelta dell'interruzione.

Il **Capitolo 3** si focalizzerà sugli aspetti rappresentazionali relativi all'aborto.

L'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main 1985) ha permesso lo studio delle rappresentazioni mentali relative all'attaccamento.

Nella prima versione furono descritte tre categorie in relazione allo stato della mente rispetto alle relazioni vissute con le figure di accudimento. In seguito fu aggiunta una quarta scala, relativa alle perdite e/o ai traumi che permetteva di identificare un'ulteriore categoria relativa allo Stato della Mente Non Risolto- Disorganizzato rispetto alle perdite e/o ai traumi.

Lo stato della mente non risolto-disorganizzato rispetto alla perdita o al trauma, valutato attraverso l'Adult Attachment Interview è frequente nei campioni clinici ed è significativamente associato con la disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini di 12-18 mesi.

Questo stato della mente viene evidenziato da lapsus nel monitoraggio del ragionamento, del discorso e da reazioni comportamentali estreme rispetto alla perdita.

Poiché il protocollo originale non prevede domande specifiche rispetto all'esperienza dell'aborto è stata proposta da alcuni autori (Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, 1999), un'aggiunta al protocollo originale, nel quale viene indagata in modo specifico questa esperienza.

Verranno discussi gli aspetti tecnici e teorici relativi all'intervista e alla siglatura.

Inoltre, verrà presa in considerazione la letteratura psicologica non legata alla teoria dell'attaccamento.

Nel **Capitolo 4** sarà presentata la ricerca.

Verranno descritte le ipotesi, il campione e gli strumenti, l'analisi dei dati e i risultati.

Accanto alla già citata AAI, verranno utilizzati dei questionari relativi alla misurazione dell'ansia (STAI Y-1, STAI Y-2, Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970), della depressione (CES-D Radloff LS.1977) e una scala tradotta in occasione della ricerca: la PGS, che indaga la risposta alla morte perinatale (Perinatal Grief Scale, Toedter, L.J., Lasker, J.N., & Alhadeff, J.M. 1988).

Capitolo 1: Esplorazione delle rappresentazioni del significato della gravidanza

Teoria dell'evoluzione e teoria dell'attaccamento Il concetto di fitness e l'apporto di W.D. Hamilton.

Il concetto di Fitness è fondamentale nella teoria dell'evoluzione.

Esso fu introdotto dal sociologo britannico Herbert Spencer che coniò la frase "survival of the fittest" (la sopravvivenza del più forte o del meglio adattato) per definire ciò che Darwin (1859) aveva denominato "selezione naturale". Successivamente il biologo J.B.S Haldane quantificò la fitness, integrando le teorie di Mendel e di Darwin con modelli matematici dei processi evolutivi.

Altri due studiosi, Ronald Fisher e Sewall Wright, concordarono con Haldane che gli organismi viventi nel corso di milioni di anni si erano trasformati divergendo fino a creare l'immenso numero di specie esistenti (Mange & Mange, 1990)

Il passaggio successivo e determinante fu proposto da W.D. Hamilton (1964) col concetto di "fitness inclusiva".

La fitness è la capacità di un individuo, con un determinato genotipo, di riprodursi. Essa corrisponde alla proporzione dei geni dell'individuo rispetto ai geni della generazione successiva, e cioè quanto i geni di un individuo tendono ad essere rappresentati nelle generazioni successive.

Se le differenze nei genotipi individuali influenzano la fitness, allora le frequenze di quei genotipi cambieranno nel corso delle generazioni, di modo che i genotipi con le maggiori fitness diverranno più comuni.

Questo è il meccanismo della "selezione naturale" (Darwin 1859).

La fitness di un individuo si manifesta attraverso il suo fenotipo. Il fenotipo è a sua volta influenzato dai geni, ma anche dall'ambiente.

Nel 1964 Hamilton propose dunque il concetto di fitness inclusiva. Prima di Hamilton si pensava che il successo evolutivo venisse raggiunto

esclusivamente trasmettendo i geni alla propria prole e quindi producendo il maggior numero di figli possibile.

Secondo Hamilton questa era solo una delle possibilità (fitness diretta) da considerare insieme al fatto che i parenti di un individuo condividono con l'individuo stesso un certo numero di geni, proporzionale al grado di consanguineità.

La fitness inclusiva corrisponde infatti alla somma nella fitness diretta e indiretta. La fitness diretta corrisponde alla progenie dell'individuo, mentre la fitness indiretta è la fitness dei suoi consanguinei, di coloro che condividono con l'individuo una parte del patrimonio genetico.

In questo modo è possibile spiegare i cosiddetti "comportamenti altruistici", che consistono nella rinuncia alla fitness diretta in favore della fitness indiretta: cioè come mai determinati organismi o individui rinunciano alla propria riproduzione in favore di quella dei consanguinei.

Questo comportamento di auto-sacrificio di alcuni organismi in favore dei consanguinei era uno degli aspetti che Darwin non era riuscito a spiegare.

Esso si basa sull'assunto della ricombinazione sessuale secondo cui un individuo condivide con i figli il 50% dei propri geni, ma condivide il 50% dei geni anche con i propri fratelli, mentre condivide il 25% dei geni con i nipoti (figli dei figli) o con gli zii di primo grado.

Se si considera il comportamento in termini di costi e benefici per la fitness inclusiva, per un individuo in un determinato ambiente, potrebbe essere più vantaggiosa la riproduzione di tre fratelli rispetto all'averne due figli.

La teoria della fitness inclusiva si pone alla base della teoria dell'evoluzione. Simpson (1999), ha evidenziato la posizione della teoria dell'attaccamento rispetto alla moderna prospettiva evoluzionistica.

Egli ha proposto la distinzione tra: Teoria evoluzionistica generale, Teorie di livello Intermedio e Principi di Base.

La teoria evoluzionistica generale corrisponde alla teoria della fitness inclusiva, le teorie di livello intermedio derivano dalla prima e cercano di spiegare aspetti specifici con i quali l'uomo ha dovuto fare i conti nella sua storia evolutiva. Infine, i principi di base sono degli aspetti delle teorie intermedie che consentono di fare ipotesi.

Egli considera la teoria dell'attaccamento una teoria di livello intermedio, che cerca cioè di spiegare il problema specifico di come si possa sopravvivere ai pericoli nell'infanzia superando il primo ostacolo alla fitness inclusiva.

Come ogni teoria di livello intermedio contiene alcuni principi di base che corrispondono ad una componente normativa e ad una individuale. La prima permette di formulare ipotesi sugli schemi comportamentali universali e costanti, la seconda permette di formulare ipotesi sull'origine delle differenze negli stili di attaccamento e le loro caratteristiche adattive.

Bowlby propose il concetto di “Ambiente di Adattamento Evolutivo” dell'uomo (1969-1982) ispirandosi alla proposta di Hartmann (1939) di “Ambiente umano normalmente prevedibile”.

La sua idea era che ogni aspetto, ogni comportamento di una specie deve essere e può più facilmente essere compreso considerandolo alla luce della teoria dell'evoluzione. Infatti secondo Bowlby *“Gli unici criteri rilevanti in base ai quali considerare lo stato di adattamento naturale di ogni singolo aspetto dell'attuale dotazione comportamentale dell'uomo sono la misura e il modo in cui tale stato di adattamento può aver contribuito alla sopravvivenza della popolazione umana nel suo ambiente originario”* (Bowlby, 1982, pag 71).

Dunque, i meccanismi psicologici dell'uomo si sono evoluti per risolvere problemi di adattamento e problemi che ostacolano la fitness inclusiva.

Il prossimo capitolo esaminerà l'origine, lo sviluppo e la specifica traiettoria evolutiva del sistema comportamentale dell'accudimento.

Il sistema comportamentale dell'accudimento

La proposta di C. George e J. Solomon

Bowlby, partendo dalla teoria etologica, descrisse i sistemi comportamentali.

Essi organizzano un ampio repertorio di comportamenti negli esseri umani e nelle altre specie. Un sistema comportamentale è, per definizione, composto da un comportamento che si coordina per raggiungere uno scopo specifico e una funzione adattativa. I sistemi comportamentali sono corretti secondo lo scopo.

Alcuni sono molto elaborati, altri più semplici.

Tra i più semplici Bowlby descrisse gli schemi fissi d'azione (il pianto, la prensione, la rotazione del capo).

Tra i sistemi più elaborati e più significativi si possono citare oltre al sistema dell'attaccamento, il sistema esplorativo e il sistema di accudimento.

L'interazione, nei bambini, tra il sistema comportamentale dell'attaccamento e quello dell'esplorazione è stata ampiamente studiata sia da Bowlby che da Mary Ainsworth.

Ma, come osservano George e Solomon (1999), non è stata esplorata la modalità con cui i sistemi comportamentali del bambino interagiscono con quelli delle figure genitoriali (attaccamento e accudimento), e come i sistemi comportamentali dei genitori, (ad esempio accudimento ed esplorazione), interagiscono tra loro.

Queste due autrici hanno studiato il sistema comportamentale dell'accudimento considerandolo complementare ma non interamente sovrapposto al sistema comportamentale dell'attaccamento.

Il sistema di attaccamento del bambino è organizzato intorno all'obiettivo di mantenere la prossimità ed è attivato da stimoli come la presenza di un estraneo, la paura, il pericolo.

La funzione evolutiva del sistema è la protezione del bambino.

Il sistema dell'accudimento deve, alla pari del sistema dell'attaccamento, avere uno scopo comportamentale e una funzione adattativa.

L'obiettivo del sistema di accudimento è tenere il bambino vicino al caregiver nelle situazioni di minaccia o pericolo e dunque assicurarne la

sopravvivenza e, dal punto di vista della teoria dell'evoluzione, proteggere il successo riproduttivo.

Il sistema di accudimento è attivato nel momento in cui un genitore percepisce un pericolo per il bambino. La sua funzione adattativa è analoga a quella del sistema di attaccamento: la protezione del bambino.

Solomon e George propongono di comprendere come questo comportamento si sia organizzato in relazione agli obiettivi e funzioni dell'accudimento.

Esse si distanziano da Bowlby che considerava i due sistemi (attaccamento e accudimento) completamente sovrapposti. Infatti, le teorie che attualmente prendono spunto dal concetto di fitness inclusiva evidenziano come non sempre l'interesse dei genitori si sovrapponga a quello dei figli. (Trivers 1974)

Come già evidenziato, una madre non è solo una figura di accudimento per quel determinato figlio, ma lo può essere per altri figli, può essere al tempo stesso una lavoratrice, una moglie, un'amica e così via.

Una madre, una figura di accudimento, deve trovare dunque un equilibrio dinamico tra il bisogno di accudire il proprio bambino e il perseguimento di altri obiettivi.

Nell'ambito di questa ricerca che studia l'esperienza dell'aborto, è importante comprendere l'origine e lo sviluppo del sistema di accudimento, le differenze individuali nelle strategie e i casi in cui il sistema si disorganizza, comportando una rinuncia all'accudimento stesso.

Solomon e George hanno proposto che il sistema abbia le sue radici nell'infanzia, nelle esperienze di attaccamento e accudimento, ma si distingue da esse.

Successivamente, infatti, il sistema trova un suo consolidamento nell'adolescenza e raggiunge il suo maggiore sviluppo nella fase di passaggio alla condizione di genitore, la cosiddetta "Fase critica": gravidanza, nascita e primi mesi di vita del bambino.

Esso è inoltre influenzato dalle caratteristiche del bambino che verrà alla luce nonché da fattori ambientali e sociali – condizioni socioeconomiche, supporto sociale, presenza o meno di un partner.

Le esperienze che un genitore ha vissuto nella sua infanzia sono dunque una parte, molto importante, del suo futuro essere genitore, ma non sono sufficienti per effettuare previsioni accurate.

Le rappresentazioni materne delle passate esperienze guidano le interazioni attuali col bambino, secondo un modello di assimilazione come quello descritto da Piaget (1967). In questo modo le nuove esperienze vengono integrate negli schemi preesistenti.

Questo punto di vista è sostenuto dagli studi che hanno evidenziato una forte concordanza tra rappresentazioni mentali della madre misurate dall'AAI e attaccamento nei loro bambini misurato con la Strange Situation.

Ma questi studi, se mostrano un'alta concordanza per le madri classificate come sicure, ne mostrano una più debole per le madri classificate come insicure.

Secondo Solomon e George il sistema comportamentale dell'accudimento non può essere considerato solo come una estrapolazione dalle esperienze di attaccamento precoci della madre. Esso ha le sue fondamenta nei modelli operativi interni del sé e degli altri nel contesto delle relazioni di attaccamento dell'infanzia, ma rappresenta anche un modello distinto con una sua propria traiettoria evolutiva.

Nel processo di costruzione di un modello del sé, l'individuo inizia nell'adolescenza a costruire una rappresentazione di sé come figura di accudimento, che si pone in modo parallelo, ma distinto rispetto alla rappresentazione di sé come figlio attaccato.

La costruzione della rappresentazione del sé come figura di accudimento segue due linee. Una è relativa alla previsione di sé come figura di accudimento capace di proteggere, un'altra è rispetto alla motivazione ad essere una figura di accudimento.

Già a questo livello le esperienze passate possono svolgere una funzione fondamentale. Laddove esse siano state positive, è altamente probabile che si possa formare una rappresentazione del sé come capace e desideroso di proteggere. In caso contrario, laddove le esperienze siano state negative ci sono due possibilità:

La prima è che l'individuo sia in grado di rivedere e riconsiderare le proprie esperienze anche negative con una rappresentazione mentale che diventi

autonoma (come i cosiddetti soggetti classificati “earned secure” nell’Adult Attachment Interview), la seconda è che l’individuo non sia in grado di costruirsi una propria rappresentazione come figura di accudimento autonoma rispetto alle esperienze passate.

Ma il cambiamento maggiore nella costruzione della rappresentazione di sé come figura di accudimento avviene nella fase di transizione alla condizione di genitore.

Il periodo che va dalla gravidanza alla nascita ai primi mesi di vita del bambino è caratterizzato da significativi cambiamenti neurologici e ormonali. La nascita e i segnali emessi dal bambino influenzano il sistema di accudimento.

Questa fase è potenzialmente capace di creare disorganizzazioni e riorganizzazioni psicologiche. Costituisce un passaggio di prospettiva da quello di figura attaccata ai propri genitori a quella di accudimento per il proprio figlio.

Normalmente, quando questi cambiamenti avvengono, il sistema di accudimento funziona venendo attivato da stimoli specifici, come una situazione di pericolo.

Il sistema di accudimento consente, dunque, di organizzare delle strategie comportamentali e psicologiche in modo da offrire protezione.

Se da una parte c’è un processo di assimilazione ai modelli preesistenti della madre, c’è al tempo stesso un accomodamento rispetto alla nuova realtà del bambino e del proprio nuovo ruolo di figura di accudimento.

Dunque, secondo Solomon e George, il sistema di accudimento e il comportamento della madre nei confronti del bambino, sono il prodotto di una situazione di equilibrio che Piaget aveva denominato equilibrizzazione.

Questo significa che l’esperienza di avere un bambino, può apportare notevoli cambiamenti e rimaneggiamenti al sistema di accudimento, che può essere riorganizzato. Accanto a questo, il supporto che la madre può ricevere o meno dai suoi genitori e dal proprio partner possono contribuire positivamente o negativamente alla percezione della madre come figura di accudimento capace di protezione.

Considerare il sistema comportamentale dell’accudimento come frutto dell’assimilazione e dell’accomodamento, permette di dare una spiegazione

agli studi che hanno riscontrato una debole concordanza tra rappresentazione mentale della madre in periodo prenatale e attaccamento dei loro bambini. (nel caso di donne con classificazioni insicure ottenute con AAI somministrate in epoca prenatale).

In particolare, come già osservato, se la concordanza è risultata elevata con donne con classificazioni sicure-autonome che avevano a loro volta figli sicuri, tale concordanza è stata debole in un certo numero di madri con classificazioni insicure che avevano figli con classificazioni sicure (probabilmente le loro aspettative basate sulle esperienze passate non avevano coinciso con l'esperienza successiva reale). (Benoit & Parker (1994).

Certamente, però, esistono delle differenze nei vari modelli di accudimento, che sono sovrapponibili alle classificazioni dei bambini nella Strange Situation.

I tre possibili pattern di accudimento sono stati denominati “flessibile” “distante” “vicino” che rispettivamente corrispondono agli stili di attaccamento sicuro, evitante e ambivalente. Queste tre strategie riflettono le differenti soluzioni che le madri hanno trovato nel risolvere il problema del rapporto tra i diversi obiettivi e sistemi comportamentali (es accudimento vs esplorazione).

Il pattern “flessibile” è caratterizzato da un elevato coinvolgimento del genitore nei primi anni di vita e si adatta via via alle richieste e necessità del bambino e dell'ambiente nel quale sono inseriti.

Il pattern “distante” presenta un limitato investimento del genitore e una spinta precoce all'autonomia del bambino.

Il pattern “vicino” al contrario sollecita una stretta dipendenza del bambino e una sua più lenta maturazione.

Tutti e tre i pattern sono strategie organizzate di accudimento che corrispondono a strategie di attaccamento organizzate. Esse, infatti, sono le migliori possibili nel contesto della relazione madre – bambino e operano per garantire, seppur in modo diverso, protezione al bambino.

Nei termini della teoria dell'evoluzione i tre stili di attaccamento rispecchiano le diverse strategie che si sono evolute per risolvere i problemi adattativi posti dalle diverse condizioni di allevamento della prole.

Le madri di bambini con classificazioni organizzate di attaccamento (sicuro, evitante, ambivalente) presentano dei pattern organizzati di accudimento che in misura più o meno valida garantiscono una protezione per la prole.

Diversamente, le madri di bambini classificati come disorganizzati, descrivono se stesse come impotenti e incapaci di proteggere i loro figli. Queste madri si descrivono come incapaci di consolare i propri figli, a loro volta spaventate dalle richieste di conforto dei loro bambini o controllate dai loro figli nei confronti dei quali non riescono a svolgere un ruolo genitoriale. Tutte queste situazioni mettono in evidenza come il sistema comportamentale di accudimento possa essere messo “fuori servizio” e reso inefficiente a causa della mancanza di risorse della madre. Questa situazione comporta un pattern disorganizzato di accudimento, dove le cure sono del tutto mancanti o disfunzionali.

L’abdicazione del sistema comportamentale dell’accudimento può avvenire sotto varie forme. La rinuncia alla cura può essere psicologica, pur mantenendo una prossimità fisica, ma anche comportamentale attraverso l’abbandono o l’uccisione del figlio.

Come già osservato, la rinuncia a livello comportamentale in termini di abbandono o uccisione è un fatto relativamente raro e visto nell’ottica della teoria dell’evoluzione è una vera e propria interferenza con la fitness riproduttiva della madre. Essa può riflettere, al tempo stesso, una potenziale situazione di sbilanciamento “a favore” di altri sistemi comportamentali, o la risposta a situazioni ambientali particolarmente sfavorevoli.

Possiamo considerare l’aborto volontario all’interno di questa categoria.

Gli studi presenti nella letteratura sull’attaccamento evidenziano come le donne che sono madri di bambini disorganizzati, abbiano vissuto perdite di genitori o persone significative nell’infanzia (Main e Hesse 1990). Altre ricerche hanno evidenziato una relazione con traumi nella prima infanzia, abusi sessuali o fisici. Inoltre alcuni studi hanno evidenziato il contributo di fattori ambientali come una malattia potenzialmente mortale per la madre o abuso di sostanze.

Dal punto di vista della teoria dell’evoluzione un individuo può effettuare un investimento nella prole quando sono presenti determinate condizioni, quando il bilancio tra i costi e i benefici è a favore di questo investimento.

Secondo Trivers (1972), l'investimento parentale consiste nelle azioni svolte dal genitore rispetto ai propri figli con l'obiettivo di aumentarne la probabilità di sopravvivenza, ma al tempo stesso limitando la propria capacità di investire in altri figli.

I figli richiedono, infatti, tempo, energie, impegno e risorse.

Per questo motivo, sostiene Trivers (1974), non sempre l'interesse dei genitori corrisponde all'interesse di un determinato figlio. Una madre troppo giovane, senza un partner stabile, senza un lavoro ha sicuramente più probabilità di rinunciare alla cura, o anche rinunciare ad un figlio rispetto ad una madre che vive in un ambiente più stabile.

A livello delle rappresentazioni di sé come figura di accudimento una madre troppo giovane potrebbe essere ancora impegnata nel suo ruolo di figlia per effettuare il passaggio dal sistema comportamentale dell'attaccamento a quello dell'accudimento.

A livello delle esperienze passate è probabile che quanto più una madre ha avuto esperienze positive nell'infanzia, tanto più sarà in grado di rappresentarsi come potenziale figura di accudimento; viceversa, come osservato precedentemente, alcune donne non riescono a formarsi una rappresentazione che sia autonoma rispetto alle esperienze negative vissute nell'infanzia.

Un punto che è stato preso in considerazione prima, riguarda le caratteristiche del bambino di suscitare l'accudimento.

Ebbene, diversi studi hanno evidenziato che se i bambini piccoli di solito hanno un aspetto tale da risultare esseri affascinanti per i caregivers, al contrario bambini non attraenti o addirittura malformati possono provocare rifiuto ed evitamento da parte dei caregivers (Langlois, Ritter, Casey e Sawin, 1995).

In un lavoro, Langlois (1988), ha evidenziato come in altre epoche o culture i bambini malformati fisicamente venissero uccisi o abbandonati.

Questo comportamento da parte di genitori di bambini malformati, è stato descritto come appartenente ad altre epoche o culture, ma in realtà allo stato attuale l'aborto terapeutico che consente di interrompere la gravidanza in caso di gravi malformazioni del feto e rischio fisico-psichico della madre non si allontana di molto da questa modalità, ma è socialmente più accettato.

In termini della teoria dell'evoluzione e del conflitto genitori prole questo comportamento risulta più facilmente inquadrabile. Ogni genitore può investire un quantità limitata di risorse sulla propria prole. Portare avanti una gravidanza di un bambino malformato significa privare i figli già esistenti o futuri di risorse, in nome di un investimento che in termini di fitness riproduttiva comporterà probabilmente solo dei costi e non dei benefici.

Chiaramente, una decisione del genere non è a costo zero per il potenziale genitore che la effettua. In termini di sistema comportamentale dell'accudimento può avvenire una disorganizzazione: un individuo che era pronto ad un investimento parentale ha due possibilità entrambe drammatiche ed entrambe costose anche al livello di fitness riproduttiva:

- * la rinuncia al figlio (investimento mancato-fallito).
- * l'accettazione del figlio (investimento portato a termine ma con un rapporto costi-benefici sconveniente).

Da questa prospettiva risulta di particolare interesse lo studio di queste esperienze, che poco spazio hanno avuto nell'ambito della letteratura dell'attaccamento.

L'attaccamento prenatale e la perdita

Come già osservato, in letteratura psicologica sono presenti pochi studi relativi all'aborto. Di questi solo quattro hanno trattato l'aborto all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento. Di questi quattro (in linea con la letteratura psicologica in generale), nessuno ha preso in considerazione l'interruzione volontaria di gravidanza, ma esclusivamente l'aborto spontaneo.

Un aspetto particolarmente interessante dell'argomento è il legame con le innovazioni tecnologiche. Da una parte, i progressi nel campo delle ecografie hanno permesso di poter vedere molto presto il bambino (ecografie con battito cardiaco a partire dalla 6° settimana di gestazione), di vederlo con sempre maggiore chiarezza (ecografie tridimensionali e quadridimensionali) e, pensando in termini di sistema di accudimento, di offrire uno stimolo affinché questo si attivi più precocemente, maggiormente e prenda forma nel suo periodo di maggior trasformazione: l'epoca perinatale.

Dall'altra la crescente età media delle madri e dei genitori in genere, nonché un incremento dell'infertilità di coppia, che ha spesso come conseguenza il ricorso a procedure di procreazione medicalmente assistita, hanno di molto aumentato il numero delle gravidanze a rischio e degli aborti spontanei e terapeutici.

È dunque importante esplorare quella fase di preparazione alla nascita, l'attaccamento prenatale, che affronta ogni genitore, per comprendere come si inserisce la dinamica dell'aborto.

L'attaccamento prenatale è stato descritto in modo approfondito da Peppers e Knapp (1980).

Essi affermano che per una madre il bambino che porta in grembo è stato parte di lei fin dal momento del concepimento. L'amore materno diventa profondo fin dalle primissime fasi della gravidanza e lega con forza la madre al suo bambino.

Dunque, secondo questi autori, l'attaccamento della madre al suo bambino, inizia molto prima della nascita.

Essi hanno descritto nove eventi che contribuiscono alla formazione dell'attaccamento della madre al proprio bambino:

- 1) La pianificazione della gravidanza
- 2) La conferma della gravidanza
- 3) L'accettazione della gravidanza
- 4) La percezione dei movimenti fetali
- 5) L'accettazione del feto come un individuo
- 6) La nascita
- 7) Il vedere il bambino
- 8) Il toccare il bambino
- 9) Il prendersi cura del bambino

Di questi, i primi cinque avvengono prima della nascita del bambino.

Rispetto ai tipi di aborto presi in considerazione nella ricerca si può osservare come le donne con aborto spontaneo (a seconda dell'età gestazionale) possono aver vissuto tutti i cinque eventi prenatali.

Le donne con aborto terapeutico hanno vissuto i primi quattro, ma probabilmente non il quinto (nelle situazioni di aborto dovuto a malattie o malformazioni fetali).

Le donne con IVG hanno probabilmente vissuto solo il secondo, cioè la conferma della gravidanza.

Robinson et al (1999), citando Klaus e Kennel (1976), descrivono l'attaccamento della madre al figlio come quello che probabilmente è il legame più forte tra gli esseri umani.

Innanzitutto perché il bambino ha vissuto nove mesi nel grembo materno e successivamente perché la madre ne ha assicurato la sopravvivenza. Klaus e Kennel enfatizzano l'unicità e specificità di questa relazione che perdura nel tempo.

Robinson et al(1999), però non concordano fino in fondo sull'enfasi data all'elemento tempo. Essi, infatti, sostengono che nel momento in cui la definizione di attaccamento prenatale include il tempo, c'è il rischio di minimizzare le perdite perinatali.

“È importante osservare che, anche se un bambino non è stato con un genitore per un periodo di tempo significativo, la perdita in sé è niente affatto meno significativa. Risulta sempre più importante esaminare gli elementi dell’attaccamento, piuttosto che semplicemente la sua durata” (pag 4).

Secondo questi autori, il processo di attaccamento della madre al bambino, inizia ben prima della sua nascita. Questo tipo di attaccamento va ben oltre gli elementi tangibili, come i movimenti fetali, ma include passaggi come la preparazione e l’adattamento alla gravidanza.

Già prima della nascita, una madre è in grado di concettualizzare il proprio bambino e di fare progetti sul modo in cui la presenza del bambino contribuirà alla vita familiare.

Moulder (1994), sostiene che i fattori centrali nella comprensione della reazione di una donna alla perdita della sua gravidanza sono il grado di attaccamento al bambino e il grado di investimento nella sua gravidanza che possono essere influenzati, ma non necessariamente determinati, dall’età gestazionale.

Secondo Moulder l’attaccamento e l’investimento sono processi separati ma connessi che si sviluppano in modo diverso a seconda della donna. L’attaccamento riguarda lo sviluppo di sentimenti verso il bambino, mentre l’investimento è un processo più attivo di coinvolgimento nella gravidanza.

La perdita perinatale (considerata nella sua più ampia concezione a partire dall’aborto spontaneo nel primo trimestre fino alla perdita di un neonato entro il primo mese di vita) ha delle caratteristiche del tutto peculiari che la distingue da altri tipi di perdita, così come il processo di lutto che ne consegue.

Innanzitutto, come hanno osservato Lewis e Page (1978) e Leon (1992; 1996), questa perdita oltre a violare le aspettative della madre, influenza la percezione rispetto alla sue capacità riproduttive e abilità di genitore.

Inoltre secondo Danis e Zeanah (1991), questa perdita, può essere sottostimata come meno importante e significativa dalle persone potenzialmente supportive che in qualche modo perdono la loro funzione di sostegno.

Un'altra caratteristica che può interferire con un sano processo di lutto è la scarsità di memorie disponibili all'adulto che perde il bambino. Infatti, le memorie sembrano facilitare il lavoro del lutto, ma spesso rimane poco o nulla alle madri da ricordare, così che la risoluzione del lutto risulta più difficile.

Parkes (1972), e Raphael (1984), hanno, infatti, evidenziato come la mancanza di un oggetto del lutto possa rendere il processo più complesso e complicato.

Inoltre, la perdita perinatale è spesso talmente improvvisa e repentina da non lasciare spazio alla possibilità di un lutto anticipatorio.

La difficoltà nell'elaborazione di questo tipo di lutto e le sue conseguenze è stata dimostrata anche attraverso degli studi che hanno indagato la relazione tra la madre e il bambino nato da una successiva gravidanza, anche se non tutti gli studi danno esiti univoci.

Ad esempio Rowe et al. (1978), hanno evidenziato una difficoltà nel processo del lutto nelle madri che avevano concepito entro i primi 5 mesi dall'evento. Allo stesso modo Hughes (1999), ha messo in evidenza come le madri che concepivano entro un anno dalla perdita erano significativamente più a rischio di ansia e depressione rispetto a quelle che attendevano almeno un anno.

Diversamente, Davis et al (1989), non hanno rilevato una chiara associazione tra tempo intercorso dall'evento e difficoltà di elaborazione del lutto.

Lewis (1979), ha sostenuto che una successiva gravidanza impedisca il lavoro del lutto perché le madri potrebbero trovare difficoltoso attaccarsi ad un nuovo bambino e staccarsi contemporaneamente dal bambino perduto. Theut et al (1992), hanno evidenziato che durante la gravidanza successiva alla perdita, le madri sono preoccupate rispetto al bambino perduto, incapaci di focalizzarsi su quello in arrivo e insicure sulle loro capacità di prendersene cura.

Leon (1992), ha descritto alcune madri che ritiravano o trattenevano il loro attaccamento al nuovo bambino durante la gravidanza e per il periodo successivo alla nascita per la paura di perderlo ancora.

Davis et al (1989) e Zeanah (1989), hanno osservato dei problemi di attaccamento nelle diadi madre-bambino in cui la madre sospendeva il processo di lutto durante la gravidanza per poi riprenderlo dopo la nascita del bambino.

Questi studi appena citati, che verranno approfonditi più avanti, si sono concentrati su diversi tipi di aborto e dunque di perdite.

Nel prossimo capitolo verranno esaminati i tipi di aborto, le diverse caratteristiche e le cause finora individuate.

Capitolo 2: L'aborto: una definizione per esperienze diverse

I Tipi di Aborto.

Il termine aborto si riferisce all'interruzione della gravidanza prima che il feto sia capace di vita autonoma extrauterina.

Al di là di questa definizione il confine risulta diverso a seconda degli Stati e delle loro legislazioni.

Di solito il limite per la sopravvivenza al di fuori dell'utero è la ventiquattresima settimana, anche se in alcuni Stati si preferisce come indicatore di maturità fetale il peso che ha come limiti inferiori i 500-1000g. In Italia e in Francia il limite temporale per la definizione di aborto corrisponde alla fine del sesto mese di gravidanza (26 settimane compiute), mentre dopo tale data si parla di parto prematuro.

Al tempo stesso, l'aborto terapeutico è consentito in Italia fino al 180esimo giorno dal concepimento. ¹In Germania il limite è di 196 giorni, mentre nei paesi anglosassoni di 154.

Il problema della definizione si ripropone nella letteratura scientifica di lingua inglese dove vengono utilizzati termini diversi per fenomeni che a volte si sovrappongono a livello di epoca gestazionale.

I termini che infatti vengono più spesso utilizzati per gli aborti spontanei sono "*Miscarriage*", "*Stillbirth*", "*Perinatal Loss*" o "*Perinatal death*".

Il termine "*Miscarriage*" dovrebbe corrispondere maggiormente al concetto di aborto spontaneo e di solito definisce interruzioni di gravidanza precedenti alle 14-16 settimane. Tuttavia, diversi studi hanno considerato interruzioni avvenute fino alla 20° settimana e anche fino alle 27° settimana.

Il termine "*Stillbirth*" letteralmente dovrebbe definire la nascita di un bambino morto, ma spesso è utilizzato in modo interscambiabile con *Miscarriage*, o per definire gravidanze che si interrompono dalla 18° settimana in poi, oppure a partire da un peso fetale di 500 grammi.

Molti studi nella letteratura psicologica utilizzano i più ampi termini di "*Perinatal Loss*" o "*Perinatal death*" per indicare la perdita di un bambino che include l'esperienza dell'aborto spontaneo precoce (prima dei tre-quattro

¹ Per un approfondimento dell'aspetto legislativo, si rimanda alla legge 194/1978, riportata in appendice.

mesi), tardivo (dopo i quattro mesi), la morte fetale e la morte neonatale entro il primo mese di vita.

Per quanto riguarda l'aborto volontario (interruzione volontaria di gravidanza o IVG) esso viene definito genericamente "*abortion*" o più specificamente "*elective abortion*"

L'aborto per essere definito tale può verificarsi con o senza espulsione del feto e/o dei suoi annessi. Facendo riferimento a questo parametro si distinguono tre tipologie:

- * **Aborto completo:** quando avviene l'espulsione dell'intero prodotto del concepimento.
- * **Aborto incompleto:** quando l'espulsione avviene solo in parte, con dei contenuti che rimangono all'interno dell'utero.
- * **Aborto interno o ritenuto:** quando avviene la morte del prodotto del concepimento senza che si verifichi alcuna espulsione.

La ricerca indagherà i tre tipi di aborto: spontaneo, provocato (Interruzione Volontaria di Gravidanza e aborto terapeutico).

La trattazione si soffermerà sulle più attuali conoscenze relative a questa perdita al fine di poter far luce e distinguere, ove sia possibile, ciò che chiaramente rappresenta un evento medico da ciò che rientra nella sfera psicologica e le loro intercorrelazioni.

Come si vedrà nei capitoli successivi (in particolare a proposito del contributo della teoria psicoanalitica) questa attenzione risulta fondamentale per evitare confusioni e letture omnicomprensive del fenomeno.

L'Aborto Spontaneo:

L'aborto spontaneo è l'interruzione della gravidanza che si verifica prima del sesto mese di gestazione.

A seconda dell'età gestazionale si può suddividere in:

Aborto ovulare: aborto che intercorre tra l'inizio della gravidanza e l'ottava settimana.

Aborto embrionale: tra la nona e la dodicesima settimana.

Aborto fetale: dalla tredicesima settimana in poi.

Cause ed incidenza dell'aborto spontaneo²

Per aborto spontaneo si intende la perdita di una gravidanza clinicamente riconosciuta entro il 180° giorno di amenorrea e si calcola che questo evento si verifichi nel 10-40% delle gravidanze. Tale stima presenta un'ampia variabilità perché diversi sono i tempi e le tecniche impiegati nel riconoscere precocemente una gravidanza. Infatti solo il 30% dei concepimenti raggiunge la vitalità, con un'interruzione presunta del 50% prima della mancata mestruazione.

Un aborto può presentarsi come *minaccia d'aborto* quando si verifica un sanguinamento proveniente dall'utero; l'aborto può essere *inevitabile*, *completo* o *incompleto*, a seconda della totale o parziale espulsione del tessuto embrionale dalla cavità uterina. Per aborto *silente* o *interno* si intende l'assenza di attività cardiaca non compatibile con l'epoca gestazionale o la successiva cessazione. Si definisce *blighted ovum* o *gravidanza aembrionale* la gravidanza non seguita da uno sviluppo embrionario.

L'elevata incidenza dell'abortività spontanea sembrerebbe dovuta ad una difficoltà di sviluppo dell'embrione nella sua fase più delicata per un'anomalia intrinseca all'embrione stesso. Infatti la maggior parte di tali perdite sembra dovuto a cause cromosomiche o genetiche dell'embrione.

² I dati di questa sezione sono tratti da Ciavattini e Doga (2006)

Concepimenti con una alterazione cromosomica sono presenti nel 60% degli aborti avvenuti prima della 8° settimana di gestazione.

Un aborto è definito *ricorrente* in presenza di 3 o più eventi clinicamente accertati, con o senza una precedente gravidanza con parto vitale. Si calcola che si manifesti nello 0,3% di tutte le gravidanze anche se il dato sembra sia fortemente sottostimato .

I medici concordano sulla opportunità d'intraprendere un iter diagnostico in presenza di abortività ricorrente, al fine di riuscire ad individuare le possibili molteplici cause che essa sottende. Questa esigenza nasce anche dalla conoscenza dell'elevato rischio di ulteriori aborti a cui sembra predisporre una precedente gravidanza interrottasi spontaneamente.

Come indicano numerosi dati, sulla base d'indagini epidemiologiche, il rischio di abortività in una successiva gravidanza è del:

- 24% dopo un aborto
- 30% dopo due aborti
- 35% dopo tre aborti
- 40% dopo quattro aborti spontanei consecutivi.

Pertanto alcuni ritengono più adeguato intraprendere l'iter diagnostico già dopo 2 aborti spontanei consecutivi (aborto *ripetuto*); lo stesso American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG), raccomanda attualmente di avviare la ricerca delle cause dopo una seconda perdita, specialmente in caso di :

- donne con età >35 anni
- coppie con difficoltà di concepimento
- coppie ansiose di iniziare la ricerca della causa
- documentata attività cardiaca fetale prima di una successiva interruzione di gravidanza

Diversi fattori sono stati presi in considerazione come possibili cause di aborto ricorrente:

Anomalie genetiche e cromosomiche

Incidenza : 3-6%

Attualmente si ritiene che le anomalie cromosomiche proprie del prodotto del concepimento rendano conto di più del 50% di tutti gli aborti isolati. Tale dato non ha nessuna correlazione con il cariotipo (mappa cromosomica) dei genitori.

Diverso è il caso dell'aborto ricorrente; in questa condizione un'anomalia cromosomica di cui uno dei partner è portatore (solitamente una traslocazione bilanciata), è la sola causa indiscussa di abortività ricorrente. Tutte le altre cause possono considerarsi solo potenziali perché in associazione con l'evento aborto ricorrente, il che non significa necessariamente la loro identificazione come causa.

Diagnosi: la sola anamnesi familiare non è sufficiente ad escludere la presenza di un'eventuale anomalia cromosomica; è necessario procedere ad uno studio più approfondito dei partner mediante analisi del cariotipo su sangue periferico nelle coppie che hanno una storia di abortività ricorrente. In futuro tecniche più avanzate di genetica molecolare consentiranno una migliore conoscenza delle numerose potenziali aberrazioni parentali che concorrono nel determinismo di aborti recidivanti.

Alterazioni anatomiche

Incidenza: 10-15%

Le anomalie possono essere:

Congenite: con difetti di fusione dei due dotti che danno origine all'utero (utero unicorne, utero bicorne, utero didelfo, utero setto, ...), anomalie vascolari (anomalia dell'arteria uterina), esposizione a dietilstilbestrolo nella vita intrauterina.

Acquisite: sinechie uterine (per precedenti curettage o endometriti), leiomiomi, endometriosi-adenomiosi e incompetenza cervicale da trauma o da pregresso intervento alla cervice uterina.

Diagnosi: principalmente strumentale con isterosalpingografia, isteroscopia e laparoscopia

Disturbi ormonali

Incidenza: 10-20%

Le anomalie più frequentemente riscontrate sono: il *diabete mellito*, *l'insufficienza della fase luteale* e *disfunzioni tiroidee*.

Processi infettivi

Incidenza: 5%

Comprendono infezioni da batteri, virus, parassiti. Riguardo alle infezioni batteriche da *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Chlamydia trachomatis* ci sono dati molto contrastanti, che non permettono di evincere un nesso causale né di escluderlo. La causa fisiopatologica in grado di spiegare l'evento aborto in questi casi sarebbe l'endometrite. Le infezioni virali da *Citomegalovirus*, *Rubeovirus*, *Herpes-virus*, *Coxsackie* e *Parvovirus B19* sono associate all'aborto spontaneo sporadico, ma non vi sono evidenze che si accompagnino all'aborto ricorrente.

Problemi immunologici

Incidenza: 30-60%

In ben il 60% dei casi l'aborto rimane inspiegato; il fattore immunitario sembra esserne responsabile in una buona percentuale dei casi: alcuni

riportano una prevalenza dell'80%, altri la ritengono sovrastimata ritenendo più corretta una stima intorno al 30-40% dei casi.

Aborto autoimmune

E' noto che le donne con una *patologia autoimmune* conclamata (es: lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, sindrome di Sjögren, sclerodermia, dermatomiosite) hanno un elevato numero di aborti. La presenza di *anticorpi antifosfolipidi* è la sola causa immunologica umorale scientificamente documentata di abortività ricorrente, associandosi ad un rischio dell'80% di perdita fetale; il meccanismo responsabile dell'esito infausto della gravidanza in donne con anticorpi antifosfolipidi è la trombosi dei vasi placentari col conseguente arresto dell'irrorazione del versante fetale. L'aborto potrebbe essere l'unica spia di un disordine immunologico che non si manifesta con una patologia immunitaria conclamata; la presenza di autoanticorpi potrebbe essere il segno di tale disturbo. Tali disordini andrebbero indagati in caso di abortività ricorrente e, in caso di positività, la gestione della gravidanza dovrebbe avere un approccio multidisciplinare.

Aborto alloimmune

I tessuti embrio-fetali e la placenta contengono antigeni di origine paterna, potenzialmente in grado di indurre una reazione immunitaria materna. La tolleranza materna al "trapianto fetale" è uno dei problemi più antichi della gravidanza. Molte sono le ipotesi ma ancora nessun fenomeno è stato provato essere il meccanismo in grado di proteggere l'unità feto-placentare. Qualora i meccanismi immunologici di protezione della gravidanza non si instaurino si parla di *aborto alloimmune*.

Nella esecuzione dell'iter diagnostico è bene ricordarsi della possibile multifattorialità causale dell'aborto ricorrente.

L'Aborto Provocato.

- **Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)**
- **Aborto Terapeutico**

L'Interruzione volontaria di gravidanza è stata regolata in Italia dalla legge 194, del 2 maggio 1978.

La legge prevede che una gravidanza possa essere interrotta entro i primi 90 giorni dal concepimento.

A seconda dell'epoca gestazionale è possibile praticare diversi tipi di intervento:

- 1) Isterosuzione, con o senza dilatazione cervicale, in anestesia locale o generale.
- 2) Intervento in anestesia generale con raschiamento.

L'Aborto Terapeutico è stato ugualmente regolato dalla legge 194. Essa prevede, infatti, la possibilità di effettuare un'interruzione di gravidanza anche al di là dei 90 giorni previsti per legge, fino alla 26° settimana. L'Aborto terapeutico è consentito nel momento in cui vengano accertati dei processi patologici a carico del feto, o uno stato di pericolo per la vita della madre o per la sua salute fisica o psichica.

Di solito l'Aborto Terapeutico si effettua attraverso l'induzione farmacologica del parto.

Ci sono determinate condizioni patologiche nella madre che di solito sono causa di aborto terapeutico.

Tra queste ci sono gravi malattie cardiovascolari, renali, determinati tipi di tumore (al seno, alla cervice uterina, allo stomaco, ai polmoni, melanoma, linfoma, leucemia) che possono danneggiare il feto indirettamente a causa delle terapie (chirurgiche o radiologiche) o direttamente con metastasi che possono colpire feto o placenta.

Per quanto riguarda le condizioni del feto che inducono all'aborto terapeutico sono frequenti disordini cromosomici e metabolici, difetti neurologici e malformazioni.

Esistono alcune condizioni che di per sé non sono patologiche, ma ugualmente pericolose, come le gravidanze multifetali.

Nonostante esistano situazioni di parti plurigemellari con bambini sani, spesso queste condizioni possono comportare morte o sviluppo ritardato dei feti.

L'attuazione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia attraverso la legge 194/1978

Nell'ottobre 2007 il Ministro della Salute, Livia Turco, ha presentato una relazione sulla attuazione della legge 194 contenente le norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Nella relazione sono stati presentati i dati provvisori rispetto all'anno 2006 e i dati definitivi rispetto all'anno 2005.

A partire dal 1982, quando si è registrato il picco massimo di IVG (234.801 casi) è stato registrato un progressivo decremento delle interruzioni, giunto nel 2006 a 130.033 casi: il 2,1 % in meno del 2005 (132.790 casi) e il 44,6% in meno rispetto al dato del 1982.

Nel discutere i dati relativi alle interruzioni volontarie di gravidanza è necessario tener presente diversi indicatori:

Il tasso di abortività. Questo indicatore corrisponde al numero delle IVG per 1000 donne nell'età fertile (considerata tra i 15 e i 49 anni), e si ritiene sia il più adeguato per valutare la tendenza del ricorso all'IVG.

Ebbene, nel 2006 è risultato pari a 9.4 per 1.000, con un decremento del 2.2% rispetto al 2005 (9.6 per 1.000) e un decremento del 45.3% rispetto al 1982 (17.2 per 1.000).

Rispetto alle minorenni, il tasso di abortività nel 2005 è risultato pari a 4.8 per 1.000 (5 per 1.000 nel 2004), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale.

Il rapporto di abortività. Questo indicatore corrisponde al numero delle IVG per 1000 nati vivi. Nell'anno 2006 i nati vivi sono stati 549.097 con un rapporto di abortività pari a 234.7 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982.

Cittadinanza delle donne che ricorrono all'IVG. Un altro dato da tenere in considerazione è la cittadinanza delle donne che ricorrono all'IVG. In Italia si è visto, infatti, un netto incremento nel ricorso all'IVG da parte delle cittadine straniere, dato che in qualche modo offusca un reale più netto decremento delle IVG tra le donne italiane. Se, infatti, nel 1998 la

percentuale di IVG delle donne straniere corrispondeva al 10,1% del totale, nel 2005 si è giunti ad un 29,6% del totale.

Caratteristiche socio demografiche delle donne che ricorrono all'IVG.

Età. Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni.

Nel 1983 la fascia di età col più elevato tasso di abortività era quella dai 25 ai 29 anni con un tasso del 27,6% passato al secondo posto nel 2005 col 15,3%. Nel 2005 la fascia d'età col tasso più elevato è stata quella tra i 20 e i 24 anni col 15,7% rispetto al 23,6% del 1983.

Stato Civile. Rispetto ai primi dieci anni dalla legalizzazione in cui il numero delle donne coniugate era nettamente superiore al numero delle donne nubili, si è osservata un'inversione di tendenza. Nel 2005 le donne coniugate hanno rappresentato il 46,7% dei casi rispetto al 53,2% delle donne nubili o già coniugate (vedove o divorziate).

Istruzione. I dati del 2005 non si discostano, in quanto a distribuzione, dai dati degli anni precedenti; è ovviamente necessario tener conto del trend di maggiore scolarizzazione osservato nel corso degli anni.

La ripartizione secondo le classi di istruzione vede il 7,3% tra le donne con nessun titolo o licenza elementare, il 46,5% tra le donne con licenza media, il 39,7% tra le donne con licenza superiore e il 6,5% tra le donne laureate.

Occupazione. I dati del 2005 evidenziano che il 45,8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG erano occupate, il 27,9% casalinghe, il 15,6% disoccupate o in cerca di prima occupazione e il 10,1% studentesse.

Aborti spontanei precedenti. Nel 1983 il 18,9% delle donne che avevano fatto ricorso all'IVG aveva avuto nella propria storia ostetrica uno o più aborti spontanei, contro l'11,1% registrato nel 2005.

IVG precedenti. Il dato relativo agli aborti ripetuti evidenzia un incremento costante di aborti ripetuti a partire dal 2001 giungendo fino al 26,3% contro il 25,4 del 2004 e il 24,2 del 2001. Ma questo dato corretto rispetto alla percentuale delle donne straniere indica che gli aborti ripetuti sono stati pari al 22,1% per le donne italiane rispetto al 37,9% delle straniere.

Aborti clandestini. I dati del 2005, non dissimili da quelli degli ultimi anni, fanno ipotizzare una persistenza dell'aborto clandestino non superiore alle 20000 unità, con il 90% dei casi concentrati nel Sud del paese.

Modalità di svolgimento dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Metodiche adottate per l'IVG. Il metodo d'elezione per l'IVG è risultato il metodo di isterosuzione secondo la metodica di Karman, praticato nell'85,5% dei casi. Si tratta del metodo, tra gli aborti chirurgici, raccomandato dalle linee guida internazionali, in quanto comporta un minor numero di complicanze per la salute della donna. Diversamente dalle raccomandazioni internazionali l'anestesia è risultata nell'85% dei casi un'anestesia generale, laddove sarebbe auspicabile, dal punto di vista medico, il ricorso all'anestesia locale.

Dal 2005 è partita una lenta diffusione dell' aborto farmacologico, attraverso il farmaco Mifepristone, meglio noto come RU486. Questo metodo è presente da diversi anni in altri paesi ed è raccomandato dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia nel 2005 è stato utilizzato in 132 casi, mentre nel 2006 in 1151, in un numero limitato di regioni. Il dato del 2005 di 1151 casi corrisponde allo 0,9% sul totale delle IVG praticate.

In altri paesi europei come Francia e Svezia questo metodo viene utilizzato in circa un quarto dei casi e la sua introduzione non sembra aver modificato l'andamento dei tassi di abortività.

Epoca gestazionale. Nel corso degli anni si è osservata una diminuzione degli interventi effettuati a 11-12 settimane (da 16.8% nel 2004 a 15.8% nel 2005) e un aumento di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 (da 37.0% nel 2004 al 38.4% nel 2005), mentre è rimasta sostanzialmente costante al 2.7% la percentuale di IVG effettuate dopo la 12esima settimana gestazionale.

Anche in questo caso è necessario tener conto delle cittadine straniere, che hanno una tendenza ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate

La percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è, inoltre, un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. È da tener presente, rispetto a questi dati, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

Aborti Terapeutici. La percentuale di interruzioni di gravidanza successive alle 12 settimane si attesta in Italia al 2,7% con una grande variazione a seconda delle regioni. Si passa infatti allo 0,7% e 0,9% della Campania e del Molise al 6,5% e all'8,0% del Veneto e della provincia autonoma di Bolzano.

Questo dato sembra riflettere la maggiore diffusione del ricorso alla diagnosi prenatale, favorita da una più capillare presenza dei servizi. Esso è inoltre meno influenzato dalla presenza delle donne straniere in Italia che hanno un minor accesso ai servizi.

Complicanze mediche legate all'IVG. Nell'anno 2005 la complicanza più frequente è risultata l'emorragia e in generale sono state riscontrate 2,9 complicanze per 1000 IVG.

Situazione dei consultori in Italia

Nel 2005 il numero dei consultori familiari pubblici è risultato diminuito con 2.063 consultori rispetto ai 2.157 nel 2004, mentre sono aumentati quelli privati passando da 112 nel 2004 a 134 nel 2005

È importante sottolineare che il rapporto numero dei consultori per 20.000 abitanti è rimasto 0.7%, inferiore a quello previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20.000 abitanti).

Capitolo 3: Esplorazione degli aspetti rappresentazionali relativi all'aborto

La scala U/D associata allo stato della mente non risolto – disorganizzato rispetto alla perdita o esperienze traumatiche.³

Lo stato della mente non risolto-disorganizzato rispetto alla perdita o al trauma, valutato attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main 1985) è frequente nei campioni clinici ed è significativamente associato con la disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini di 12-18 mesi.

Questo stato viene evidenziato da lapsus nel monitoraggio del ragionamento, del discorso e da reazioni comportamentali estreme rispetto alla perdita.

Poiché il protocollo originale non prevede domande specifiche rispetto a questa esperienza di perdita è stata proposta da alcuni autori Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, (1999), un'aggiunta al protocollo originale, nel quale viene indagata in modo specifico questa esperienza.

L'Adult Attachment Interview ha permesso lo studio sistematico delle rappresentazioni mentali adulte rispetto all'attaccamento. (Main et al, 2002). Inizialmente furono prese in considerazione tre categorie principali, definite attraverso la loro relazione con le categorie dell'attaccamento infantile.

I ricercatori iniziarono a notare che in alcuni protocolli, gli adulti sembravano utilizzare un nuovo stile nel discorso, che diventava strano o illogico durante la discussione di lutti o traumi.

Parallelamente, attraverso lo studio dell'attaccamento nei bambini tra i 12 e i 18 mesi attraverso la Strange Situation (Ainsworth, Bleahar, Waters, & Wall, 1978), i ricercatori notarono la presenza nei bambini di comportamenti inspiegabili, o mancanti di una strategia.

³ Per una trattazione più approfondita dell'AAI si rimanda al Capitolo 4 nella sezione "Strumenti"

Questi bambini erano difficilmente classificabili all'interno delle tre categorie classiche caratterizzate da pattern organizzati di comportamento.

Nel 1986 Main e Solomon proposero dei nuovi parametri per la valutazione del comportamento dei bambini durante la Strange Situation. Questi nuovi parametri permisero di classificare il comportamento dei bambini come "organizzato" o "disorganizzato",

Nel 1991 venne fatta una proposta analoga relativa all'AAI (Main DeMoss, & Hesse, 1991)

Anche in questo caso la nuova categoria fu dedotta attraverso lo studio delle diadi madre-bambino con gli strumenti dell'AAI e della Strange Situation. Si notò, infatti, che le madri dei bambini disorganizzati mostravano dei caratteristici lapsus durante le discussioni relative a perdite o traumi.

Si trattava di lapsus relativi al monitoraggio del discorso e del ragionamento che suggerivano che il soggetto, durante la discussione di esperienze potenzialmente traumatiche venisse "assorbito" dal ricordo.

Nell'AAI la codifica dello stato non risolto-disorganizzato, è separata dal resto del sistema di codifica.

Un individuo può ricevere una classificazione di Sicuro-Autonomo, Distanziante o Invischiato-Preoccupato per una parte dell'intervista e ricevere la classificazione Non risolto-disorganizzato sulla base della parte relativa alla discussione di lutti o traumi.

Attualmente questa classificazione viene denominata Stato "Non risolto-disorganizzato-disorientato" per enfatizzare non la perdita in sé, quanto la sua rappresentazione mentale.

L'aspetto interessante è che gli autori considerano questo stato della mente come avente delle sue caratteristiche peculiari.

Ad esempio, i sentimenti di tristezza e dolore, anche se intensi a lunga distanza dalla perdita, non sono considerati indici di stato non risolto-disorganizzato-disorientato.

Gli autori sottolineano come questa scala prenda in considerazione informazioni riguardanti conseguenze comportamentali e affettive, ma soprattutto indici di disorganizzazione e/o disorientamento nel ragionamento, nel discorso o nei comportamenti, come segnali di una

particolare esperienza non risolta che, in molti casi, probabilmente riguarda una ideazione di tipo “Spaventante”.

L’idea degli autori è legata all’assunzione che il sistema comportamentale dell’attaccamento sia continuamente attivo e dunque la perdita di una figura di attaccamento, soprattutto in una fase di dipendenza vitale (ad es. l’infanzia) possa costituire un’esperienza in sé disorientante e disorganizzante.

Gli autori ritengono che finché le figure di attaccamento sono in vita, il comportamento, i sentimenti e i pensieri saranno orientati e organizzati facendo riferimento ad essi.

La perdita di una persona importante è un evento disorganizzante e disorientante. La sua sparizione comporta una ricerca “senza successo”.

Questa descrizione illustra bene cosa può succedere nel momento in cui un individuo, bambino o adulto, deve affrontare la perdita di quella che è o è stata la figura di accudimento.

Cosa succede però quando accade il contrario, quando viene a mancare l’oggetto dell’accudimento?

Il manuale dell’AAI lascia poco spazio a questo interrogativo che però risulta di notevole interesse.

Ripensando alle origini evoluzionistiche della teoria dell’attaccamento, la perdita di un bambino, sia essa volontaria o casuale, diviene la perdita dello scopo, del fine ultimo dell’individuo.

Il manuale dell’Adult Attachment Interview (Main et al. 2002), in una nota accenna alla perdita dovuta ad aborto, considerata assieme agli studi che trattano la perdita degli animali da compagnia.

Ma la perdita di un bambino mai nato, non è solo la perdita di un oggetto d’amore, da accudire (come può anche essere in taluni casi la perdita di un animale da compagnia), è qualcosa di più: è la perdita del futuro, delle possibilità dell’essere umano di portare avanti la propria prole, i propri geni.

L'AAI: un'aggiunta al protocollo per la siglatura dell'esperienza dell'aborto

Il protocollo originale dell'AAI non prevede domande specifiche relative all'aborto. L'assenza di domande specifiche, può condurre il soggetto a non riferire questa esperienza.

Infatti, l'esperienza in sé, è di una natura tale che i (potenziali) genitori tendono a non riportarla, mantenendo all'interno del ristretto nucleo familiare l'accaduto.

Il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza pone ancora più problemi rispetto ad un aborto spontaneo. L'IVG è sovente stigmatizzata e chi ha effettuato l'intervento prova solitamente un enorme senso di vergogna che spesso non fa rivelare a nessuno l'accaduto.

Uno studio effettuato da Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, (1999), ha tentato di ovviare a questo problema, inserendo nel protocollo AAI delle domande specifiche rispetto all'aborto.

Lo studio originale è stato effettuato con un campione di madri con aborto spontaneo.

Le domande aggiuntive sono state tradotte per la presente ricerca.

L'applicazione dell'AAI nella versione di Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn a donne con esperienza di aborto segue le stesse procedure del protocollo standard. Così come la siglatura della perdita dell'aborto sottostà ai criteri relativi agli indici proposti da Main et al per la siglatura dello stato non risolto-disorganizzato.

Questioni teoriche relative alla siglatura dell'esperienza dell'aborto.

Applicare l'AAI alle donne che hanno vissuto questa esperienza peculiare cambia il senso delle domande finali dell'intervista.

Queste domande, create anche allo scopo di alleviare la tensione vertono sul presente e sul futuro di figli reali o immaginari dell'intervistato. Si chiede al soggetto di immaginare un futuro per il bambino e di esprimere tre desideri per lui o lei quando sarà grande.

Nelle AAI con donne che hanno subito l'esperienza dell'aborto, queste domande rivestono invece un ruolo cruciale, ma al tempo stesso, per certi versi perdono la loro funzione di "alleviamento della tensione".

Spesso le risposte a queste domande contengono elementi ulteriori utili per la siglatura dello stato non risolto-disorganizzato. In molti casi non solo non alleviano la tensione, ma fanno emergere alcuni dei vissuti principali che caratterizzano queste donne: il senso di colpa, per un bambino che ci sarebbe dovuto essere e non c'è, l'impotenza e la mancanza di speranza per il futuro. In effetti, nel caso le donne non abbiano portato a termine altre gravidanze, la domanda sul bambino immaginario diventa la domanda sul bambino perduto.

Uno degli indici più potenti che segnala la presenza di uno stato non risolto-disorganizzato è il lapsus nel ragionamento. Uno dei modi in cui questo si verifica è quando la persona che ha subito la perdita si ritiene responsabile per quanto è accaduto.

Nel caso dell'aborto spontaneo, il più delle volte, la donna e il suo comportamento non hanno niente a che fare con la perdita e l'indice può essere usato alla pari degli altri.

Nel caso dell'IVG, è la donna che ha attivamente preso la decisione di interrompere la gravidanza, quindi il fatto che si ritenga responsabile non ha niente a che fare con lo stato non risolto-disorganizzato.

Ma, come interpretare un'affermazione in cui la donna dichiara di essere un'assassina, di aver ucciso i suoi figli?

La presente ricerca ha utilizzato dei criteri conservativi, assegnando lo stato non risolto-disorganizzato solo alle interviste che soddisfacevano i criteri proposti da Main et al (2002).

Tuttavia, resta la necessità di ulteriori indagini che permettano di individuare dei nuovi possibili indici di stato non risolto-disorganizzato peculiari a questa esperienza.

L'aborto come fattore di rischio per la depressione, l'ansia e altri disturbi.

Questi presupposti teorici forniscono utili spunti rispetto ad una visione generale del problema, che si incontra con la letteratura più specifica sull'argomento.

Come già osservato, desta quasi stupore il poco spazio che tema dell'aborto ha trovato nella letteratura dell'attaccamento. Ma, considerando queste ricerche e la più ampia letteratura psicologica, diversi studi hanno evidenziato come donne che vivono questa esperienza siano a rischio rispetto a una non elaborazione del lutto, (Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, 1999; Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2004), ad ansia, (Geller, Kerns & Klier, 2004, Klier, Geller & Ritsher, 2002) a depressione (Hughes, 1999; Friedmann T, Gath D.,1989), a disturbo post-traumatico da stress. (Turton, Hughes, Evans Fainman 2001) Turton, Hughes, Fonagy e Fainman (2004). Disturbi che in molte circostanze influenzano una successiva gravidanza e nel caso questa giunga a termine la relazione con il proprio bambino.

In questa sezione verrà passata in rassegna la letteratura internazionale sul tema dell'aborto spontaneo e provocato, all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento, di quella psicologica in generale e psicoanalitica. Verranno discussi in modo approfondito gli esiti delle ricerche che hanno valutato l'incidenza di sintomi e disturbi depressivi, sintomi e disturbi d'ansia e il disturbo post traumatico da stress.

Vista la già citata questione rispetto alle sovrapposizioni terminologiche, si utilizzerà il termine aborto o aborto spontaneo per indicare le interruzioni spontanee di gravidanza, indicando, ove possibile le epoche gestazionali dei soggetti presi in considerazione.

Per quanto riguarda l'aborto volontario esso sarà sempre specificato attraverso le etichette di interruzione volontaria di gravidanza, IVG o aborto volontario.

L'aborto, spontaneo e volontario, non è soltanto un evento psicologicamente stressante, ma può anche rappresentare una seria minaccia per la vita di una donna. Un'indagine di Saraiya et al (1999) evidenziò, ad esempio, che nel decennio 1981-1991 negli Stati Uniti morirono 62 donne in seguito ad un aborto. Il rischio si rivelò maggiore nelle donne con più di 35 anni, non-bianche, o con un'età gestazionale superiore alle 12 settimane.

Un studio finlandese riportato da Gissler et al (1996) riscontrò che in Finlandia, tra il 1987 e il 1994, il tasso medio annuale di suicidio entro un anno dall'aborto era significativamente maggiore (18,1 per 100.000) rispetto al tasso di suicidio di donne che portarono a termine una gravidanza (5,9) e delle donne della popolazione generale (11,3).

Perdita e reazione alla perdita come fattori di rischio per esiti riproduttivi avversi.

Sebbene non ci siano dati che attestino con certezza un'associazione tra sintomatologia ansiosa e depressiva durante la gravidanza e complicazioni a livello di crescita intrauterina, prematurità o basso peso alla nascita (Lobel , 1994), alcuni studi (Zuckerman et al, 1989) suggeriscono che tali problematiche possano essere associate a comportamenti insalubri durante la gravidanza, o a problemi di attaccamento tra madre e bambino (Cummings e Davies, 1994).

Di conseguenza diversi studi si sono occupati di indagare l'adattamento delle madri rispetto a bambini nati successivamente alla perdita.

Ad esempio, uno studio di Hunfeld et al (1997), ha messo a confronto delle madri che avevano partorito un figlio sano, di cui un gruppo aveva subito una precedente interruzione spontanea di gravidanza successiva alle 20 settimane in seguito ad anomalie congenite, mentre il gruppo di controllo non aveva subito tale perdita.

A 4 settimane dalla nascita le donne con una precedente storia di aborto ottennero punteggi più elevati a livello di ansia di stato (misurata attraverso la STAI – State Trait Anxiety Inventory), di sintomi depressivi (misurata attraverso la EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale) e di problemi di adattamento madre-bambino. Inoltre queste donne avevano la convinzione

che il loro bambino avesse più problemi a livello del pianto e nello sviluppo di pattern stabili di alimentazione e sonno.

Ruolo delle ecografie e delle indagini prenatali nello sviluppo dell'attaccamento materno.

I dati relativi all'influenza delle indagini prenatali sullo sviluppo dell'attaccamento materno non risultano univoci.

Come già osservato, non si può negare che l'introduzione delle moderne metodiche di indagine (in primis le ecografie) abbia definitivamente modificato quello che era il naturale percorso dell'attaccamento materno prenatale.

Sia la donna che l'uomo hanno potuto avere accesso ad immagini sulla vita intrauterina del feto, a partire dalle primissime settimane di gravidanza, quando ancora i movimenti fetali non risultano percepibili. Questo accesso ha dunque permesso di sperimentare la "realtà" del feto all'interno del corpo della donna molto prima delle 18-20 settimane di gestazione in cui si cominciano ad avvertire i primi movimenti fetali.

Ciononostante, alcuni studi hanno evidenziato come l'effetto di queste metodiche sull'attaccamento prenatale risulti talvolta modesto. Ad esempio Beutel et al. (1995) hanno evidenziato come anche quando non era possibile dimostrare altrimenti la vitalità dell'embrione, la maggior parte delle donne aveva tuttavia una rappresentazione mentale del futuro bambino che si evidenziava attraverso sogni, sogni ad occhi aperti, dialoghi interni e preparativi all'arrivo del bambino.

Ritsher e Neugebauer (2001) hanno riportato un'assenza di associazione tra l'uso delle ecografie e i livelli di dolore e tristezza successivi ad un aborto.

Leggermente in controtendenza, i dati di Johnson e Puddifoot (1996), i quali hanno effettuato uno studio sulla risposta del partner maschile delle donne che avevano avuto un aborto nei tre diversi trimestri di gravidanza. I risultati evidenziarono, negli uomini, punteggi analoghi a quelli delle loro compagne. Ma il dato che risulta interessante è che gli uomini che avevano visto le

ecografie durante la gravidanza risultarono maggiormente a rischio rispetto alla difficoltà di coping, mostrando anche maggiori livelli di disperazione rispetto alla perdita.

Valutazione della presenza di disturbi e sintomatologie depressive

Come sottolineano Klier et al (2002) non è auspicabile focalizzare gli studi sulla distinzione tra soggetti che presentano o non presentano dei disturbi psichiatrici come esito del trauma. È altresì importante prendere in considerazione quei casi che si presentano al di sotto della soglia per una diagnosi o che comunque riportano una sintomatologia depressiva che non necessariamente può essere ricondotta ad un disturbo conclamato.

Questo atteggiamento è necessario se non si vuole sottovalutare il fatto che la sofferenza psicologica faccia parte di un continuum piuttosto che di una dicotomia. Inoltre, il mancato raggiungimento dei punteggi soglia, non significa che la persona non abbia subito l'impatto dell'evento e che il suo funzionamento non ne sia stato almeno in qualche misura compromesso.

I diversi studi che si sono occupati della sintomatologia e dei disturbi depressivi hanno valutato la loro presenza a partire dai primi giorni post aborto fino a 12-24 mesi dall'evento. Se da una parte questa varietà crea alcuni problemi nel confrontare gli esiti delle ricerche, dall'altra evidenzia come l'impatto dell'aborto possa avere effetti sia a breve che a lungo termine.

Studi con gruppi di controllo

Gli studi che prevedono un gruppo di controllo sono quelli che permettono di effettuare delle chiare inferenze sugli effetti dell'aborto distinto da altri possibili fattori confondenti.

Per quanto riguarda i tassi di sintomi depressivi, in letteratura sono presenti alcuni studi effettuati con disegni di ricerca rigorosi che permettono, dunque, di trarre chiare inferenze sugli esiti dell'aborto.

Tra questi verranno presi in considerazione i due studi di Neugebauer et al (1992a, 1992b). Gli autori misurarono i livelli di sintomatologia depressiva a 2 settimane, a 6 settimane e a 6 mesi dall'evento in donne che avevano avuto un aborto spontaneo. A causa delle difficoltà nel reperimento del campione alcune donne furono interviste solo a 6 settimane e altre solo a 6 mesi.

I livelli riscontrati in queste donne furono confrontati con quelli di donne in stato di gravidanza e a donne della popolazione generale che non si trovavano in stato di gravidanza.

I sintomi depressivi furono misurati attraverso la CES-D.

Essi risultarono significativamente più elevati tra le donne con aborto a 2 settimane dall'evento.

Un dato interessante è che confrontando le donne con aborto che ricevettero l'intervista solo a 6 settimane o a 6 mesi rispetto a quelle non in gravidanza, i loro tassi di sintomatologia depressiva erano significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo, mentre nel caso di donne con aborto che erano state intervistate nei tre diversi momenti, a partire dalle 2 settimane, le differenze non risultarono significative, facendo presupporre un possibile effetto terapeutico delle precedenti fasi di studio.

Un altro studio che verrà preso in considerazione è quello di Janssen et al (1996) che misero a confronto 227 donne che abortirono spontaneamente prima della 20° settimana di gestazione e 213 donne che diedero alla luce un bambino vivo.

Le prime vennero testate nella prima fase della gravidanza e a 2,5, 6, 12 e 18 mesi dall'aborto, mentre le seconde durante la prima fase della gravidanza, una seconda volta durante la gravidanza e a 6 e 12 mesi dalla nascita.

Gli autori misurarono, attraverso la SCL-90 la depressione, l'ansia, la somatizzazione e i comportamenti ossessivo-compulsivi rilevando che sia a 2,5 mesi che a 6 mesi le donne con aborto avevano punteggi significativamente maggiori in tutte e quattro le scale rispetto al gruppo di controllo. A 12 mesi, invece, le differenze tra i due gruppi non risultavano più significative.

Due studi controllati indagarono, invece, l'incidenza di disturbi psichiatrici in donne con aborto, studiando l'incidenza del Disturbo Depressivo Maggiore e del Disturbo Depressivo Minore.

In uno studio, Neugebauer et al. (1997), valutarono il rischio del Disturbo Depressivo Maggiore in un gruppo di donne che avevano avuto un aborto spontaneo prima delle 28 settimane di gestazione messo a confronto con un gruppo di controllo di donne che non erano in stato di gravidanza da almeno un anno.

I risultati fecero emergere un rischio di 2,5 volte maggiore di incorrere in un episodio di Disturbo Depressivo Maggiore nelle donne con aborto.

Infatti, il 10,9% delle donne con aborto ebbero un episodio di Disturbo Depressivo Maggiore rispetto al 4,3% del gruppo di controllo.

Klier et al (2000), utilizzando lo stesso campione di Neugebauer et al. (1997) valutarono il rischio di incorrere in un episodio di Disturbo Depressivo Minore nelle donne con aborto rilevando che effettivamente il 5,2% delle donne con aborto aveva presentato un episodio di Disturbo Depressivo Minore rispetto all'1% delle donne nel gruppo di controllo.

Fattori di rischio e predittori

Neugebauer et al. (1992b; 1997) e Klier et al (2000) hanno indagato la possibile influenza dei fattori demografici come potenziali fattori di rischio o protettivi rispetto agli esiti dell'esperienza dell'aborto.

I loro studi hanno evidenziato che variabili quali l'età, lo status occupazionale, la classe sociale e lo status coniugale non erano significativamente associati con problemi psicologici nelle donne con aborto.

Gli stessi autori hanno però evidenziato che l'effetto dell'aborto era sostanzialmente peggiore in quelle donne che non avevano altri figli, sia per quanto riguarda il rischio di incorrere in disturbi che in sintomi depressivi.

Un altro fattore di rischio accertato da Neugebauer et al. (1997) riguarda la storia psichiatrica dei soggetti. Infatti i soggetti che avevano avuto prima dell'aborto un disturbo psichiatrico risultarono significativamente più a rischio rispetto agli altri di incorrere in un episodio di Disturbo Depressivo Maggiore.

Per quanto riguarda la durata della gestazione prima dell'aborto i risultati dei vari studi risultano controversi.

Due studi (Janssen et al;1996. Neugebauer et al. 1992b) evidenziarono che la lunghezza della gestazione era positivamente correlata al rischio di depressione, mentre Thapar e Thapar (1992) riscontrarono una correlazione negativa.

Altri due studi (Neugebauer et al. 1997. Klier et al; 2000) non evidenziarono alcuna associazione tra la durata della gravidanza e il rischio di incorrere in un episodio di Disturbo Depressivo Maggiore o Disturbo Depressivo Minore.

Gli stessi autori degli studi appena citati non evidenziarono inoltre una differenza significativa di incorrere in una sintomatologia o in disturbi depressivi nelle donne che avevano avuto più di un aborto.

L'aborto come fattore di rischio per la depressione e l'ansia in una successiva gravidanza.

Hughes et al. (1999) hanno analizzato gli effetti di un aborto sullo stato mentale delle donne che intraprendevano un'altra gravidanza.

Gli autori hanno misurato la depressione attraverso la BDI (Beck Depression Inventory) e la EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e l'ansia attraverso la STAI (State Trait Anxiety Inventory) in un gruppo di 60 donne la cui precedente gravidanza si era conclusa con un aborto spontaneo successivo alla 18° settimana di gestazione e un gruppo di controllo di donne in gravidanza senza storia di aborto.

I risultati evidenziarono una differenza significativa nei livelli di ansia e depressione tra i due gruppi nel terzo trimestre di gravidanza, mentre nelle successive misurazioni fino ad 1 anno dalla nascita del bambino sano, le donne con precedente aborto ottennero punteggi più alti in tutte e tre le scale, anche se con differenze non più significative.

Ma, ad una più attenta analisi, risultò che le differenze erano attribuibili alle donne che avevano concepito di nuovo entro un anno dalla perdita, mentre le donne che avevano concepito dopo più di un anno si attestavano, come punteggi, ai livelli del gruppo di controllo.

Questo studio sembra suggerire che le donne che hanno vissuto l'esperienza di un aborto potrebbero trarre giovamento nell'attendere almeno un anno prima di tentare un nuovo concepimento.

Sintomi e disturbi d'ansia.

I primi studi sugli esiti dell'aborto si sono maggiormente focalizzati sui sintomi e i disturbi depressivi, mentre solo successivamente si è ampliato il campo delle ricerche che indagavano i sintomi e i disturbi d'ansia.

Questa maggiore attenzione sull'ansia è dovuta al fatto che si è osservato un aumento dell'ansia del periodo del post parto e dunque l'ansia potrebbe giocare un ruolo nel periodo post- perdita. Inoltre, come per la depressione, in generale le donne sono soggetti più a rischio, rispetto agli uomini, di sviluppare determinati disturbi d'ansia come il Disturbo di Panico e il Disturbo d'Ansia Generalizzata..

Non solo, le caratteristiche dell'esperienza dell'aborto, sono di per sé ansiogene. Basti pensare alle procedure mediche messe in atto per l'espletamento dell'aborto (come il raschiamento) e i loro postumi (sanguinamento e dolori); il rischio che queste procedure possano danneggiare la fertilità della donna; la possibilità che l'aborto sia stato causato da anomalie genetiche, tutti elementi che possono determinare ansie e preoccupazioni rispetto alla propria competenza procreativa.

Geller et al (2004) hanno passato in rassegna le ricerche che hanno indagato l'aborto come fattore di rischio per lo sviluppo dell'ansia, sia a livello di sintomatologia che di disturbi.

Relativamente agli studi sull'ansia è importante considerare che la maggior parte di questi si è focalizzata sull'indagine della sintomatologia, piuttosto che dei disturbi.

Inoltre numerosi studi hanno utilizzato dei questionari che non permettono (al contrario della STAI) di differenziare donne che sono di per sé ansiose indipendentemente dall'esperienza dell'aborto (ansia di tratto), da quelle che sperimentano l'ansia in relazione ad un evento o ad un determinato periodo(ansia di stato).

Un'altra difficoltà nella valutazione degli studi riguarda la frequente mancanza di gruppi di controllo, per cui numerose ricerche hanno considerato un solo gruppo di donne con un determinato tipo di perdita. Ma senza un gruppo di controllo risulta difficile generalizzare i risultati, non potendo distinguere se i risultati siano attribuibili alle caratteristiche specifiche del gruppo o della perdita subita.

Gli studi che hanno indagato la sintomatologia ansiosa hanno complessivamente evidenziato che la sintomatologia ansiosa risulta significativamente elevata nelle donne che hanno subito un aborto rispetto ai gruppi di controllo.

Come già accennato, Janssen et al (1996) hanno somministrato la SCL-90-R, ad un gruppo di donne con aborto e ad un gruppo di donne che avevano portato a termine la gravidanza e hanno evidenziato come sia a 2 mesi e mezzo che a 6 mesi dall'evento, il livello di sintomatologia ansiosa era significativamente più elevato nelle donne con aborto ($P < .05$).

Se a 2 mesi e mezzo il livello di sintomatologia ansiosa nelle donne con aborto raggiungeva livelli "alti" e "molto alti", nel follow up a 12 e 18 mesi la differenza col gruppo con gravidanza a termine non risultava più significativa.

Un altro studio particolarmente interessante è stato quello di Lee et al (1996) che ha indagato la frequenza sia della sintomatologia ansiosa che depressiva 1 settimana e 4 mesi dopo l'aborto con la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond et al, 1983).

Ad una settimana dall'aborto il 35,9 % delle donne con aborto presentava un aumento della sintomatologia ansiosa rispetto al gruppo di controllo (7,6 %). La presenza di sintomatologia ansiosa rimase significativamente elevata anche a 4 mesi con il 28,2 % di donne con aborto che superava i livelli soglia della scala.

Ma forse l'aspetto più interessante della ricerca riguarda la differenza tra sintomatologia ansiosa e depressiva. Infatti, sia ad 1 settimana che a 4 mesi si evidenziarono maggiori livelli di ansia (35,9% e 28,2% rispettivamente) che di depressione (7,7 % e 5,1 % rispettivamente).

Purtroppo gli autori non effettuarono un'ulteriore misurazione delle due sintomatologie, lasciando aperta la questione sulla loro persistenza nel corso del tempo.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, esistono pochi studi sulla relazione con l'aborto.

Eppure, la letteratura ha evidenziato una maggior incidenza a livello di esordio o di recidiva dei disturbi d'ansia nel corso della gravidanza e nel post partum.

Uno studio interessante è stato quello di Geller et al (2002) che ha indagato la prevalenza dei disturbi d'ansia in un gruppo di donne con aborto (6 mesi dopo la perdita) e in un gruppo di controllo utilizzando la DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins et al 1979).

Gli autori evidenziarono che le donne con aborto avevano significativamente maggiori probabilità di incorrere in un episodio di Disturbo Ossessivo Compulsivo rispetto al gruppo di controllo (esattamente 8 volte tanto).

Nello stesso studio Geller et al. non evidenziarono differenze significative tra i due gruppi rispetto ad altri disturbi d'ansia (in particolare il Disturbo di Panico, la fobia sociale, l'agorafobia e altre fobie specifiche).

In generale gli studi presenti in letteratura hanno accertato che le donne con aborto sono maggiormente a rischio di incorrere in una sintomatologia ansiosa immediatamente dopo la perdita e nei 4 mesi successivi, mentre i risultati relativi a dati rilevati dai 6 mesi in poi risultano talvolta contrastanti.

L'aborto come fattore di rischio per il Disturbo Post Traumatico da Stress, lo Stato non Risolto della mente e la disorganizzazione.

A partire dalla prima pubblicazione nel 1999 (Hughes, 1999), un gruppo di ricercatori ha lavorato con un campione di donne che avevano vissuto l'esperienza di un aborto spontaneo successivo alle 18 settimane. Alcuni di questi studi si sono focalizzati maggiormente sull'aborto come fattore di rischio per lo sviluppo di ansia e depressione (Hughes, 1999), altri due sulla relazione col DPTS, in particolare lo studio di Turton, Hughes, Evans, Fainman, (2001) ha indagato se l'aborto potesse essere incluso tra gli *eventi stressanti* per il DPTS valutando l'incidenza, i correlati e i predittori di questo disturbo; mentre lo studio di Turton, Hughes, Evans, Fainman, (2004) ha indagato la relazione tra Stato non risolto della mente (Unresolved- U), DPTS e disorganizzazione (D) nei bambini nati dalla successiva gravidanza nello stesso campione di donne.

Altri due studi si sono maggiormente focalizzati sull'influenza che l'aborto può avere sullo stato della mente delle donne in una successiva gravidanza (Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2004), e se lo stato della mente non risolto delle madri potesse comportare una disorganizzazione dell'attaccamento nei loro bambini nati dalla successiva gravidanza (Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2001).

Lo studio di Hughes (1999) è stato già analizzato nella sezione relativa agli studi sulla depressione e l'ansia, mentre di seguito verranno illustrati i rimanenti quattro studi del gruppo di ricerca e altri due studi di cui uno ha indagato gli esiti dell'aborto spontaneo precoce, nelle prime 20 settimane di gestazione (Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, 1999) sullo stato della mente nelle madri e la disorganizzazione nell'attaccamento, mentre nell'altro Heller e Zeanah (1999) effettuarono uno studio per indagare la relazione tra perdita perinatale e relazione d'attaccamento dei figli nati da una successiva gravidanza.

La relazione tra aborto e disturbo post traumatico da stress.

Come è già stato evidenziato, l'aborto può comportare una varietà di sintomatologie, in particolare ansia e depressione. Alcuni autori (Turton, Hughes, Evans e Fainman. 2001) hanno avanzato l'ipotesi che l'aborto potesse essere considerato un *evento stressante* per il disturbo post traumatico da stress (DPTS).

La definizione di *evento stressante* per il DPTS si è evoluta nel corso del tempo.

Nel DSM III-R veniva considerato evento stressante un "evento che esula dalla normale esperienza umana", mentre il DSM IV parla di esposizione ad un fattore traumatico estremo come una morte reale o minacciata che riguardi l'individuo o un'altra persona. Accanto a questo è necessario che la reazione dell'individuo abbia implicato un'intensa paura, terrore o impotenza.

Tra gli eventi che vengono solitamente considerati traumatici, siano essi vissuti direttamente o come testimoni, vengono inclusi i disastri naturali o provocati (terremoti o incendi); violenza fisica o sessuale; l'assistere a morti innaturali o improvvise per via di incidenti, guerre, o trovarsi inaspettatamente di fronte ad un cadavere.

La sintomatologia si caratterizza per uno o più modi di rivivere l'evento attraverso sogni ricorrenti e stressanti, pensieri relativi all'evento, immagini intrusive e ricorrenti, manifestazioni di stress quando si è esposti a stimoli che rievocano l'evento, comportarsi come se l'evento si stesse di nuovo verificando. In questi soggetti si riscontra un aumento dell'arousal e l'evitamento di ogni elemento che ricordi l'evento stressante.

La diagnosi di DPTS richiede che i sintomi siano presenti per più di un mese e distingue i casi acuti da quelli cronici in base alla durata della sintomatologia rispettivamente inferiore o superiore ai 3 mesi.

Turton et al. (2001) hanno indagato l'incidenza, i correlati e i predittori del DPTS nelle donne in gravidanza dopo un aborto spontaneo successivo alle 18 settimane di gestazione. Successivamente Turton, Hughes, Fonagy e

Fainman (2004) hanno indagato la relazione tra Stato non risolto della mente nelle madri (Unresolved- U), DPTS e disorganizzazione (D) nei bambini nati dalla successiva gravidanza nello stesso campione di donne.

Lo studio del 2001 è stato il primo ad indagare l'aborto come potenziale evento stressante per il DPTS. Per far ciò è stata utilizzata la "PTSD-I Interview" di Watson et al (1991).

Si tratta di uno strumento che ha mostrato una forte corrispondenza con i criteri del DSM-III-R e con la scale del DPTS dell'MMPI.

Questo strumento fornisce dati a livello categoriale (presenza/assenza) sui sintomi e sulla sindrome e a livello dimensionale sulla frequenza e la severità dei sintomi.

Il DSM-III-R richiede per la classificazione categoriale del DPTS la percezione dell'*evento stressante* nel *criterio A* e punteggi superiori alla soglia per gli altri tre criteri che descrivono la sintomatologia che sono:

B: rivivere il trauma.

C: evitamento persistente di stimoli associati al trauma o paralisi della responsività generale.

D: sintomi persistenti di arousal.

L'aspetto più interessante e innovativo di questa ricerca risiede nella percezione dell'aborto come evento stressante. Si tratta infatti del primo studio che cerca di dimostrare che l'aborto possa essere incluso tra gli eventi stressanti per il DPTS.

Come già osservato la PTSD-I Interview, essendo stata costruita nel 1991, si rifà ai più datati criteri del DSM-III-R che definisce l'evento stressante come "Un qualcosa di così inusuale e terribile che risulterebbe stressante per quasi ogni individuo".

Nello studio, su un campione di 66 donne, 62 riconobbero di aver vissuto un evento stressante e di queste 59 identificarono il loro aborto come l'unico evento stressante vissuto, mentre le altre tre dichiararono anche un altro evento. Solo quattro donne non identificarono l'aborto come evento stressante così come non identificarono nessun altro evento.

Nel follow-up ad un anno il campione si ridusse a 54 donne, tra le quali 1 su due che non avevano riconosciuto nessun evento stressante, riconobbe

l'aborto come tale. Delle 50 che nella prima fase avevano dichiarato l'aborto come unico evento stressante, una dichiarò anche un altro trauma mentre quattro non dichiararono più alcun trauma.

Di due donne che avevano dichiarato altri eventi stressanti, una dichiarò l'aborto come l'evento stressante primario, mentre l'altra non riconobbe più alcun evento stressante.

Complessivamente questi cambiamenti non risultarono statisticamente significativi, mentre fu possibile appurare che l'aborto spontaneo dopo le 18 settimane di gestazione costituiva un evento stressante per il DPTS.

Nel campione di donne, il 21% ricevette (nel primo trimestre della gravidanza successiva all'aborto) una diagnosi di DPTS, delle quali il 20% presentavano attualmente il disturbo e il 29% l'avevano avuto nel passato. Mentre un anno dopo la nascita del bambino sano le percentuali risultarono rispettivamente del 4% e del 6%.

Dunque, sebbene il DPTS abbia un'elevata prevalenza nelle donne (in una successiva gravidanza) che abbiano vissuto l'esperienza di un aborto, il disturbo tende a risolversi ad un anno dalla nascita di un bambino sano.

Tra i fattori di rischio per lo sviluppo del DPTS emersero la mancanza di supporto sociale percepito e il concepimento del nuovo bambino entro un anno dalla perdita.

Inoltre, sebbene il dato non raggiunga la significatività statistica, le donne che avevano visto e/o tenuto in braccio il bambino morto avevano un rischio maggiore di DPTS.

Lo studio evidenziò inoltre come il DPTS fosse spesso associato in comorbilità alla depressione e all'ansia di stato.

Nello studio del 2004 Turton, Hughes, Fonagy e Fainman hanno indagato la relazione tra Stato non risolto della mente, DPTS e disorganizzazione (D) nei bambini nati dalla successiva gravidanza, nello stesso campione di donne.

Il fenomeno dello stato della mente non risolto relativo ad una perdita traumatica è ormai riconosciuto nella letteratura sull'attaccamento. Nelle popolazioni non cliniche è stato validato attraverso la sua associazione nei genitori con l'attaccamento disorganizzato dei loro bambini. In queste

popolazioni il suo aspetto più significativo risiede in questa associazione piuttosto che in qualsiasi altra connessione con la sofferenza soggettiva, come ad esempio i sintomi legati all'ansia o alla depressione.

Esiste un ampio accordo sul fatto che i caratteristici lapsus del pensiero e del ragionamento che portano alla classificazione di uno stato non risolto della mente rispetto ad una perdita o a un trauma implicano uno stato delle mente traumatizzato, con una "dinamica incentrata sulla paura" alla sua base.

Si ritiene che questi caratteristici lapsus del pensiero siano provocati da fenomeni dissociativi e/o dall'intrusione di pensieri non integrati legati ad un'esperienza che è stata spaventante o soverchiante.

La concettualizzazione dello stato irrisolto come stato dissociativo ha richiamato un grande interesse e alcune ricerche hanno supportato questa proposta.

Liotti et al (1991) hanno trovato una correlazione tra la dissociazione negli adulti e una perdita da parte della madre di una figura significativa di attaccamento, perdita risalente al periodo della nascita dell'adulto oggetto di studio. Questo dato ha fornito un'evidenza circostanziale che l'accudimento del soggetto sia stato disturbato nell'infanzia da uno stato irrisolto nella madre.

Un altro aspetto è stato studiato da Hesse e Van IJzendoorn (1999) che hanno rilevato in un campione non clinico di giovani adulti che i soggetti non risolti avevano dei punteggi significativamente elevati nella Tellegen's Absorption Scale rispetto ai soggetti classificati secondo le rimanenti categorie dell'AAI.

Tuttavia, mentre l' *absorption* è considerata come una componente della dissociazione essa è al tempo stesso un più ampio costrutto rispetto alla dissociazione.

Nei genitori non risolti la dissociazione è presentata come una possibile spiegazione per i comportamenti disturbati di accudimento che fanno da mediatori tra lo stato della mente irrisolto dei genitori e l'attaccamento disorganizzato nei bambini.

Si ritiene che il bambino di un genitore non risolto viva ripetute esperienze di stare con un caregiver che è, a volte, inesplicabilmente dissociato. Questa

è una situazione paradossale in cui il genitore è al tempo stesso fonte di sicurezza ma anche di paura .

È questo che conduce il bambino sotto stress a mostrare una rottura nell'organizzazione del comportamento di attaccamento e a manifestare i comportamenti conflittuali di avvicinamento – evitamento che caratterizzano l'attaccamento disorganizzato.

Questo modello è sostenuto da osservazioni empiriche dove madri classificate come non risolte manifestano un comportamento spaventato e/o spaventante con il loro bambino, comportamenti che sono a loro volta associati alla disorganizzazione nel bambino.

Tuttavia, i comportamenti che vengono codificati come spaventanti racchiudono un più ampio range di comportamenti tra cui quelli ostili e aggressivi, e il pattern preciso di associazioni non è stato chiarito.

Dunque, se i fenomeni dissociativi e gli stati alterati di coscienza forniscono una delle più promettenti e plausibili vie di spiegazione per la connessione tra l'attaccamento disorganizzato negli adulti e nei bambini, è necessario ulteriore lavoro per stabilire e spiegare i meccanismi coinvolti .

Il disturbo post traumatico da stress (DPTS) è un'altra possibile conseguenza dell'esperienza di una perdita traumatica, con i fenomeni dissociativi che rappresentano le caratteristiche centrali della diagnosi e di cui la relazione eziologica tra lo stress traumatico e la dissociazione patologica è stata confermata empiricamente in numerosi studi.

Putnam (1995) ha evidenziato come la dissociazione peritraumatica sia il più forte predittore di un successivo DPTS e Ursano et al (1999) hanno riportato che soggetti con dissociazioni peritraumatiche (di solito distorsioni temporali) hanno delle probabilità quattro volte maggiori di sviluppare il DPTS.

Siegel (1997) ritiene che la divisione dell'attenzione durante un'esperienza traumatica possa portare all'inibizione della codifica esplicita dell'evento e alla segregazione dei legami associativi col contesto, con le emozioni e con i pensieri. L'immagazzinamento e il successivo ripristino di questi elementi differenti rifletterà la “dis-associazione” di questa elaborazione dell'evento e spiega la risultante depersonalizzazione , la distorsione temporale e le immagini intrusive che possono emergere nei soggetti con DPTS.

Attraverso i modelli cognitivi del DPTS si è proposto che l'esperienza traumatica sia rappresentata nella memoria come una rete associativa di rappresentazioni delle caratteristiche dello stimolo e risposte cognitive, comportamentali e fisiologiche legate ad esso.

Nei soggetti con DPTS l'attivazione di questa rete del trauma attraverso stimoli interni o esterni si ritiene causi l'intrusione di informazioni non integrate legate all'evento nella coscienza.

Si ritiene che questo meccanismo spieghi il perché le persone con DPTS sperimentino sintomi stressanti di arousal elevato nel momento in cui vengono attivate delle associazioni al trauma.

I sintomi di evitamento del DPTS sono dunque spiegati come comportamenti difensivi o di controllo inibitorio, organizzati sulla minimizzazione dell'attivazione della rete del trauma.

Mentre i soggetti con DPTS compiono spesso degli sforzi coscienti per evitare o sopprimere la sofferenza, è stato postulato che il processo di evitamento possa anche lavorare come processo di esclusione difensiva inconscia, simile al concetto di rimozione della teoria psicoanalitica.

È possibile che meccanismi difensivi simili siano coinvolti nella perdita non risolta.

È stato proposto che come il DPTS, degli aspetti dello stato della mente non risolto possano essere considerati come un'attività difensiva che protegge l'individuo dalla sofferenza mentale.

George et al (1999) hanno portato avanti l'idea che il concetto di Bowlby (1980) dei sistemi segregati costituisca il "sostegno" difensivo del lutto non risolto-disorganizzato. Questi autori ipotizzano che quando la sofferenza associata a determinati tipi di esperienze di attaccamento è tale che le memorie e i sentimenti associati ad esse minacciano di minare il funzionamento individuale, tale materiale mentale non possa essere completamente integrato.

Attraverso la soppressione di tale materiale dalla coscienza, una persona in lutto può riuscire a scindere la falsa nozione che la persona perduta non sia morta davvero. Questa nozione può essere attivata da domande o stimoli relativi all'esperienza di perdita e possono portare la persona in lutto a

manifestare una transitoria convinzione che la persona perduta sia contemporaneamente viva e morta.

Fearon e Mansell (2001) hanno postulato che lo stato non risolto e il DPTS condividano simili meccanismi psicologici che includono delle alterazioni temporanee della coscienza o della memoria di lavoro.

Evidenziando che molti indici dello stato irrisolto della mente mostrano effetti simili a quelli del DPTS, essi suggeriscono che la perdita irrisolta possa essere caratterizzata da un profilo psicologico simile ai sintomi dei DPTS, e che la maggior parte degli indici dello stato non risolto possano essere “compresi come espressioni dell’attivazione di rappresentazioni non integrate associate con la perdita e le associate emozioni, cognizioni, memorie che caratterizzano tipicamente un’esperienza intrusiva” (pag 392).

Gli autori suggeriscono che lo stato non risolto possa essere compreso come parte dello spettro di “sindromi da risposta allo stress” e che inoltre i modelli cognitivi del DPTS possano aiutare a spiegare i disturbi nel comportamento di accudimento che rappresentano i correlati comportamentali dello stato non risolto.

Per esempio l’absorption in una memoria intrusiva può comportare stilling, mentre i fenomeni di evitamento possono risultare in “comportamenti di sicurezza” che potrebbero essere spaventanti per il bambino o deviare delle risorse attentive che dovrebbero essere normalmente dedicate all’accudimento.

Tali comportamenti potrebbero interferire con la capacità della madre di riconoscere lo stato del suo bambino durante l’interazione e portare ad una responsività intempestiva o scarsamente regolata ai segnali del bambino; questo potrebbe interrompere o disorganizzare il comportamento di attaccamento del bambino.

Se questa ipotesi è corretta i bambini di madri con DPTS dovrebbero essere più vulnerabili nel mostrare comportamenti di attaccamento disorganizzato. Inoltre, se lo stato non risolto e il DPTS condividono meccanismi sottostanti simili, sarebbe interessante vedere se esiste qualche sovrapposizione tra i sintomi/indici di ciascuno. Per esempio, ci si potrebbe aspettare di trovare soggetti sofferenti di DPTS che hanno una maggiore probabilità di mostrare

uno stato irrisolto della mente e/o che ci sia un'associazione tra stato non risolto e aspetti del DPTS come rappresentati dalle differenti sottoscale.

Lo studio di Turton et al (2004) ha somministrato allo stesso campione di donne dello studio del 2001, l'AAI nel terzo trimestre della gravidanza andata a buon fine e la Strange Situation ai loro bambini nati sani (ad un anno di vita).

Gli autori si aspettavano un'associazione tra punteggi nella scala dello Stato non risolto della mente rispetto all'aborto e punteggi nella PTSD Interview.

Essi si aspettavano, inoltre, che la diagnosi di DPTS fosse in grado di predire la disorganizzazione nei bambini nati dalla successiva gravidanza.

I risultati evidenziarono che il 60% delle donne vennero classificate come non risolte rispetto all'aborto all'AAI, e che questo dato era fortemente in grado di predire la disorganizzazione nei loro bambini. (Il 32% dei bambini risultò D). Mentre non si evidenziò nessuna associazione significativa tra diagnosi prenatale di DPTS e Disorganizzazione nei bambini.

Non si evidenziò nessuna associazione significativa, rispetto all'aborto, tra Stato non risolto della mente e diagnosi di DPTS. L'unico fattore in grado di predirli entrambi risultò la mancanza di supporto familiare.

Lo studio di Turton et al (2004) è stato il primo ad indagare in modo sistematico la relazione tra stato della mente irrisolto, DPTS e disorganizzazione nei bambini in un gruppo che aveva sofferto di una perdita traumatica che ha portato sia ad un incremento dell'incidenza dello stato U che del DPTS e di livelli elevati di disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini nati da una successiva gravidanza.

I risultati dello studio hanno respinto l'ipotesi degli autori che considerava il DPTS nelle madri un predittore dell'attaccamento disorganizzato, inoltre è stato trovato solo un minimo supporto all'ipotesi che ci potesse essere una corrispondenza tra U e DPTS.

Sembra dunque che la dissociazione, se c'è, dei soggetti non risolti sia distinta dal fenomeno conscio e problematico sperimentato dai soggetti che soffrono di DPTS.

Questa mancata corrispondenza può essere però spiegata. Infatti, il DPTS è definito dalla consapevolezza conscia degli effetti disturbanti dei sintomi che fanno rivivere l'evento attraverso sogni, immagini ricorrenti e intrusive,

pensieri e percezioni relative all'evento, mentre nello stato non risolto della mente questa consapevolezza manca.

Un altro studio, che verrà trattato in modo approfondito più avanti (Hughes et al 2004), ha evidenziato una mancanza di associazione tra lo stato non risolto e la depressione, e tra lo stato non risolto e l'ansia di stato in donne che si trovavano in stato di gravidanza dopo un aborto.

Al contrario il DPTS come categoria diagnostica è associato ad una sofferenza consapevole e si associa in comorbilità a numerosi disturbi (in particolare depressione, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico e abuso di alcool). A sostegno di questo lo studio di Turton et al. (2001) ha riscontrato un'associazione tra soggetti con DPTS e ansia e depressione durante la gravidanza in donne che avevano vissuto l'esperienza di un aborto.

Turton et al sostengono che l' *absorption* in memorie relative alla perdita, osservato in alcuni soggetti classificati come non risolti nell'AAI, sembra essere di qualità diversa rispetto alla dissociazione peritraumatica osservata nel DPTS o nello sperimentare coscientemente il dolore e l'intrudere involontario di memorie traumatiche nei soggetti che soffrono di DPTS.

La prima forma di *absorption* sembra più simile a quella osservata da Hesse e van IJzendoorn (1999) i quali la trovarono a livelli elevati nei soggetti classificati come non risolti.

Turton et al. sostengono che lo stato non risolto sia uno stato della mente motivato e che la segregazione che avviene quando una madre presenta la falsa nozione che il suo bambino abortito non sia davvero morto (mentre al tempo stesso riconosce cognitivamente la realtà della perdita) sia una difesa contro la separazione e la perdita che le permette di mantenere delle memorie relative alla relazione antecedente alla perdita e di continuare a stare in relazione col bambino morto come se fosse vivo, con sentimenti e bisogni dei quali lei possa occuparsi.

Questa modalità difensiva è notevolmente diversa dalla esclusione difensiva che spiega la dissociazione atta a ridurre lo stato d'ansia penoso dei soggetti con DPTS. In questo disturbo l'aspetto che si può considerare motivato, consciamente o inconsciamente, sembra essere la necessità di escludere le memorie legate all'esperienza traumatica.

I sintomi caratteristici di arousal elevato e dei fenomeni intrusivi rappresentano un fallimento del tentativo di escludere o di elaborare le memorie ad un livello che sia emotivamente tollerabile.

Il disorientamento nel tempo e/o nello spazio che può emergere nei trascritti classificati non risolti fa ritenere che il soggetto stia esprimendo dei pensieri falsi e incompatibili senza monitorarne l'incompatibilità, probabilmente perché in questo modo si evita il confronto e un pieno riconoscimento della inaccettabile realtà della perdita. L'effetto disorganizzante di questo breakdown nel ragionamento, distingue lo stato non risolto dall'incapacità di ricordarsi aspetti del trauma che si osserva nel DPTS, che si ritiene dovuto ad una mancata integrazione nella memoria autobiografica.

La relazione tra aborto, stato non risolto della mente e disorganizzazione dell'attaccamento.

Come già osservato, gli studi di Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy (2001, 2004), si sono fondamentalmente basati sullo stesso campione con delle lievi differenze di partecipazione da uno studio all'altro. Le donne vennero contattate durante la gravidanza e selezionate proprio in base alla loro precedente esperienza di un aborto spontaneo successivo alle 18 settimane, insieme ad un gruppo di controllo di donne alla prima gravidanza, appaiato per età, provenienza etnica, scolarità e status socioeconomico.

Alle donne venne somministrata l'AAI durante il terzo trimestre di gravidanza, insieme a dei questionari sull'ansia (STAI) e la depressione (EPDS). Le donne furono ricontattate a 6 e 26 settimane post partum per delle misure sulla depressione (rispettivamente EPDS e BDI-Beck Depression Inventory) e di nuovo a 12 mesi insieme al loro bambino per la Strange Situation, la BDI e la STAI.

Gli obiettivi dei due studi furono di verificare:

- a) Se l'esperienza dell'aborto spontaneo, come le altre perdite studiate nella letteratura sull'attaccamento, possa essere associata con la caratteristica disorganizzazione del pensiero e del ragionamento che si ritrova nei soggetti con uno stato non risolto della mente rispetto alla perdita.
- b) Se l'eventuale stato non risolto possa associarsi alla disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini nati dalla successiva gravidanza.
- c) Se lo stato non risolto e la disorganizzazione possano essere associati a:
 - * maggiore svantaggio sociale,
 - * ansia,
 - * depressione,
 - * maggiore frequenza di classificazioni insicure,
 - * maggiore frequenza di esperienze di perdite e/o traumi,
 - * eventuali precedenti aborti spontanei precoci,
 - * eventuali precedenti interruzioni volontarie di gravidanza,
 - * aver visto, tenuto in braccio o celebrato un funerale per il bambino,
 - * durata della gestazione,

- * tempo intercorso dall'evento,
- * minor supporto sociale, sia dal partner che dalla famiglia di origine.

Gli autori utilizzarono il protocollo originale dell'AAI, iniziando la sezione sulla perdita con una domanda specifica relativa alla passata esperienza dell'aborto. Gli autori non specificano la modalità di questa aggiunta al protocollo, né se a questa domanda siano succedute le classiche domande di indagine che vengono fatte, da protocollo, per ogni perdita. Una spiegazione più esaustiva con la proposta dell'inserimento di una serie di domande specifiche rispetto a questa esperienza è stata fatta invece da Bakermans-Kranenburg et al (1999), la cui ricerca verrà descritta più avanti.

Inoltre, nonostante tra gli obiettivi dello studio risultasse l'eventuale associazione con precedenti aborti o interruzioni di gravidanza, questi due eventi non furono esplorati durante l'intervista, così che le eventuali inferenze su questa associazione sono state basate esclusivamente sulla presenza/assenza degli eventi piuttosto che su una loro auspicabile indagine.

I risultati evidenziarono che più della metà delle donne che avevano vissuto l'esperienza dell'aborto risultavano non risolte durante la successiva gravidanza, e tutte tranne una erano non risolte rispetto all'aborto.

Tra i predittori si individuarono: gli abusi/traumi nell'infanzia, la carenza di sostegno sociale e l'aver celebrato un funerale per il bambino.

Questo risultato, che pone le donne con aborto ad un livello simile a quello riscontrato nelle popolazioni psichiatriche, ha fatto ipotizzare che fosse proprio il loro stato di gravidanza ad incrementare la prevalenza dello stato non risolto della mente e che sarebbe necessario un gruppo di controllo di donne con storia di aborto ma non in gravidanza.

Tuttavia, nei due studi emerse che lo stato non risolto delle madri era un forte predittore della disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini nati dalla successiva gravidanza. Infatti il 53% dei bambini delle madri non risolte risultavano disorganizzati rispetto al 9% dei bambini delle madri che non presentavano questo stato della mente.

Nonostante l'accurato appaiamento col gruppo di controllo, emerse nelle donne con aborto, un maggior svantaggio sociale e un maggior numero di classificazioni insicure, laddove i bambini dei due gruppi non presentavano differenze significative nella classificazione a 3 vie.

Per quanto riguarda lo svantaggio sociale, seppur influente non si è verificato in grado di spiegare le differenze tra i gruppi.

Per quanto riguarda il maggior numero di classificazioni insicure, questo dato può essere interpretato ipotizzando che donne con una rappresentazione mentale sicura, possano transitoriamente presentare una classificazione insicura durante la gravidanza successiva all'aborto ma che, nel rapporto con i loro bambini, riemerge il loro usuale stato della mente.

Per quanto riguarda l'ansia e la depressione i dati sono stati già discussi in precedenza a proposito del lavoro di Hughes (1999), ma è importante sottolineare che i più alti livelli di ansia e depressione non risultarono predittori dello stato non risolto e della disorganizzazione.

Sembra dunque che il processo di recupero cosciente sia distinto dal processo di risoluzione del lutto.

I due gruppi non differivano significativamente in quanto a presenza di abusi/traumi da parte di figure di attaccamento e perdite. Ma l'abuso/trauma in età infantile si rivelò un predittore dello stato non risolto rispetto all'aborto. Un'ipotesi proposta dagli autori è che le donne che nell'infanzia hanno subito un abuso/trauma possano essere state a loro volta disorganizzate nell'attaccamento e che questa disorganizzazione possa aver portato ad una maggiore vulnerabilità rispetto alla perdita traumatica dell'aborto.

Per quanto riguarda l'effetto di eventuali precedenti aborti spontanei o interruzioni di gravidanza emerse che gli aborti spontanei non erano associati né con la classificazione, né con punteggi più elevati nella scala di non risoluzione rispetto all'aborto, mentre si evidenziò un'associazione significativa tra interruzione volontaria di gravidanza e punteggi nella scala di non risoluzione rispetto all'aborto.

Rispetto alle pratiche effettuate post aborto (vedere e/o tenere in braccio il bambino, celebrare un funerale) emerse che vedere il bambino non si associava né alla classificazione, né a maggiori punteggi. Tenere in braccio

il bambino risultò essere associato a maggiori punteggi, mentre la celebrazione del funerale risultò un predittore dello stato non risolto rispetto all'aborto.

Questi dati sono molto importanti rispetto alle linee guida da adottare di fronte alle donne e alle famiglie che hanno subito questo tipo di perdita. Infatti, questo genere di pratiche, ritenute utili per favorire l'elaborazione del lutto, sembrano invece sortire l'effetto opposto. Come è stato infatti trattato precedentemente, numerosi autori attribuiscono la difficoltà del lavoro del lutto rispetto all'aborto proprio all'assenza di un oggetto del lutto, ma è anche vero che non essendo il bambino mai stato conosciuto da vivo potrebbe rimanere la traccia indelebile del piccolo corpo privo di vita, non alleviata da ricordi relativi a fasi di vita. Se è possibile, inoltre, che la spiegazione consista nel fatto che un prolungato contatto col bambino possa incrementare l'attaccamento al bambino e intensificare il senso di perdita, è altresì da considerare che proprio le persone più disperate e in difficoltà potrebbero scegliere di avere un maggior contatto col bambino.

La durata media della gestazione non differiva significativamente tra le madri risolte e non risolte, ma i punteggi delle donne che avevano avuto l'aborto nel terzo trimestre erano significativamente più alti rispetto alle donne con aborto nel secondo trimestre.

Non risultarono invece differenze significative tra le donne che avevano concepito entro i 12 mesi dalla perdita e quelle che avevano concepito più tardi, anche se i punteggi delle prime risultarono più alti.

Infine uno scarso supporto sociale da parte della famiglia di origine risultò associato sia alla classificazione non risolta che a più alti punteggi di non risoluzione.

Lo studio di Bakermans-Kranenburg et al (1999) sullo stato non risolto rispetto all'aborto. Un'aggiunta al protocollo dell'AAI

Uno studio molto importante è stato quello condotto da Bakermans-Kranenburg et al (1999).

Partendo dal presupposto che la percentuale di aborti spontanei riguarda circa il 15-20% delle gravidanze, gli autori si chiesero come mai nelle loro precedenti ricerche che avevano fatto uso dell'AAI, questa perdita non venisse quasi mai menzionata dalle donne.

Considerando che il protocollo originale dell'AAI non include delle domande specifiche sull'aborto, gli autori decisero di aggiungere delle domande specifiche relative a questa esperienza.

Questa nuova serie di domande, costruite sulla base di quelle già presenti nel protocollo riguardo alla perdita, permetteva dunque di individuare con più certezza le donne che avevano vissuto questa esperienza.

Gli autori, interessati all'associazione tra stato della mente non risolto nei genitori e disorganizzazione dell'attaccamento nei loro bambini, hanno dunque voluto indagare se questa aggiunta nel protocollo potesse apportare un miglioramento nel predire quest'associazione.

Uno studio precedente (Schuengel et al. 1999), aveva evidenziato un legame tra stato non risolto della mente e disorganizzazione solo nelle diadi madre-bambino in cui la madre presentava anche una rappresentazione mentale dell'attaccamento insicura. Di conseguenza, nel loro studio Bakermans-Kranenburg et al, vollero indagare se lo stesso tipo di associazione riguardava anche le diadi dove la madre presentava uno stato non risolto rispetto all'aborto.

Un altro quesito della ricerca riguardava l'eventuale associazione tra stato non risolto e tempo trascorso dall'evento e tra stato non risolto e durata della gravidanza.

Gli autori contattarono 85 madri in stato di gravidanza, selezionandole solo sulla base della presenza di una perdita importante (diversa dall'aborto) prima della nascita del bambino.

Dopo la nascita del bambino, a 12 mesi, venne loro somministrata l'AAI con l'aggiunta nel protocollo delle domande sull'aborto e ai loro bambini la Strange Situation.

In effetti, l'aggiunta al protocollo diede esito positivo, permettendo di individuare su 85 madri, ben 30 (il 35%) che avevano vissuto questa esperienza (visto che le 85 donne avevano in totale 154 figli viventi, il numero degli aborti rilevati rifletteva la prevalenza dell'aborto nella popolazione normale: 15-20%).

Di queste 30 madri, solo 2 vennero classificate non risolte rispetto all'aborto e di queste due, una aveva un bambino disorganizzato (punteggio di 5,5) mentre un'altra aveva un bambino con un punteggio soglia di disorganizzazione di 4,5.

Il basso numero di madri classificate come non risolte non permise di fare confronti a livello categoriale, ma l'associazione tra stato non risolto e disorganizzazione nei bambini venne studiata a livello dimensionale.

I punteggi sulla scala relativa allo stato non risolto rispetto all'aborto risultarono significativamente associati ai punteggi di disorganizzazione nei bambini.

Nelle madri che avevano avuto un aborto non risultò un'associazione con la disorganizzazione considerando le altre perdite o traumi ed escludendo l'aborto.

Considerando in generale il punteggio più elevato di non risoluzione (ottenuto per perdite, traumi o aborto) la correlazione risultò ai limiti della significatività ($p = 0,7$).

Un dato molto interessante venne dal confronto tra madri sicure e insicure. Con le prime, infatti, l'associazione tra stato non risolto rispetto all'aborto e disorganizzazione nei bambini non risultò significativa, laddove con le madri insicure che avevano vissuto un aborto l'associazione con la disorganizzazione nel bambino risultò significativa.

Questo risultato è in linea con la ricerca di Schuengel et al. (1999) che evidenziò che lo stato non risolto della mente nei genitori era in grado in

predire la disorganizzazione nei bambini, nei casi in cui i genitori risultavano insicuri. Sembra dunque che la rappresentazione mentale sicura possa svolgere una funzione protettiva rispetto alla trasmissione intergenerazionale della perdita e del trauma. Questo non significa che le madri sicure non siano “non risolte”, ma che in qualche modo riescano a limitare l’effetto di questo stato nella relazione di attaccamento con il loro bambino.

I punteggi ottenuti dalle madri rispetto allo stato non risolto non risultarono associati alla durata del tempo trascorso dall’evento, mentre risultarono significativamente associati alla durata della gravidanza prima dell’aborto.

Uno studio sui disturbi dell'attaccamento in bambini nati da un gravidanza successiva alla perdita perinatale

Nel 1999 Heller e Zeanah effettuarono uno studio per indagare la relazione tra perdita perinatale e relazione d'attaccamento dei figli nati da una successiva gravidanza.

Lo studio coinvolse 19 donne prese da un più ampio campione già esaminato per un altro studio sulla perdita perinatale e i loro bambini nati da una successiva gravidanza portata a termine.

Le donne furono esaminate a 2 mesi dalla perdita con un'intervista clinica semistrutturata: la *Perinatal Loss Interview* (Danis & Zeanah, 1991).

In questo campione, il 52% dei bambini visse meno di 24 ore. Il 21% visse meno di una settimana, il 10% tra 1 e 3 settimane e un altro 10% visse più di un mese. (Di un bambino mancava questo dato).

I bambini nati dalla successiva gravidanza vennero testati a 12 mesi attraverso la Strange Situation Procedure (Ainsworth et al, 1978).

La *Perinatal Loss Interview* è stata costruita per ottenere delle narrative sull'esperienza dei genitori prima, durante e dopo la perdita del loro bambino. L'intervista viene codificata attraverso numerose scale che valutano il contenuto, ma soprattutto gli aspetti qualitativi della narrativa.

La prima di queste scale codifica la chiarezza e la coerenza con cui il genitore descrive la perdita e costituisce una versione modificata della scala di Risoluzione del Lutto sviluppata da Main, DeMoss e Hesse (1989) adattata per le perdite perinatali.

Le madri che si dichiarano soverchiate o confuse dalla perdita e/o la cui intervista risulti incoerente o difficile da seguire ottengono punteggi elevati in questa scala.

Gli autori, dopo aver passato in rassegna i risultati ottenuti dall'intervista individuarono quattro aree che sembravano riflettere le differenze individuali tra le madri nella risposta alla perdita. Queste quattro aree erano simili a quelle già individuate da Dean (1998) in uno studio sul rapporto tra madri adolescenti e le loro madri: Sostegno coniugale percepito, Sostegno

percepito della propria madre, Esperienza di sostegno e Responsabilità del dolore.

Di queste 4 solo due poterono essere esaminate: la scala dell'Esperienza di Supporto e la scala della Responsabilità del dolore.

La prima misura la distanza-vicinanza e i conflitti con le eventuali fonti di supporto, mentre la seconda misura quanto la madre senta responsabile se stessa o gli altri per la risoluzione del lutto.

I risultati evidenziarono che il 55% dei bambini del campione erano sicuri, mentre il 45% erano insicuri/disorganizzati. Inoltre, nessuno dei bambini ottenne una classificazione primaria di insicuro-evitante o insicuro-resistente.

Questi dati evidenziarono una differenza significativa tra i bambini di questo campione e i bambini provenienti da campioni normativi.

I risultati ottenuti dalle madri erano paralleli a quelli dei loro bambini.

Sulla base della Scala della Responsabilità del dolore le madri vennero suddivise in due categorie: Autonome e Dipendenti. La prima categoria risultava significativamente associata alla sicurezza dell'attaccamento, mentre la seconda all'insicurezza-disorganizzazione.

Per quanto riguardava la Scala di Risoluzione del lutto non emersero differenze significative. Infatti, in base ai dati di questa scala, la non risoluzione del lutto nelle madri non era associata alle disorganizzazione nei bambini.

Questo risultato andò contro le ipotesi degli autori che sulla base della letteratura dell'attaccamento si aspettavano di trovare un'associazione significativa.

Probabilmente la differenza risiede nello strumento utilizzato (le correlazioni in letteratura sono state effettuate tra AAI e SSP), nel fatto che l'intervista sia stata effettuata ad una breve distanza dall'evento (2 mesi), mentre una mancanza di risoluzione nell'AAI viene considerata in modo diverso a seconda che sia trascorso meno o più di un anno dall'evento. Probabilmente far trascorrere almeno un anno permette di identificare meglio i processi di lutto sani dagli altri.

Risultarono invece discriminanti i dati ottenuti con la Scala della Responsabilità del dolore, permettendo di identificare le madri dei bambini sicuri e quelle dei bambini disorganizzati.

Le madri dei bambini disorganizzati riportavano di sentirsi soverchiate dal dolore e dal lutto sentendo che tutto ciò era al di fuori del proprio controllo. Inoltre, si sentivano estremamente preoccupate di quanto gli altri potessero approvare il loro cordoglio, aspettandosi che gli altri si prendessero la responsabilità del loro benessere emotivo.

Al contrario, le madri dei bambini sicuri, nonostante si sentissero colpite dall'evento, riuscivano ad integrare il processo di lutto in una ricerca di significato e consideravano questa esperienza come una sfida personale.

La spiegazione di questo dato potrebbe risiedere nel fatto che le madri che esternalizzano la responsabilità del loro benessere potrebbero richiedere la stessa cosa al nuovo bambino, aspettando che questi possa risolvere i suoi sentimenti di rabbia, inadeguatezza e sofferenza, in una sorta di induzione di accudimento nel proprio bambino.

Questo modello di accudimento impotente e dipendente è stato associato sia all'attaccamento disorganizzato che al role-reversal patologico.

Inoltre sembra essere connesso con ciò che hanno osservato George e Solomon (1996) rispetto all'autovalutazione delle madri come impotenti e con un accudimento disorganizzato.

Questo elemento potrebbe rientrare nel comportamento materno spaventato/spaventante che è stato indicato come mediatore tra lo stato delle mente non risolto-disorganizzato del genitore e la disorganizzazione nell'attaccamento dei bambini.

Fattori psicologici nell'aborto volontario.

La rassegna dell'APA

Nel 1989, l'APA (American Psychological Association) nominò un gruppo di esperti per esaminare i risultati degli studi sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e raccogliere dati sui fattori psicologici associati a questa esperienza.

L'interesse dell'APA rispetto a questo tema risaliva già al 1969, quando un concilio di esperti adottò una risoluzione che identificava l'interruzione di una gravidanza indesiderata come una tematica di interesse della salute mentale.

Questa risoluzione portò ad una grande mobilitazione a tutti i livelli per la raccolta di dati e ricerche nel settore.

A questa prima risoluzione ne seguì un'altra nel 1980, in risposta ai tentativi del governo di sopprimere la ricerca sull'aborto. In questa seconda risoluzione si sosteneva il diritto di condurre ricerche scientifiche sull'aborto e su temi riguardanti la salute riproduttiva.

Il panel del 1989 cercò dunque di raccogliere e passare in rassegna le ricerche e le informazioni raccolte fino a quel momento al fine di trarre delle conclusioni rispetto agli esiti psicologici di tale esperienza.

Sempre nel 1989, a pochi mesi di distanza dal panel, si adottò una terza risoluzione che citava i risultati ottenuti nel panel, col fine di correggere le distorsioni che venivano effettuate dalla stampa sugli esiti delle ricerche e per promuovere una consapevolezza sull'argomento.

Nonostante la realtà italiana sia notevolmente diversa da quella statunitense, questo lavoro pubblicato da Adler et al nel 1992, permette di avvicinarsi ad una parte della letteratura sull'argomento e ad effettuare dei confronti rispetto alla situazione in Italia.

Innanzitutto, l'IVG venne dichiarata legale negli Stati Uniti nel 1973, cinque anni prima rispetto all'Italia. Prima della sua regolarizzazione, che abbatté progressivamente il numero degli aborti clandestini e i conseguenti esiti patologici e talvolta mortali per le donne, alcuni stati già permettevano un accesso legale all'aborto.

Questo risultava possibile attraverso il coinvolgimento di uno o due psichiatri che dovevano certificare che la procedura si rendeva necessaria per evitare il suicidio della donna in attesa. L'IVG per motivi psichiatrici passò dunque da un tasso del 10% nel 1943 ad un tasso dell'80% nel 1963 rispetto a tutti gli aborti praticati, per arrivare ad un 93% in California nel 1970.

Dopo la legalizzazione fù possibile ottenere dati sicuri rispetto ai tassi e alla prevalenza dell'aborto volontario.

Nel 1987 si appurò che in un anno ricorrevano all'aborto 27 donne su 1000 in un'età compresa tra i 15 e i 44 anni e che all'incirca il 21% delle donne americane in età riproduttiva aveva sperimentato questa procedura almeno una volta nella vita.

Rispetto alle caratteristiche demografiche delle donne, sebbene esse debbano essere presentate separatamente, è necessario leggere le loro intercorrelazioni e non considerarle come unicamente responsabili delle differenze tra i gruppi. Ad esempio le donne giovani, rispetto alle meno giovani, è più probabile che siano nubili e non abbiano ancora dei figli, così come la provenienza geografica ed etnica deve essere considerata insieme allo status socioeconomico.

I dati raccolti da uno studio ufficiale di Henshaw del 1991 evidenziarono che la maggior parte delle donne che ricorrevano all'aborto erano di giovane età. Il 60% aveva meno di 25 anni e il 12% risultavano minorenni. Il picco di aborti si registrava tra i 18 e i 19 anni per poi decrescere e arrivare al minimo intorno ai 40 anni.

Adler et al. riscontrarono due grandi filoni nelle ricerche riguardanti l'IVG.

Uno, di stampo clinico si focalizzava principalmente sugli esiti psicopatologici. Questo approccio risultò prevalente nei primi studi sull'aborto volontario.

Il secondo filone, più presente nei lavori recenti, verteva principalmente sui concetti di stress e di coping considerando la gravidanza indesiderata come un evento potenzialmente stressante che pone ostacoli e difficoltà ma che non ha necessariamente un esito patologico (anche se questo non viene, comunque, escluso).

Da questo secondo punto di vista, la conclusione di una gravidanza indesiderata può ridurre lo stress derivato dalla gravidanza stessa e, al tempo stesso, l'interruzione può essere vissuta come evento stressante.

Le ricerche sull'impatto degli eventi di vita stressanti hanno sottolineato l'importanza delle numerose variabili che possono contribuire nel mediare l'impatto dell'evento sul singolo individuo. Tra queste variabili, alcune sono risultate particolarmente significative, in particolare il supporto sociale, l'attribuzione causale dell'evento, il significato attribuito all'evento e le strategie di coping attuate per affrontarlo.

Risposte positive all'interruzione volontaria di gravidanza

Alcuni studi (Athanasίου et al, 1973; Major et al 1985) hanno evidenziato che l'aborto legale effettuato nel primo trimestre di solito ha una ridotta incidenza di esiti negativi severi. Inoltre, questi studi hanno riportato una prevalenza di sentimenti positivi rispetto a quelli negativi.

In realtà bisogna considerare che la risposta di una donna all'aborto volontario è complessa e composta da un insieme di emozioni positive e negative.

Uno studio di Lazarus (1985) riportò che a 2 settimane dall'IVG il sentimento positivo più frequente era la felicità (nel 76% dei casi), mentre tra i sentimenti negativi compariva principalmente il senso di colpa (nel 17%).

Adler (1975) identificò tre diversi fattori che spiegavano le variazioni nelle emozioni sperimentate da un campione di 70 donne a 2-3 mesi dall'aborto.

Il primo fattore, il principale, riguardava le emozioni positive di sollievo e felicità e ottenne un punteggio medio di 3,96 in una scala da 1 (per niente) a 5 (estremamente).

Gli altri due fattori riguardavano le emozioni negative.

Il primo consisteva in emozioni di vergogna, colpa e timore della disapprovazione e fu indicato come *basato socialmente* (punteggio medio 1,81).

Il secondo riguardava emozioni di pentimento, ansia, depressione, dubbi e rabbia e fu indicato come *basato internamente* (punteggio medio 2,26).

Uno studio (Russo e Zierk, 1992), esaminò la relazione tra IVG, gravidanza e autostima in un campione di 5.295 donne, intervistate annualmente dal 1979 al 1987 nel “National Longitudinal Study of Youth”.

Nel 1987 le donne che avevano avuto un aborto risultarono leggermente, ma significativamente, con un livello più elevato di autostima rispetto alle donne che non avevano mai abortito. La differenza risultava maggiore confrontando donne con IVG e donne che avevano portato avanti una gravidanza indesiderata.

Emerse inoltre che donne che avevano avuto IVG ripetute non differivano in autostima dalle donne senza IVG, inoltre il tempo trascorso dall’aborto non aveva influenze sull’autostima.

Risposte negative all’interruzione volontaria di gravidanza

I dati presentati nel panel presentano, globalmente, una preponderanza di esiti positivi rispetto all’aborto volontario. Ma è necessario considerare e comprendere quali fattori possono invece condurre ad un esito negativo e se questi fattori sono specifici rispetto all’esperienza dell’IVG o sono simili a quelli di solito responsabili di esiti negativi di fronte agli eventi stressanti di vita.

Dal punto di vista dei fattori socio demografici, Adler (1975), ha evidenziato come le donne più giovani, non coniugate e senza figli siano più a rischio rispetto alle donne meno giovani, coniugate e con figli. Un rischio maggiore di esiti negativi è stato riscontrato anche nelle donne appartenenti a culture o religioni che proibiscono l’aborto, così come in quelle che frequentano regolarmente la chiesa.

Per quanto riguarda la durata della gravidanza e le procedure mediche per espletare l’IVG, si è evidenziato che le donne che praticavano l’interruzione nel secondo trimestre risultavano più a rischio dal punto di vista fisico e psicologico.

Questo risultato potrebbe essere attribuito al fatto che le procedure mediche per l’interruzione nel secondo trimestre sono più gravose rispetto a quelle del primo, ma anche a delle condizioni di maggior svantaggio sociale della

donna che rimanda l'intervento, nonché ad una difficoltà nel processo decisionale.

Rispetto a quest'ultimo punto è stato evidenziato che i fattori che rendono più difficoltosa la decisione è l'essere coniugate e l'essere di religione Cattolica.

Si è osservato, inoltre, che le donne che inizialmente avevano ricercato la gravidanza, o assegnavano un importante significato alla gravidanza reagivano peggio all'IVG.

Un altro elemento che in letteratura è stato riconosciuto come particolarmente influente nell'attutire gli effetti degli eventi stressanti è il sostegno sociale, sia reale che percepito.

Per quanto riguarda l'esperienza dell'aborto, è stato osservato che le donne che sentivano di avere un maggiore sostegno, da parte del partner e/o dai genitori, rispetto alla decisione, avevano esiti migliori delle donne non supportate.

Dato che il sostegno percepito non necessariamente corrisponde al sostegno effettivo Major et al (1985), effettuarono uno studio sulle donne il giorno dell'intervento, registrando quali venivano accompagnate dal partner e quali no.

Delle 247 donne del campione, 83 (il 33,6%), andarono accompagnate. Risultò che queste donne erano significativamente più depresse e riportavano molte più lamentele fisiche rispetto alle donne non accompagnate.

Ad un'analisi più approfondita emerse, però, che le donne accompagnate erano più giovani e si aspettavano di avere più difficoltà nell'affrontare l'aborto. Ma, se questa analisi permetteva di eliminare le differenze rispetto alle lamentele fisiche, le donne accompagnate risultavano, comunque, più depresse.

Un altro fattore che si è osservato influenzare l'adattamento psicologico è l'attribuzione degli eventi di vita negativi. Rispetto all'aborto è dunque significativo osservare se l'adattamento delle donne possa essere influenzato dalle diverse attribuzioni rispetto al perché siano rimaste incinte.

Major et al (1985) chiesero alle donne, prima dell'IVG, a quale aspetto attribuivano la loro gravidanza: se al loro carattere, al loro comportamento,

al caso, alla situazione del momento o a qualcos'altro. Gli autori evidenziarono che le donne che incolpavano il loro carattere per la loro gravidanza risultavano significativamente più depresse, si aspettavano esiti più negativi dall'aborto e avevano tendenzialmente un umore peggiore post-aborto rispetto alle altre donne.

Le donne che incolpavano qualcun altro si anticipavano in modo significativamente maggiore esiti avversi rispetto alle altre. A 3 settimane di distanza, tuttavia, questo effetto tendeva a scomparire.

Un altro fattore importante evidenziato dallo studio di Major et al. riguarda le aspettative di coping.

Gli autori chiesero alle donne quali fossero le loro aspettative di coping e quelle che avevano delle aspettative positive risultarono meno depresse, con un umore migliore, si aspettavano meno conseguenze negative e riportavano meno lamentele fisiche sia immediatamente dopo l'aborto che a tre settimane.

Questi studi sebbene interessanti, hanno avuto il limite principale di ridurre le indagini a questionari self-report e a misure di dolore e sofferenza coscienti, lasciando inesplorati gli aspetti più profondi.

Il diverso impatto psicologico dell'aborto spontaneo e dell'interruzione volontaria di gravidanza.

In letteratura esistono pochi studi che hanno messo a confronto l'impatto psicologico dell'aborto spontaneo e dell'aborto volontario. Uno di questi è uno studio norvegese ad opera di Broen et al (2004).

Gli autori hanno voluto mettere a confronto i due tipi di esperienze che presentano degli aspetti in comune e delle differenze. Esse si accomunano infatti per la breve durata della gravidanza (lo studio infatti prende in considerazione le donne con *miscarriage*, l'aborto spontaneo che si verifica nella prima metà della gravidanza), ma si differenziano per il fatto che l'aborto spontaneo crea un problema per la donna, laddove l'aborto volontario dovrebbe, in teoria, risolverlo.

Le diverse ricerche già esaminate sull'aborto spontaneo evidenziano che le donne che vivono l'esperienza di un aborto spontaneo possono soffrire di depressione, ansia, disturbo post traumatico da stress, nonché provare sentimenti di colpa e cordoglio.

La reazione di cordoglio sembra essere un'adeguata risposta alla perdita quando non supera una certa durata e intensità, in quanto un'assenza di cordoglio sembra predisporre ad un maggior rischio di sviluppare, successivamente, un disturbo depressivo.

Le ricerche sull'interruzione volontaria di gravidanza sono più scarse e dai risultati meno uniformi. Esse indicano che in molti casi l'IVG non causa disturbi o problemi a livello psichiatrico o psicologico anche se esistono dei fattori di rischio che predispongono ad esiti meno favorevoli. (Adler et al, 1992). I pochi studi presenti in letteratura hanno però solo di rado esplorato i potenziali effetti traumatici di tale esperienza. Tra questi uno studio (Perrin & Bianchi-Demicheli, 2002) ha utilizzato la IES (Impact of Event Scale) e ha mostrato che a 6 mesi da un'IVG il 10% delle donne risultavano traumatizzate, mentre un altro studio ha riportato l'1% di casi di DPTS a due anni dall'IVG (Major et al, 2000).

Broen et al (2004) lavorarono con un campione di 120 donne, di cui 80 con IVG e 40 con aborto spontaneo. L'età gestazionale delle donne con IVG non

superava le 14 settimane, mentre tra le donne con aborto spontaneo solo una aveva raggiunto le 21 settimane, mentre le altre 39 non avevano raggiunto le 17.

Le donne vennero testate in tre diversi momenti: a 10 giorni (T1), a 6 mesi (T2) e a 2 anni (T3) dall'evento e tra gli strumenti venne utilizzata la IES (Impact of Event Scale). Si tratta di una scala che è stata ampiamente utilizzata come misura della reazione di stress ad eventi traumatici. La scala ha una struttura bifattoriale che si suddivide in *Intrusione* (flashback, incubi, sentimenti intensi riguardanti l'evento traumatico) e in *Evitamento* (dei pensieri e dei sentimenti legati all'evento).

Di recente è stato evidenziato come la IES possa essere considerata un indice attendibile del grado di sofferenza soggettiva associata al trauma indagato. Inoltre, un punteggio elevato in questa scala, può essere associato alla presenza del DPTS come definito dal DSM-IV, anche se la diagnosi di DPTS si basa maggiormente sul fattore *Intrusione* rispetto al fattore *Evitamento*.

Il punteggio cut-off per distinguere i casi conclamati dagli altri soggetti sotto soglia venne fissato in linea con la letteratura precedente a 19 punti.

I risultati evidenziarono che a 10 giorni (T1) le donne con aborto spontaneo avevano punteggi significativamente maggiori di *Intrusione* rispetto alle donne con IVG, presentando inoltre un numero significativamente maggiore di casi conclamati di *Intrusione*.

Al contrario, nel T1, le donne con IVG ottennero punteggi significativamente maggiori di *Evitamento*, ma in questo caso la differenza non risultò significativa per i casi conclamati.

Nel T2 le differenze tra i gruppi si fecero più lievi e l'unico risultato statisticamente significativo riguardava maggiori punteggi di *Evitamento* nelle donne con IVG.

Nel T3 le donne con IVG continuavano ad avere punteggi significativamente maggiori di *Evitamento* e la differenza nel numero di casi conclamati divenne significativa essendo nettamente maggiore nelle donne con IVG.

Inoltre nel T3 le donne con IVG presentavano punteggi significativamente maggiori nella scala IES totale, nonché un numero di casi conclamati nella scala totale.

I risultati rimasero sostanzialmente invariati anche quando aggiustati in relazione alle differenze nelle variabili anagrafiche e socio economiche.

A due anni dall'IVG dunque, il 18,1 % del campione di donne superava i punteggi cut-off, principalmente a causa degli alti punteggi di Evitamento. Questi punteggi elevati possono considerarsi corrispondenti alle tendenze di repressione associate al DPTS, ma potrebbero essere anche un indicatore dello stigma sociale associato a tale evento, alla tendenza a mantenere la segretezza e alla vergogna.

Superare il punteggio cut-off nella IES non significa avere il DPTS, ma è sicuramente un valore indicativo che potrebbe indicare la presenza a lungo termine di disturbi emotivi in questa donne, visione che in qualche modo si distanzia da una parte della letteratura sull'argomento che minimizza gli esiti dell'esperienza dell'IVG.

La concettualizzazione psicoanalitica della perdita perinatale e il contributo di Irving Leon

Irving Leon ha dedicato la sua carriera alla ricerca sulla perdita perinatale e al trattamento delle famiglie colpite. Sebbene negli Stati Uniti si definiscano perdite perinatali tutte le perdite che intercorrono tra le 20 settimane di gestazione e i primi 27 giorni di vita del neonato, Leon considera perdite perinatali anche le perdite avvenute nelle prime fasi della gravidanza, come la gravidanza ectopica, gli aborti spontanei nelle prime 20 settimane di gestazione e gli aborti terapeutici dovuti a gravi anomalie fetali.

Egli si è occupato di ampliare la concezione psicoanalitica rispetto alle perdite perinatali con le attuali ricerche in campo medico e psicologico, sostenendo che la scarsissima produzione che si ritrova ad opera degli psicoanalisti sia dovuta ad un antico retaggio ispirato ai lavori di Freud e della Deutsch che hanno tarpatato il pensiero in questo ambito, impedendone di fatto lo sviluppo.

In questa sezione si partirà dall'esame del punto di vista tradizionale della Deutsch, di Freud e della Pines per presentare il suo modello.

Nel suo lavoro "Psicologia della donna adulta e madre" (1945) H. Deutsch sostiene che il bambino non nato non è ancora il bambino oggetto dell'amore materno, ma piuttosto un prodotto della fantasia nella vita mentale della madre. Di conseguenza, una perdita in gravidanza o la morte di un neonato, viene considerata come la frustrazione di un desiderio piuttosto che la perdita di una relazione d'oggetto per la quale non è necessario il lavoro del lutto. Ella considera la mancanza di amore per il non nato come una caratteristica sana, ritenendo che non si possa amare qualcosa che non esiste.

Leon sostiene che le ricerche in ambito psicologico hanno sempre più messo in evidenza come invece, soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza, il bambino non ancora nato sia sempre più vissuto come una persona separata alla quale entrambi i genitori sono attaccati in una relazione d'oggetto.

Processo che viene facilitato dalla possibilità sempre maggiore di avvertire i movimenti fetali.

In questo processo la nascita del bambino non segna l'inizio dell'amore che i genitori provano per lui, bensì il suo consolidamento.

Egli critica, dunque, l'interpretazione che H. Deutsch fece del ruolo delle fantasie materne in gravidanza. A differenza della gravidanza isterica, un bambino non nato esiste durante la gravidanza e il progressivo attaccamento della madre in attesa attesta questa realtà. L'attaccamento prenatale dei genitori li prepara a prendersi cura del nuovo nato che la madre ha potuto conoscere a livello cinestesico attraverso i movimenti fetali e grazie all'uso delle moderne tecnologie (ecografie) anche a livello visivo.

Secondo Leon ciò che appare strano nella teorizzazione di H. Deutsch è che la centralità che ella attribuisce alle fantasie materne e al ruolo che la gravidanza esercita sulla futura madre (rispetto alla possibilità di poter padroneggiare i conflitti edipici, l'identità di genere, i legami con i propri genitori offrendo al tempo stesso la possibilità di una maturazione), sia utilizzata per svalutare la significatività dell'esperienza di una perdita perinatale piuttosto che offrire uno spunto per la sua comprensione.

In effetti H. Deutsch, avendo acutamente osservato come il bambino non ancora nato possa essere considerato come una parte del Sé della madre, fornisce una più ricca possibilità di comprensione del fenomeno rispetto ad una visione medica concreta che può considerare una morte alla stregua di un'altra.

Leon ha preso, inoltre, in considerazione i lavori di Freud (1925; 1933) sullo sviluppo psicosessuale delle bambine, nei quali viene introdotto il concetto di "Invidia del pene". Nonostante Leon riconosca che nella psicoanalisi contemporanea questo concetto abbia lasciato spazio ad altre concettualizzazioni, nondimeno egli ritiene possa aver influito sulla teorizzazione psicoanalitica relativa alla perdita perinatale.

Infatti, Freud propose che l'inferiorità sentita dalle femmine rispetto all'assenza del pene potesse essere colmata attraverso il desiderio di avere un bambino.

Leon sostiene che la perdita perinatale sia da considerarsi una schiacciante ferita narcisistica per la donna, ma non rispetto al suo desiderio inconscio di recuperare un pene, quanto piuttosto rispetto al suo desiderio di realizzare la propria femminilità, le relazioni oggettuali (identificandosi con la propria madre) e il narcisismo (realizzandosi rispetto alla propria identità di genere).

Leon sostiene che l' "Invidia dell'utero", espressa attraverso un'intollerabile sofferenza, umiliazione e collera rispetto alle altre donne in gravidanza, possa essere considerata una dinamica molto più importante per le donne che hanno subito una perdita perinatale, rispetto all'invidia del pene.

H. Deutsch, in diversi passaggi del suo lavoro (1945), definì le perdite in gravidanza come un prodotto di desideri inconsci. Ella riportò alcuni casi in cui la perdita era dovuta ad un desiderio di morte rispetto al bambino, dovuta spesso ad un'ambivalenza associata alla dipendenza dalla madre legata ad una compulsione a ripetere un precedente aborto, o ad un'aggressione centrata su se stessa o altri.

Così come H. Deutsch riteneva le perdite perinatali un prodotto di desideri inconsci, allo stesso tempo l'infertilità veniva da lei attribuita a conflitti inconsci associati alla maternità, a sensi di colpa relativi al Complesso di Edipo, a inibizioni e ansie relative alla sfera sessuale, ad una lotta interna tra parti maschili e femminili ed infine alla riluttanza di assumere una responsabilità genitoriale dovuta a bisogni infantili o a disturbi emotivi.

Ma, Leon osserva, sebbene questa impostazione psicoanalitica abbia prevalso negli anni '50 e '60, i progressi nella medicina e nella diagnostica degli ultimi decenni hanno permesso di ricondurre il 50% delle diagnosi di infertilità su base psicogena a meno del 5 %.

Non solo è stato possibile individuare delle cause fisiche all'infertilità e all'abortività, ma in molti casi la depressione e i disturbi narcisistici che venivano considerati fattori causali sono stati invece visti come risposta emotiva a questo tipo di perdita o insuccesso riproduttivo.

Questo non significa che non venga assegnata la dovuta importanza ai fattori psicologici e all'influenza che le emozioni possono esercitare sul sistema nervoso autonomo ed endocrino, ma permette di non stabilire

automaticamente un nesso di causa-effetto. È infatti necessario distinguere la possibilità che l'ansia influenzi alcuni esiti medici dalla concezione che l'ambivalenza o le aggressioni inconsce possano causare la fine di una gravidanza.

Un'altra psicoanalista che si è occupata della perdita perinatale è stata D. Pines, che nel 1990 ha pubblicato nell'*International Journal of Psycho-Analysis* l'unico articolo apparso di recente in una rivista psicoanalitica sul tema.

L'autrice nel suo articolo osserva che *“Durante la gravidanza, il dilemma universale dell'ambivalenza materna verso il feto e chi il feto rappresenta, può essere fortemente influenzato da conflitti irrisolti e ansie appartenenti alle primissime fasi dello sviluppo psichico della donna. L'aborto spontaneo o volontario, che permette alla donna che rimane incinta di negare la vita al feto, può fornire una soluzione psicosomatica ad un conflitto psichico”* (Pag 307)

Di questa affermazione, l'aspetto che colpisce forse di più è il mettere insieme due fenomeni come l'aborto spontaneo e l'aborto volontario, probabilmente dovuto alla visione dell'autrice che li considera due “scelte” determinate a livello inconscio.

Leon ritiene che una posizione simile che considera la donna inconsciamente responsabile della perdita perinatale interferisca seriamente con quella che dovrebbe essere una comprensione rispetto a questa perdita. Uno psicoanalista dovrebbe esplorare le fantasie inconsce associate a tale perdita, sia che queste fantasie siano considerate come causali o derivanti dalla perdita. Ma comunicare, in qualche modo, il punto di vista che le fantasie inconsce possono essere in parte responsabili della perdita, potrebbe intensificare disastrosamente i sensi di colpa e i disturbi emotivi che costituiscono le tipiche reazioni di ogni donna che stia vivendo il lutto di una perdita perinatale. Considerare un evento del genere sotto il controllo di una donna impedirebbe di comprendere la disperazione e l'ansia relative al senso di impotenza che si prova nell'affrontare una perdita che va al di là della possibilità di controllo al livello conscio e inconscio.

Leon ritiene che la carenza di contributi provenienti dal mondo psicoanalitico possa essere dovuta alla difficoltà di molti clinici nel mettere assieme i limiti della teoria (che ricorre ad una causalità inconscia) e quello che probabilmente è un loro modo diverso di vedere le cose.

Questa carenza potrebbe però portare a mettere da parte il contributo della psicoanalisi, quando invece essa possiede gli strumenti per indagare gli aspetti di conflitto, delle relazioni oggettuali e le ripercussioni a livello narcisistico di questo tipo di perdita che non sono disponibili agli altri orientamenti.

In alternativa ad una spiegazione psicoanalitica classica che vede il senso di colpa della persona in lutto direttamente collegato con le aggressioni a livello inconscio effettuate contro la persona morta, Leon propone una spiegazione difensiva rispetto alle auto accuse dei genitori. Esse potrebbero, infatti, essere difensivamente usate contro il soverchiante senso di impotenza sperimentato rispetto ad una perdita così improvvisa, riappropriandosi, attraverso le auto-accuse, del senso di controllo perduto.

La morte di un bambino priva i genitori dell'illusione di onnipotenza tipicamente associata nel creare una vita nuova, lasciandoli in preda ad un profondo senso di impotenza. Questo spiega come mai i genitori lottino per avere una qualche misura di controllo su questa perdita, anche a costo di incolparsi.

Questa spiegazione basata sull'aspetto difensivo dei sensi di colpa è mutuato dalla psicologia sociale che sostiene che le auto-accuse possono essere considerate adattative se facilitano la percezione di controllo sugli eventi futuri.

Un lavoro di Tennen et al (1986) sostiene questa ipotesi. Gli autori hanno esaminato le reazioni materne alle complicazioni perinatali dei loro bambini e hanno rilevato una associazione significativa tra le auto-accuse e l'umore positivo delle madri, quando veniva mediato dalla convinzione che il problema si sarebbe potuto evitare in un futuro.

Oltre al lavoro di Tennen, altri studi hanno indagato le reazioni di genitori di bambini con handicap o gravemente malati, riscontrando risultati molto simili.

Per quanto riguarda le perdite perinatali, diversi studi, tra cui quello di Helstrom & Victor (1987) hanno evidenziato la presenza di un'insaziabile desiderio da parte dei genitori di imparare tutto ciò che si poteva relativamente alla morte del proprio bambino, forse per ottenere, attraverso la conoscenza, un senso di padronanza volto a mitigare la loro impotenza.

Il senso di colpa dei genitori, dopo una perdita perinatale, potrebbe essere più pervasivo rispetto a quello successivo alla morte di un figlio più grande (e dunque scollegato da complicazioni della gravidanza), a causa di molteplici fattori aggiuntivi.

Shectman (1980) ha osservato come di solito una madre, dopo la nascita del suo bambino, ceda una parte della sua onnipotenza attraverso il riconoscimento di non essere più biologicamente responsabile per la sopravvivenza fisica del proprio bambino che comincia una sua esistenza separatamente da lei. Se un bambino muore dopo che è avvenuta questa separazione, ciò può essere sentito più come legato alle influenze del modo esterno, laddove una perdita in gravidanza avviene all'interno del corpo della madre, un corpo che normalmente è sotto il suo dominio, ma di cui è stato perso il controllo.

Questa perdita colpisce inoltre le difese narcisistiche che vengono messe in atto contro il senso di ineluttabilità della propria morte che viene combattuto creando un bambino e dunque assicurandosi un senso di immortalità. Secondo Leon il senso di colpa può mitigare questa intollerabile mortificazione narcisistica che si vive sperimentando la fragilità e l'impotenza, attraverso un'irrealistica assunzione di controllo onnipotente sugli eventi.

Il senso di colpa, come ritiro difensivo dall'esperienza traumatizzante di impotenza dovrebbe, secondo Leon, essere distinto dal senso di indegnità causato dalla perdita perinatale. Nel momento in cui il bambino perduto viene vissuto come un'amata parte di sé che regolava l'autostima, la perdita perinatale costituisce una profonda ferita narcisistica che assale la parte della femminilità che si basa sulla capacità e sul desiderio di dar vita e riprodursi.

Sebbene H. Deutsch avesse acutamente osservato che le capacità materne non dipendono fondamentalmente dalle sue capacità biologiche di procreare, nondimeno una donna privata della sua capacità naturale di dare la vita

potrebbe maturare dei dubbi rispetto alla sue capacità psicologiche di allevare un bambino, minando ulteriormente la sua immagine di donna.

Non solo il suo corpo esce dal suo controllo, ma l'ha tradita comportando dei sentimenti di fallimento e indegnità.

Sia il senso di colpa che di indegnità costituiscono delle reazioni tipiche alla perdita. Il senso di responsabilità che una madre ha per il destino del proprio figlio ha delle radici realistiche e adattative che la preparano a prendersi cura di un essere che sarà indifeso e dipendente per molti anni.

Questo senso di responsabilità decresce di pari passo con la maturazione del bambino, ma rimane, tuttavia, sempre in parte presente.

I genitori si incolpano, anche pesantemente, della perdita dei loro figli, indipendentemente dalla loro età, sentendo che avrebbero dovuto e potuto fare qualcosa per proteggerli, per quanto spesso questo sentimento sia del tutto irrealistico.

La perdita perinatale costituisce una situazione ancora più intensa dal momento che le madri in attesa sperimentano un maggior grado di controllo e responsabilità sul proprio corpo e sulla vita dei loro bambini.

Seconda Parte – La ricerca sperimentale

Capitolo 4: Presentazione della ricerca

Obiettivi e ipotesi

In questa ricerca si è lavorato con tre gruppi di donne che hanno vissuto le diverse esperienze dell'aborto spontaneo, dell'aborto terapeutico e dell'aborto volontario.

Questo è uno studio che indaga le ripercussioni a livello di rappresentazioni mentali e di possibili esiti psicopatologici dell'esperienza dell'aborto, nonché dei possibili fattori causali che possono condurre ad una rinuncia dell'accudimento, vista in termini di “abdicazione” del sistema comportamentale dell'accudimento (George e Solomon 1999).

Un'esperienza di perdita può portare ad uno stato irrisolto della mente e questo a sua volta può comportare un attaccamento disorganizzato nei figli nati da successive gravidanze.

Obiettivo dello studio è stabilire:

1. In quale misura l'esperienza dell'aborto possa essere una perdita con effetto disorientante-disorganizzante sullo stato della mente. L'ipotesi è che questo tipo di perdita conduca ad uno stato non risolto.
2. Se ci siano differenze nella classificazione a due e tre vie tra i gruppi. Viste le considerazioni relative alla genesi del sistema comportamentale dell'accudimento, l'ipotesi è che le donne che hanno rinunciato all'accudimento (gruppo IVG) presentino un maggior numero di classificazioni insicure rispetto al gruppo aborto spontaneo-terapeutico, probabilmente sovrapponibile alla popolazione normale.
3. Se ci siano differenze tra i gruppi e quale tipo di aborto comporti punteggi più elevati nella scala che valuta lo stato non risolto-disorganizzato.
4. Se eventuali differenze nella risposta all'aborto possano essere dovute alla peculiarità della perdita o all'effetto della classificazione a tre vie. Alcuni studi hanno evidenziato un effetto protettivo dello stato della mente sicuro rispetto all'impatto dei traumi. Lo studio di Hughes et al

(2001) ha evidenziato però una mancanza di associazione tra stato non risolto e classificazione a 2 e 3 vie. È, dunque, importante stabilire se questa esperienza abbia esiti diversi in donne sicure o insicure.

5. Se eventuali differenze tra i gruppi possano essere dovute a precedenti lutti e/o traumi
6. Se lo stato non risolto- disorganizzato sia correlato all'età gestazionale al momento della perdita.
7. Se lo stato non risolto –disorganizzato sia correlato al tempo intercorso tra la perdita e la somministrazione dell'AAI.
8. Se le donne che hanno vissuto questo tipo di perdita siano a rischio di ansia o depressione e se esistano differenze tra i gruppi.
9. Se lo stato non risolto – disorganizzato è correlato con ansia, depressione o con la scala che misura la risposta alla perdita perinatale.
10. Effettuare un'indagine sulla scala PGS, tradotta in occasione del presente studio a scopo esplorativo.

Campione

I soggetti che hanno preso parte alla ricerca sono 33 donne, di classe sociale medio- medio alta, con un livello di istruzione elevato (nel 94% dei casi diploma-laurea).

Tutte quante hanno vissuto l'esperienza di almeno un'interruzione di gravidanza.

Di queste, 16 hanno riportato l'esperienza di un'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), 12 hanno riportato uno o più aborti spontanei e 5 un aborto terapeutico.

Si tratta del primo studio che indaga la relazione tra rappresentazione mentale rispetto all'attaccamento e donne con IVG o aborto terapeutico.

I pochi studi presenti nella letteratura dell'attaccamento si sono rivolti esclusivamente a donne che avevano vissuto l'aborto spontaneo.

Per le analisi statistiche le donne sono state suddivise in due gruppi in base alla volontà o meno di portare avanti la gravidanza:

1° Gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico: 17 donne

2° Gruppo Aborto Volontario: 16 donne.

Si tratta di donne italiane e i due gruppi non differivano significativamente per età, scolarità, classe sociale.

Le donne sono state contattate due volte: in una prima fase è stata loro somministrata l'Adult Attachment Interview e sono stati raccolti i dati demografici e relativi all'aborto.

Come da indicazioni di George, Kaplan e Main (1996) negli studi in cui si intendono somministrare più strumenti è importante che l'Adult Attachment Interview venga somministrata per prima.

Le donne sono state poi ricontattate per la somministrazione degli altri quattro questionari.

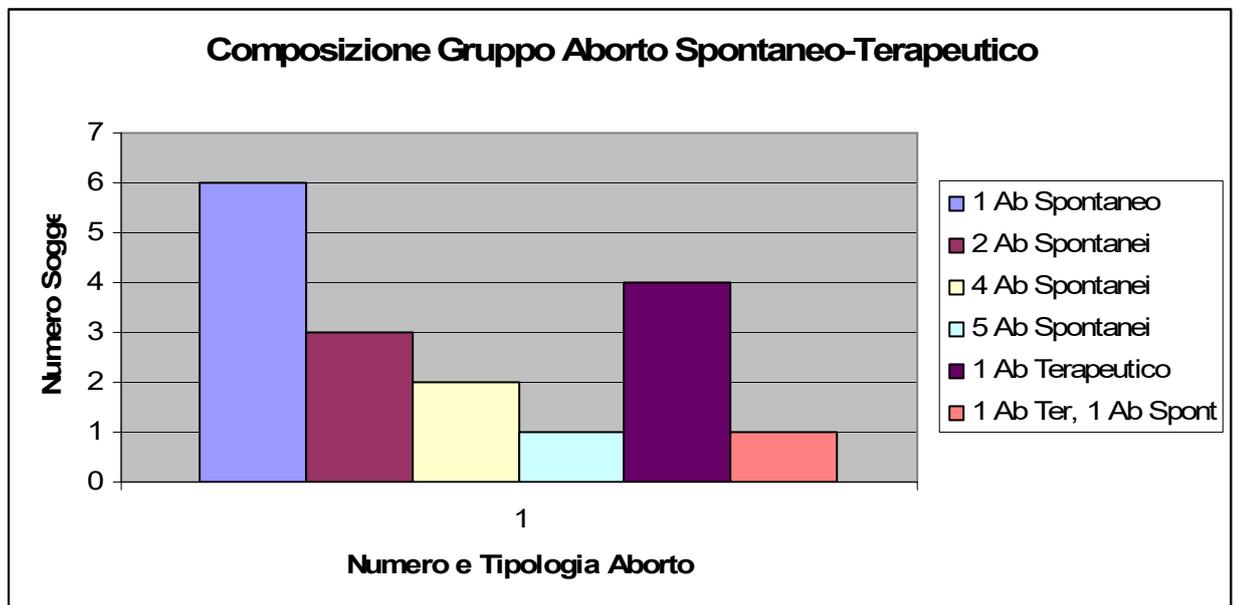
Nell'ordine: STAI Y-1 e STAI Y-2 (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970), CES-D Radloff LS. (1977) PGS (Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988).

Le 33 donne hanno tutte completato l'AAI, mentre nella seconda fase 6 soggetti, 4 del gruppo aborto spontaneo-terapeutico, 2 del gruppo IVG, non hanno partecipato alla raccolta dei dati e sono stati esclusi per alcune analisi.

Il gruppo Aborto Spontaneo -Terapeutico risultava così composto:

- 6 donne con 1 Aborto Spontaneo
- 3 donne con 2 Aborti Spontanei
- 2 donne con 4 Aborti Spontanei
- 1 donna con 5 Aborti Spontanei
- 4 donne con 1 Aborto Terapeutico
- 1 donna con 1 Aborto terapeutico e 1 Spontaneo

Figura 1



Come si può osservare dalla Figura1, il gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico è al suo interno eterogeneo.

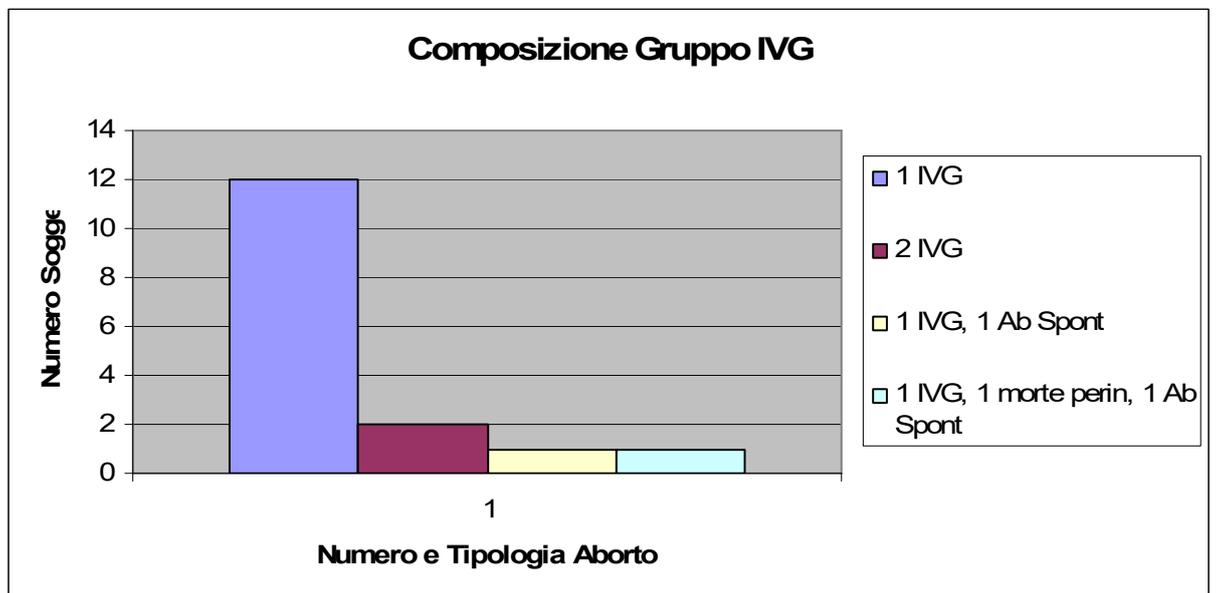
Il gruppo presenta infatti soggetti che hanno vissuto una sola esperienza di aborto, ma anche soggetti con esperienze multiple.

Quando nella storia di una donna sono presenti due o più aborti si parla di “poliabortività”.

Il gruppo IVG risultava così composto:

- 12 donne con 1 IVG
- 2 donne con 2 IVG
- 1 donna con IVG e 1 Ab. Spontaneo
- 1 donna con IVG, 1 morte perinatale, 1 Ab. Spontaneo

Figura 2



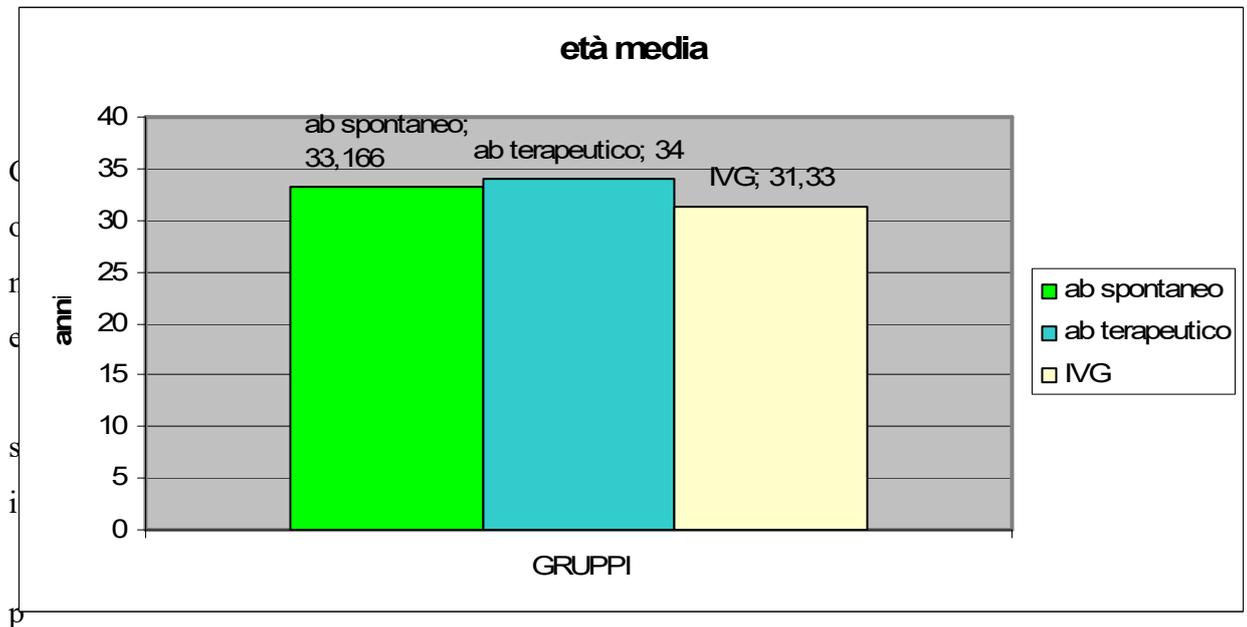
Il gruppo IVG è al suo interno più omogeneo. La maggior parte delle donne presenta una sola esperienza di interruzione di gravidanza.

Un dato interessante è che le sole due donne che presentano due interruzioni, hanno vissuto questa esperienza sempre con lo stesso partner.

Due donne hanno avuto esperienze miste, ma sono state inserite nel gruppo IVG perché questa è stata la loro prima esperienza. Lo scopo di inserire queste due donne nel gruppo IVG serve a comprendere se ci siano fattori potenzialmente causali, come ad esempio lo stato della mente insicuro rispetto all'attaccamento, che possano portare la donna a fare questo tipo di scelta.

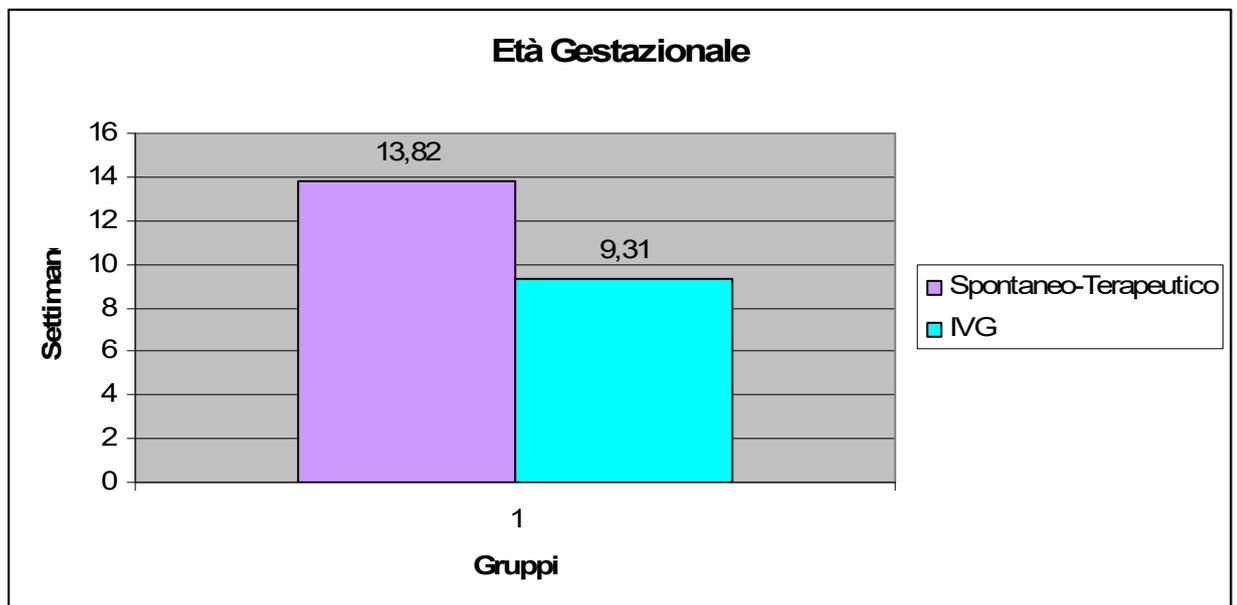
Caratteristiche del campione

Figura 3



Come si può osservare dalla Figura 3, i gruppi sono molto simili per quanto riguarda l'età media.

Figura 4



Come si può osservare nella Figura 4, i gruppi presentano una differenza significativa rispetto all'Età Gestazionale: $t = 2,63$; gradi di libertà 31; $p < .05$

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 17, media 13,83, Dev Standard 6,56

Gruppo IVG: N 16, media 9,31, Dev Standard 2,05

	ab spont-ter N =17	IVG N= 16	t	p
Età gestazionale Media	13,82	9,31	2,63	< .05
Dev. Standard	6,56	2,05		

I due gruppi mostrano, dunque, una differenza relativa alle età gestazionali al momento dell'aborto.

Nonostante il gruppo IVG presenti, prevedibilmente, una media più bassa rispetto al gruppo Aborto spontaneo-terapeutico, l'età gestazionale media di 9,31 settimane è piuttosto elevata.

Questo significa che sono stati fatti degli interventi al limite del periodo consentito per legge.

Inoltre questo dato è significativo a livello di ricadute psicologiche e fisiche per la donna.

Più alta è l'età gestazionale, più sono i rischi di complicazioni. Spesso si tratta di donne che hanno aspettato perché indecise sulla scelta.

Strumenti

Nella prima fase della ricerca è stata somministrata l'**Adult Attachment Interview**, nella versione proposta da Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, (1999), con delle domande aggiuntive relative alla specifica esperienza dell'aborto.

Nella seconda fase sono state somministrate 4 scale:

STAI Y-1 (Ansia di Stato)

STAI Y-2 (Ansia di Tratto)

CES-D (Depressione)

PGS (Perinatal Grief Scale)

AAI

(Adult Attachment Interview)

(George, Kaplan e Main 1984,1986, 1996; Main, Goldwyn e Hesse 2002)

Alcune caratteristiche dell'AAI sono state già discusse in altre sezioni. Questa ulteriore trattazione verterà principalmente sulle caratteristiche tecniche del protocollo e della siglatura.

Il protocollo

L'intervista AAI ha una durata che varia da 45 minuti ad un'ora e mezza circa, viene audioregistrata e successivamente trascritta parola per parola, includendo i secondi di silenzio e segnalando fenomeni quali il pianto o le risate.

La prima domanda è volta ad ottenere un orientamento sulla famiglia d'origine. La seconda una descrizione generale della relazione con entrambi i genitori durante l'infanzia.

La terza e la quarta domanda richiedono che il soggetto fornisca 5 aggettivi, parole o frasi che descrivano la relazione prima con la madre poi col padre.

Dopo che il soggetto fornisce i 5 aggettivi l'intervistatore richiede, aggettivo per aggettivo di sostenere la propria scelta attraverso un episodio specifico.

Successivamente viene chiesto a quale dei genitori il soggetto si sentiva più vicino e perché; cosa succedeva quando da bambino era turbato, ferito e ammalato, richiedendo a sostegno del racconto degli episodi specifici.

Si chiede di descrivere la prima separazione dai genitori, la reazione del soggetto e dei genitori stessi.

Successivamente si richiede al soggetto se da bambino si sia mai sentito rifiutato, cosa succedeva e se pensa che i genitori se ne rendessero conto.

Si chiede se il soggetto si sia mai sentito preoccupato o spaventato nell'infanzia.

Si chiede se i genitori abbiano mai minacciato il soggetto, per disciplina o anche per scherzo.

Successivamente inizia la serie di domande relative ad un potenziale trauma/abuso. Nel caso il soggetto risponda affermativamente si compie

un'indagine per capire quando sia successo, quanto spesso, per quanto tempo e come questa esperienza abbia influenzato il soggetto e il rapporto con un proprio figlio.

Dopo questa serie di domande si richiede come le esperienze abbiano influenzato la personalità adulta del soggetto, se ci sono state delle esperienze precoci che vengono considerate un ostacolo al proprio sviluppo, come mai si pensa che i genitori si siano comportati così come hanno fatto e se ci siano stati altri adulti che abbiano svolto il ruolo di figure genitoriali.

A questo punto inizia la serie di domande sui lutti.

Si richiede al soggetto se abbia mai perso qualcuno di importante durante l'infanzia e si esaminano una alla volta le varie perdite, fino ad arrivare all'età adulta. Come per gli abusi/traumi vengono fatte una serie di domande per indagare al meglio l'esperienza della perdita: in quali circostanze, a che età, l'eventuale partecipazione al funerale, quale è stata la risposta al tempo e se ci sono stati dei cambiamenti, infine quale è stato l'effetto sulla personalità adulta.

A questo punto nel protocollo della presente ricerca sono state inserite le domande relative all'aborto.

Chiusa le domande sulla perdita si domanda su eventuali cambiamenti nel rapporto con i genitori nell'adolescenza e nell'età adulta.

Infine si pongono delle domande sui figli reali o immaginari.

Si chiede se ci siano difficoltà a separarsi dai figli e di immaginarli a 20 anni e di esprimere 3 desideri per loro.

Nelle ultime due domande si chiede al soggetto cosa pensa di aver imparato dalle proprie esperienze e cosa spera che il proprio figlio, reale o immaginario, possa imparare da lui.

A questo punto l'intervista è terminata.

Le scale e le categorie

L'analisi dell'intervista si fonda esclusivamente sullo studio del trascritto parola per parola.

Il siglatore ha il compito di identificare nel trascritto degli elementi che andranno poi a costituire i punteggi relativi alle “Scale delle Esperienze” e alle “Scale della Mente”.

Le Scale delle Esperienze sono 5:

- 1) **Loving-affetto:** Quanto un genitore è stato in grado di offrire sostegno, affetto e conforto al bambino, in particolare nei momenti difficili.
- 2) **Rejecting-Rifiuto:** Quanto un genitore ha rifiutato o tenuto a distanza il bambino rispetto ai suoi segnali di attaccamento.
- 3) **Neglecting-Trascuratezza:** Quanto un genitore pur essendo fisicamente accessibile non ha prestato attenzione al bambino perché occupato da altre cose.
- 4) **Pressure to Achieve- Spinta a Riuscire:** Quanto un genitore ha spinto il bambino ad assumersi responsabilità da adulto o a perseguire determinati risultati.
- 5) **Involving/Role Reversing- Coinvolgimento/Inversione di Ruolo:** Quanto un genitore ha accentrato su di sé le attenzioni del bambino, richiedendo attenzioni come se si trattasse di un adulto o di un coniuge e scoraggiandone l'indipendenza.

Queste scale riguardano le probabili esperienze vissute con i genitori. Si ottiene un punteggio separato per il padre e per la madre. I punteggi in queste scale non sono determinanti ai fini della classificazione del soggetto, ma offrono un valido supporto rispetto alla veridicità e coerenza dell'intervista.

Le scale della mente sono più numerose e i loro punteggi sono determinanti ai fini della classificazione. Elevati punteggi nelle prime 4 portano alla categoria DS (Dismissing-Distanziante); elevati punteggi nella 5° e 6° alla Classificazione E (Entangled-Preoccupato); elevati punteggi nella 7° scala possono ritrovarsi, ma non necessariamente, nella categoria F (Secure-Sicuro, autonomo).

- 1) **Idealization- Idealizzazione:** in questa scala si valuta l'eventuale discrepanza tra memoria semantica e memoria episodica (tra descrizione in generale ed episodi portati a sostegno). La scala valuta quanto il soggetto

cerca di convogliare un'immagine positiva a livello astratto del genitore senza apportare esempi concreti a sostegno.

2) **Derogation- Svalutazione:** in questa scala si valuta quanto il soggetto esprima svalutazione rispetto a figure o esperienze di attaccamento, come anche rispetto a separazioni, perdite o traumi.

3) **Insistence on Lack of Recall - Insistenza sulla mancanza di memoria:** in questa scala si valuta la frequenza e la forza con cui un soggetto rimarca di non avere ricordi e quanto questa insistenza venga utilizzata per bloccare il discorso e ulteriori indagini.

4) **Fear of Loss - Paura della Perdita:** questa scala si basa sull'attuale relazione tra il soggetto e i propri figli piuttosto che sulle relazioni passate con i genitori. Essa valuta ogni espressione relativa a paure infondate sulla possibile morte dei propri bambini.

5) **Involving/ Preoccupying Anger- Rabbia:** in questa scala si valuta quanto il soggetto sia preso da uno stato di preoccupazione e rabbia rispetto alle figure di attaccamento. Il discorso è caratterizzato da passaggi eccessivamente lunghi, poco chiari o irrilevanti rispetto ad eventi che hanno provocato e continuano a provocare rabbia rispetto ad una figura di attaccamento.

6) **Passivity- Passività:** questa scala valuta la passività dei processi di pensiero e la difficoltà di monitoraggio del pensiero stesso. È una caratteristica della quale il soggetto difficilmente si rende conto e si distingue per la difficoltà che prova l'interlocutore a comprendere ciò che il soggetto vuole dire.

7) **Metacognitive Monitoring-Monitoraggio Metacognitivo:** questa scala valuta la capacità del soggetto di monitorare i processi di memoria e pensiero nel corso dell'intervista, prestando attenzione alle possibili incoerenze, alle distorsioni della memoria e alla distinzione tra aspetti della realtà oggettiva e soggettiva.

Un discorso a parte riguarda le “sovraordinate” scale della coerenza.

Si tratta di due scale: la **Coerenza del Trascritto** e la **Coerenza della Mente**. Queste due scale si rifanno al principio di cooperazione espresso dalle massime di Grice di *qualità, quantità, rilevanza e modo*.

Esse recitano:

Qualità: Sii veritiero e fornisci sostegno a ciò che dici.

Quantità: Sii sintetico, ma completo

Rilevanza: Sii pertinente e comprensibile

Modo: sii chiaro e ordinato

La scala della **Coerenza della Mente** fornisce l'indicazione più accurata sullo stato della mente di un individuo rispetto all'attaccamento.

In genere essa è fortemente correlata con la scala della **Coerenza del Trascritto**, ma si può discostare da essa in due casi:

a) può ottenere punteggi più bassi nei casi in cui il soggetto sia collaborativo e coerente ma presenti al tempo stesso delle credenze che risultano incompatibili con la coerenza della mente (come nei casi del lutto non risolto in cui è presente la falsa credenza che una persona sia contemporaneamente viva e morta).

b) può ottenere punteggi più elevati nei casi in cui il soggetto presenti una scarsa attitudine al discorso e delle "disfluenze", ma il pensiero sottostante al discorso risulta ben chiaro.

Punteggi elevati in queste scale sono associati con la categoria F.

Infine le ultime due scale sono quelle che permettono di identificare lo stato della mente Non risolto-Disorganizzato rispetto alle perdite e all'abuso.

Entrambe le scale si fondano sugli stessi principi:

Lapsus nel monitoraggio del ragionamento: questi lapsus si manifestano attraverso espressioni dell'individuo che violano i rapporti di logica e causalità spazio-tempo. Gli indici riguardano:

a) credenze relative al fatto che una persona sia contemporaneamente viva e morta.

b) sentirsi causa dell'evento quando non esistono reali elementi causali.

c) confusioni tra sé e la persona defunta

d) disorientamento temporale (non essere in grado di dire quando una persona è morta riportando le morte in momenti diversi momenti)

e) disorientamento spaziale (considerarsi in posti in cui non si era presenti)

f) affermazioni psicologicamente confuse

Lapsus nel monitoraggio del discorso: questi lapsus suggeriscono la presenza di un cambiamento di stato al momento della discussione della perdita/trauma attraverso un'alterazione del linguaggio prima normalmente utilizzato. Gli indici riguardano:

a) attenzione non usuale per i dettagli (discutere nei minimi particolari aspetti della perdita-trauma quasi che il soggetto sia ripiombato in quella esperienza)

b) linguaggio poetico, da funerale

c) silenzi prolungati senza che il soggetto apparentemente se ne renda conto (analogo al freezing osservato nei bambini nella Strange Situation)

d) frasi lasciate incompiute

e) improvvisi cambiamenti d'argomento

f) invasione di informazioni riguardanti la morte o il trauma durante altri discorsi.

Lapsus nel monitoraggio del comportamento-reazioni comportamentali estreme: in questo caso il soggetto piuttosto che manifestare una disorganizzazione-disorientamento nel pensiero o nel discorso, riporta episodi di comportamenti disorganizzati in risposta alla perdita. Gli indici riguardano:

a) ri-direzionamento della sofferenza successiva al lutto (descrivere un'assenza di risposta alla perdita o trauma)

b) reazioni estreme quali il tentativo di suicidio, abuso di sostanze o depressioni prolungate necessarie di ricovero.

Alcuni indici sono più specifici dell'esperienza di abuso ma possono essere applicati anche all'esperienza della perdita:

a) tentativi infruttuosi di negare l'esistenza, la natura o l'intensità dell'esperienza

b) sentirsi responsabili e meritevoli dell'esperienza di abuso

c) utilizzo di parole o frasi per evitare di nominare l'esperienza, come se il soggetto non ne fosse capace.

d) intrusione di immagine visive ed esperienze sensoriali nella discussione dell'esperienza.

e) timore di essere posseduti dalla figura abusiva o di comportarsi in modo analogo.

Tutte le scale della mente, così come le scale dell'esperienza ricevono un punteggio che va da 1 a 9.

Le classificazioni possono essere suddivise in:

2 vie: Sicuri vs Insicuri

3 vie: Sicuri, Insicuri Distanzianti e Insicuri Preoccupati

4 vie: Sicuri, Insicuri Distanzianti e Insicuri Preoccupati e Non Risolti-Disorganizzati. La quarta categoria viene sempre associate ad una delle tre categorie principali.

Esiste inoltre la possibilità che un soggetto venga definito "Cannot Classify-Non classificabile" quando il suo trascritto presenta elementi appartenenti a stati della mente incompatibili tra loro o quando manca di un qualsiasi tipo di organizzazione.

Di solito, il siglatore cerca comunque di assegnare una categoria "forzata" al soggetto rispetto allo stato della mente che risulta dominante.

Le Categorie principali.

a) Sicuri-Autonomi: i trascritti di questi soggetti appaiono coerenti e rispettosi delle massime di Grice. I soggetti manifestano una valorizzazione delle esperienze di attaccamento e una capacità di descrivere in modo coerente ed esaustivo le loro esperienze, siano state positive o negative, senza lasciarsi prendere dalla rabbia, né limitando l'influenza di queste esperienze sulla propria personalità. Di solito questi soggetti sono i genitori di figli classificati "sicuri" nella Strange Situation.

b) Insicuri-Distanzianti: i trascritti di questi soggetti non rispondono alle massime della coerenza, in particolare per quanto riguarda il principio della "qualità". Essi infatti non riescono a supportare a livello di memoria episodica quanto espresso a livello di memoria semantica. Appare un tentativo di limitare l'influenza delle esperienze di attaccamento e viene posta enfasi sulla normalità, sulla forza e sull'indipendenza. Di solito questi soggetti sono i genitori di figli classificati "evitanti" nella Strange Situation.

c) Insicuri-Preoccupati: i trascritti di questi soggetti non rispondono alle massime della coerenza, in particolare ai principi di quantità, rilevanza e modo. Sono spesso eccessivamente lunghi, ma al tempo stesso poco chiari. I soggetti sembrano ancora invischiati nelle loro passate esperienze che non sono in grado di descrivere in modo appropriato. Possono essere presenti rabbia, passività e in alcuni casi paura. Di solito questi soggetti sono i genitori di figli classificati “ambivalenti” nella Strange Situation.

d) Non risolti-Disorganizzati: i trascritti di questi soggetti mostrano, durante la discussione di perdite e/o traumi, dei lapsus nel monitoraggio del ragionamento, del discorso e del comportamento, che manifestano una mancata integrazione di queste esperienze che rimangono staccate ma al tempo stesso capaci di intrudere nella coscienza. Questa classificazione si accompagna a quella a tre vie. Di solito questi soggetti sono i genitori di figli classificati “disorganizzati” nella Strange Situation.

I punteggi necessari per essere inseriti in una categoria devono raggiungere un minimo di 6 punti. I punteggi di 5 e 5,5 richiedono un'attenzione particolare al siglatore che deve stabilire se far rientrare o meno l'individuo nella categoria in questione.

Per diventare siglatore è necessario aver svolto un training e ricevere la certificazione.

I due siglatori delle interviste nella presente ricerca: Annalisa Scanu e Alice Mulè hanno frequentato il training tenuto dai Prof. Nino Dazzi e Deborah Jacobvitz e sono stati certificati attendibili da Mary Main ed Erik Hesse rispetto alle classificazioni a tre e quattro vie.

L'accordo tra i siglatori è risultato $k = .73$

Domande Supplementari

Come già osservato, il protocollo originale dell'AAI non contiene domande specifiche relative all'aborto. Di conseguenza sono state tradotte per la presente ricerca delle domande aggiuntive secondo la proposta di Bakermans-Kranenburg et al. (1999):

Ha mai vissuto l'esperienza dell'aborto/interruzione di gravidanza?

Se sì:

Alcune persone non considerano l'aborto come un evento traumatico, altre lo vivono come la perdita di un bambino. Mi piacerebbe dunque farle alcune domande rispetto all'aborto.

- a. Quanto tempo fa è accaduto?
- b. Per quante settimane o mesi è rimasta incinta?
- c. L'aborto fu improvviso o in qualche modo aspettato?
- d. Ha in qualche modo dato l'addio?
- e. I suoi sentimenti riguardo l'aborto sono cambiati nel corso del tempo?
- f. Potrebbe dire se questa esperienza abbia avuto un effetto sulla sua personalità adulta?
- g. Questa esperienza influenza il suo rapporto con (nome del bambino)?

STAI⁴

The State - Trait Anxiety Inventory.

La State - Trait Anxiety Inventory (STAI) è il questionario self report più usato per la misurazione dell'ansia negli adulti. L'elaborazione di questa intervista da parte di Charles D. Spielberger, si basa sul modello teorico che differenzia Ansia di Stato e Ansia di Tratto e rappresenta una tappa significativa nello sviluppo della concettualizzazione e nella misura dell'ansia.

Secondo il modello teorico di Spielberger l'ansia di Tratto si caratterizza come un elemento relativamente stabile della personalità. I soggetti che sono sottoposti a uno stato di stress manifestano un comportamento di attivazione particolare dovuto al fatto che percepiscono come pericolosi o minacciosi determinati stimoli e situazioni ambientali.

Nell'ansia di tratto lo stile percettivo ansioso si estende ad altri ambiti dell'esperienza di vita del soggetto diventando a tutti gli effetti una caratteristica di personalità.

I soggetti che ottengono alti punteggi in ansia di tratto tendono a avere una reattività maggiore a un grande numero di stimoli, e reagiscono con preoccupazione anche in quelle situazioni che non rappresentano una fonte di minaccia per la maggior parte degli individui. Queste persone hanno una probabilità maggiore di presentare ansia di stato in circostanze a basso potenziale ansiogeno, come ad esempio le normali attività quotidiane, o di presentare livelli di ansia di stato più elevati in presenza di stimoli ansiogeni.

L'ansia di stato, invece, si presenta come un'interruzione del continuum emozionale, provoca una rottura dell'equilibrio personale e si esprime con una soggettiva sensazione di tensione, preoccupazione, inquietudine, nervosismo, reattività.

Sia ansia di stato che ansia di tratto si associano di solito con una maggiore attività del sistema nervoso autonomo, che provoca una serie di attivazioni fisiologiche.

Elevati livelli di ansia di stato risultano spiacevoli, disturbanti e a volte addirittura dolorosi, tanto da indurre una persona ad assumere atteggiamenti finalizzati a porre fine a queste sensazioni. Questi comportamenti possono non raggiungere lo scopo desiderato, lasciando spazio ad altri atteggiamenti, questa volta di tipo maladattivo,

⁴ Il questionario STAI Y-1 e STAI Y-2 è stato riportato in APPENDICE I

che portano all'effetto opposto, ovvero un aumento ulteriore dell'ansia, avviando un circolo vizioso di tipo patologico.

La State-Trait Anxiety Inventory è stata costruita in modo da fornire una misurazione breve, precisa e affidabile di queste due modalità d'ansia. E' composta da 40 item, divisi in due scale, 20 item per l'ansia di stato e 20 item per l'ansia di tratto.

È adatta sia per misurazioni individuali che di gruppo. Non c'è un tempo limite per rispondere al questionario, generalmente può essere completato tranquillamente in massimo quindici minuti.

Per ognuno degli item che misurano l'ansia di stato al soggetto viene chiesto, ad esempio, di indicare "Come si sente in questo momento", per gli item che misurano l'ansia di tratto viene chiesto di indicare "Come si sente di solito".

Le risposte sono registrate su una scala Likert a quattro punti, che indicano la frequenza con cui il soggetto usa quella specifica strategia comportamentale indicata dall'item.

Lo Stato d'Ansia può essere causato da stimoli stressanti provenienti dall'esterno (un evento minaccioso) o da segnali interni (attività muscolare o viscerale).

Quindi uno stimolo esterno o interno che viene percepito come minaccioso causa ansia. Per combattere questo stato d'eccitazione che può causare problemi, vengono attivati una serie di meccanismi di difesa cognitivi e comportamentali. Lo stato ansioso si caratterizza come uno stato di attivazione generale dell'organismo, per cui quando si manifesta con caratteristiche particolarmente marcate può rappresentare un ostacolo concreto per l'individuo nello svolgimento delle sue attività e nelle interazioni sociali.

L'*ansia di stato* è uno stato d'ansia passeggero che l'individuo prova in un determinato momento e con intensità diversa che può variare nel tempo, uno stato transitorio di attivazione per aver percepito stimoli ritenuti pericolosi.

L'*ansia di tratto*, invece, si riferisce alla diversa propensione individuale a provare ansia e in questo caso si tratta di una caratteristica di personalità che si presenta stabile nel tempo. E' considerata come risultato di frequenti esperienze di ansia vissute nel passato, che aumentano la tendenza individuale a percepire come minacciosi stimoli esterni o interni.

La State-Trait Anxiety Inventory misura entrambi questi due tipi di modalità d'ansia separatamente, individuando una dimensione stabile (ansia di tratto) e una dimensione di cambiamento interna all'individuo (ansia di stato).

La State-Trait Anxiety Inventory, da quando fu validata dagli studi di Spielberger (1989), è stata usata in più di 3000 ricerche ed è citata su più di 400 giornali e rappresenta ancora oggi uno strumento potente e valido nella ricerca psicologica.

Le scale della STAI sono le più precise nella valutazione dei livelli dei due tipi di ansia. È necessario sottolineare un dato intuitivo e che cioè i risultati che si ottengono con l'utilizzo della scala dell'ansia di tratto sono stabili a test-retest anche dopo diverso tempo, a differenza di quelli ottenuti con la scala dell'ansia di stato, poiché l'ansia di stato è una condizione transitoria associata ad uno stimolo per cui è di durata e intensità variabile.

Come già osservato la STAI è uno strumento costituito da due liste di 20 *item* ciascuna. Il primo gruppo di *item* valuta l'ansia di stato, mentre il secondo l'ansia di tratto.

Le risposte agli item sono su una scala a 4 livelli di intensità

Ansia di stato: “per nulla”, “un po'”, “abbastanza”, “moltissimo”;

Ansia di tratto: “mai”, “qualche volta”, “spesso”, “quasi sempre”;

Le risposte alle due scale generano due punteggi relativi all'ansia di stato e a quella di tratto.

I punteggi medi valutati in una popolazione generale di 1141 soggetti sono per

Ansia di Stato:

- $30,19 \pm 7,31$ per i maschi
- $33,51 \pm 8,61$ per le femmine

Ansia di Tratto:

- $33,11 \pm 7,80$ per i maschi
- $36,85 \pm 8,89$ per le femmine

CES-D⁵

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

Radloff LS. (1977)

Il CES-D (ed. italiana Fava, 1982; Pierfederici e altri, 1982) è stato realizzato dal Center for Epidemiological Studies del National Institute of Mental Health da L.Radloff.

Si tratta di uno strumento sviluppato per misurare la gravità dei sintomi depressivi a livello di popolazioni. Il questionario comprende 20 domande che esplorano la presenza di sintomi depressivi, umore depresso, sensi di colpa o di solitudine, mancanza di appetito, disturbi del sonno ecc.

L'edizione italiana è stata curata da G.A. Fava ed ha avuto tra i destinatari pazienti psichiatrici e psicosomatici. Essendo uno strumento epidemiologico risulta essere particolarmente breve, infatti la somministrazione richiede circa dieci minuti. Per queste caratteristiche di brevità, facilità d'uso e moderata intrusività viene frequentemente utilizzato nella routine clinica e nello screening nella popolazione anziana, istituzionalizzata o con particolari disabilità.

I 20 item di cui è composto il test esaminano pensieri e comportamenti collegabili a disagi sia di natura organica che psicologica, e accanto alle aree prima elencate di umore depresso, sentimenti di colpa e inutilità, indaga il senso di disperazione (hopelessness) e senso di impotenza (helplessness).

Il test è, infatti, costruito sulla base dei due costrutti di hopelessness e helplessness, elaborati da Seligman all'interno della sua teoria del senso di impotenza appreso del 1974 (learned helplessness theory). All'interno di questo lavoro l'autore ipotizza che gli uomini al pari degli animali, a seguito di esperienze negative o traumi che non sono riusciti a gestire e controllare apprendono un sentimento di impotenza che può sfociare in depressione.

⁵ Il questionario CES-D è stato riportato in APPENDICE II

Secondo l'autore tali sentimenti autosvalutativi tendono ad influire sulle prestazioni dei soggetti anche in situazioni dove lo stress può essere gestito. Sembra che gli uomini perdano la motivazione ad apprendere strategie efficaci per rispondere in maniera adeguata agli stimoli stressogeni. Si alimenta così il circolo vizioso che porterà all'insorgenza della sindrome depressiva.

Il CES-D è infatti uno strumento utilizzato per la valutazione dei sintomi depressivi.

Il punteggio varia da 0 a 60 e valori ≥ 21 sono considerati indicativi di gravi sintomi depressivi. Dei 20 item di cui è composto il test, 16 si riferiscono a sintomi ed i restanti 4 a sentimenti positivi. Il punteggio complessivo si ottiene sommando i valori attribuiti alle risposte date dal soggetto. I limiti del questionario sono sostanzialmente due: in primo luogo tende a sovrastimare la depressione, ed in secondo luogo ha un basso potere discriminativo tra depressione e sindromi che rientrano all'interno della sfera dei disturbi d'ansia.

PGS⁶

La Perinatal Grief Scale

La Perinatal Grief Scale (PGS; Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988), è una scala che è stata costruita ed utilizzata per indagare varie dimensioni della perdita in gravidanza, tra cui le perdite perinatali, gli aborti spontanei, le interruzioni volontarie di gravidanza, nonché la rinuncia al bambino in favore di una adozione.

La scala è stata costruita sulla base delle varie dimensioni del lutto indagate nella letteratura. La prima versione, costituita da 104 item a scala Likert comprendeva item utilizzati dai ricercatori e nel corso di ricerche sulla perdita perinatale, item provenienti dal Texas Inventory of Grief (Zisook, Devaul, & Click, 1982) infine, item provenienti da ricerche esplorative nel settore.

Successivamente vennero messe a punto due versioni: una ad 84 item ($\alpha = 0.97$) e una breve a 33 item ($\alpha = 0.95$).

La versione breve è quella che verrà utilizzata nella ricerca.

La scala ha una struttura tri-fattoriale. Ognuno dei fattori viene identificato in tre sub-scale, ognuna con 11 item. Esse rappresentano reazioni progressivamente più gravi rispetto alla perdita:

- 1) **Active Grief** : item relativi alla tristezza, alla nostalgia e a pianti per il bambino.
- 2) **Difficulty Coping** : item relativi alla difficoltà di portare avanti le attività quotidiane e sociali. È legata al ritiro e alla depressione.
- 3) **Despair** : item relativi alla mancanza di speranza e a sentimenti di indegnità.

Punteggi elevati nella seconda e nella terza sub-scala sono risultati i migliori predittori di risposte luttuose a lungo termine.

La scala, non presente in versione italiana è stata tradotta in occasione della ricerca.

Si tratta, quindi, solo di uno studio pilota che necessita di valori normativi adatti alla popolazione italiana.

⁶ La scala PGS è stata riportata in versione originale inglese e in italiano in APPENDICE III

Come valori normativi sono stati, dunque, presi in considerazione quelli provenienti da studi effettuati negli Stati Uniti e in Europa.

Valori normativi

Non essendoci valori normativi relativi alla popolazione italiana, verranno presi come riferimento i valori normativi utilizzati all'estero.

Gli autori della scala hanno effettuato un'analisi che ha preso in considerazione studi effettuati negli Stati Uniti ed in Europa (Germania, Olanda, Regno Unito).

Su un totale di 2243 partecipanti di cui

- Femmine: 1589
- Maschi: 654

In una distribuzione geografica:

- Stati Uniti: 1215
- Europa: 1028

Il 95% dei soggetti ottenevano un punteggio compreso tra 78 e 91.

Le medie dei punteggi suddivise per distribuzione geografica sono

- Stati Uniti: 90,4
- Europa: 75,0

Gli autori suggeriscono di utilizzare un punteggio cut-off di 91 per indicare livelli elevati indicatori di risposte luttuose a lungo termine (lutto cronico).

RISULTATI

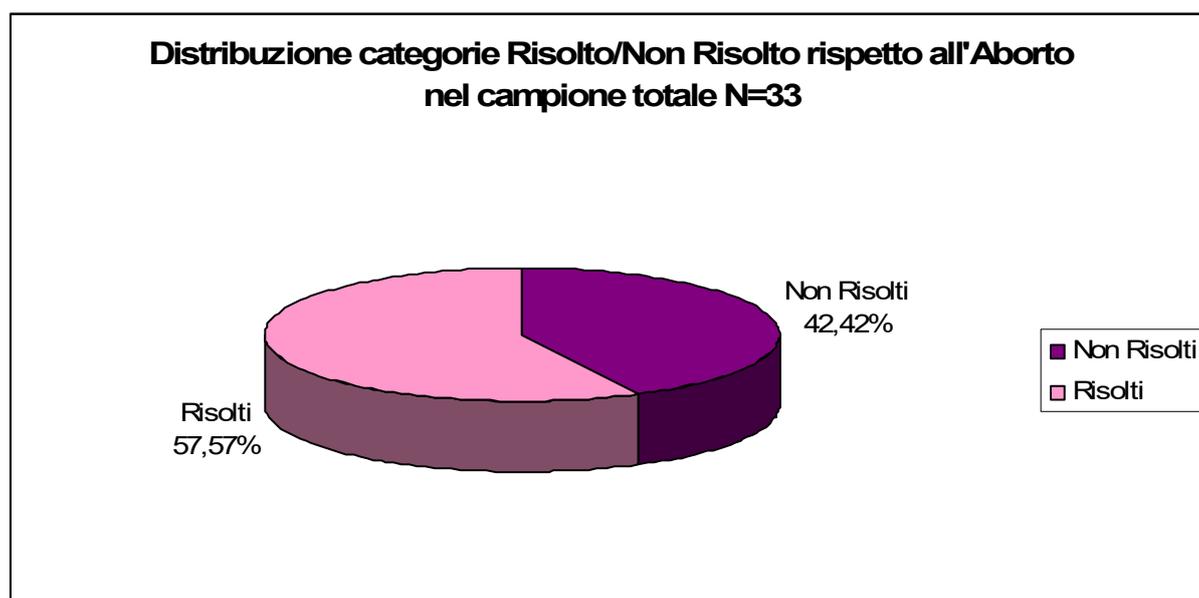
La presentazione dei risultati verrà organizzata in relazione alle ipotesi di ricerca.⁷

1. In quale misura l'esperienza dell'aborto possa essere una perdita con effetto disorientante-disorganizzante sullo stato della mente. L'ipotesi è che questo tipo di perdita conduca ad uno stato irrisolto.

L'esperienza dell'aborto può condurre ad uno stato non risolto/disorganizzato.

Complessivamente nel campione totale, il 42,4 % delle donne risulta non risolto/disorganizzato rispetto all'esperienza dell'aborto.

Figura 5



Nel grafico di Figura 5 viene presentata la distribuzione delle categorie Risolto/ Non Risolto nell'intero campione di 33 soggetti.

Come si può osservare più del 40% dei soggetti è stato classificato come Non Risolto rispetto all'esperienza dell'aborto.

Ma 2 soggetti su 33 (peraltro classificati come Non Risolti) sono stati intervistati entro un anno dalla perdita, per cui per un'analisi accurata e

⁷ Le elaborazioni statistiche sono state effettuate con SPSS 15.0 per Windows

secondo le indicazioni di Main et al (2002), è necessario decurtare questi due soggetti dall'analisi dei dati.

La Figura 6 mostra, dunque, la distribuzione delle categorie Risolto/Non Risolto senza i due soggetti con aborto recente, evidenziando comunque un elevato numero di soggetti non risolti.

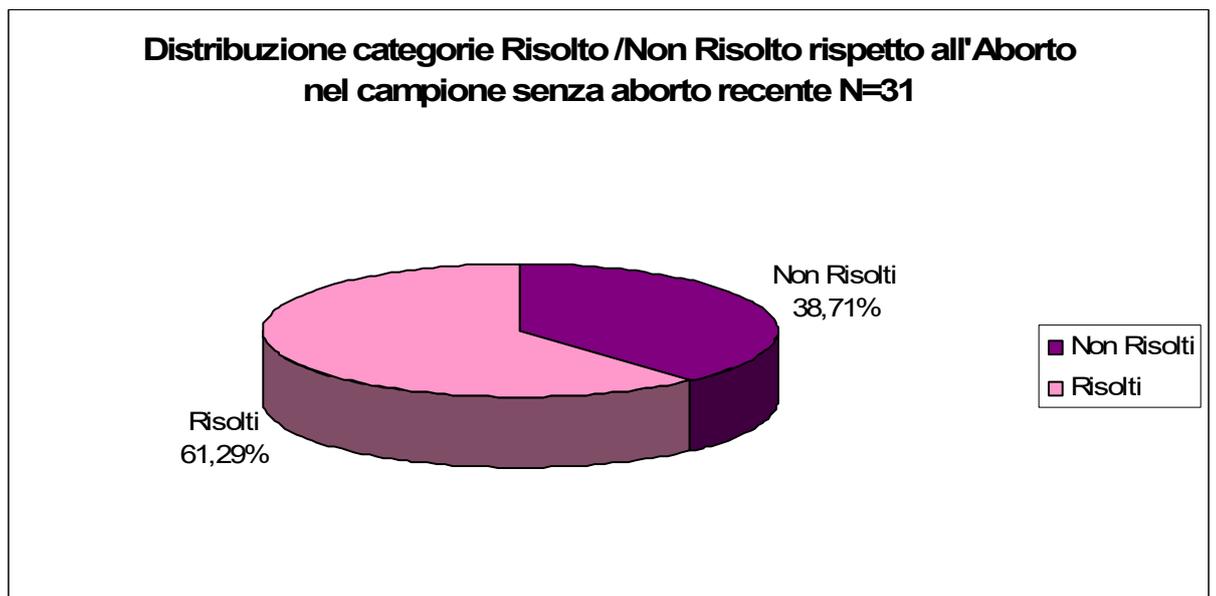
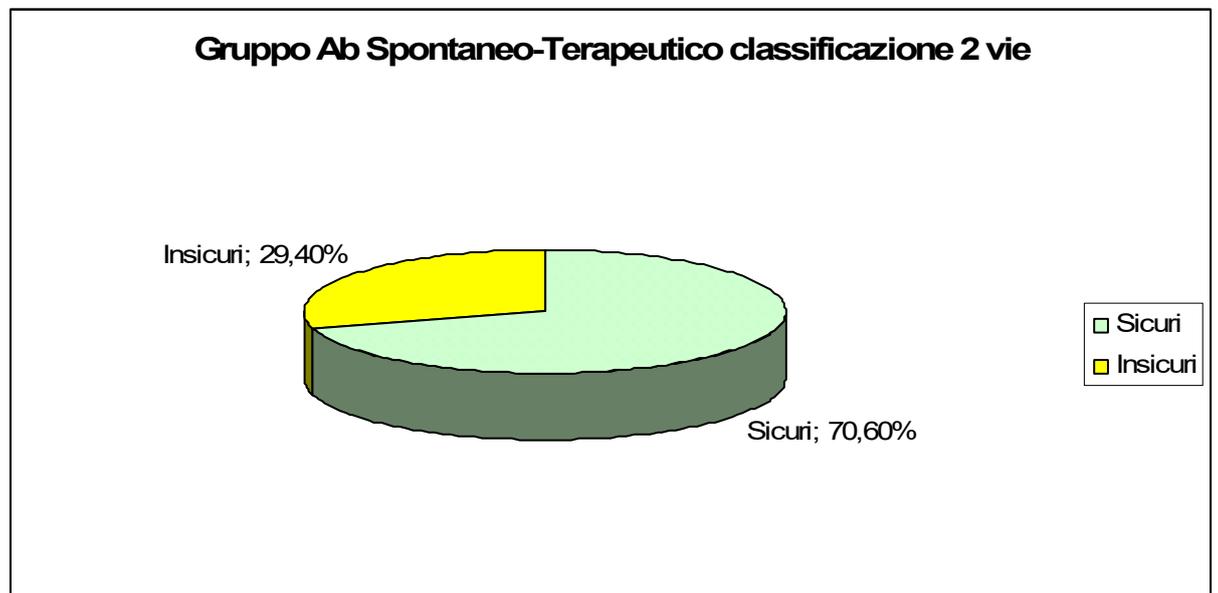


Figura6

2. Se ci siano differenze nella classificazione a 2 e 3 vie tra i due gruppi. Viste le considerazioni relative alla genesi del sistema comportamentale dell'accudimento, l'ipotesi è che le donne che hanno rinunciato all'accudimento (gruppo IVG) presentino un maggior numero di classificazioni insicure rispetto al gruppo aborto spontaneo-terapeutico, probabilmente sovrapponibile alla popolazione normale.

Attraverso l'analisi del χ^2 emerge effettivamente una differenza significativa nella prevalenza di soggetti insicuri nel gruppo IVG rispetto ai soggetti sicuri.

Figura 7



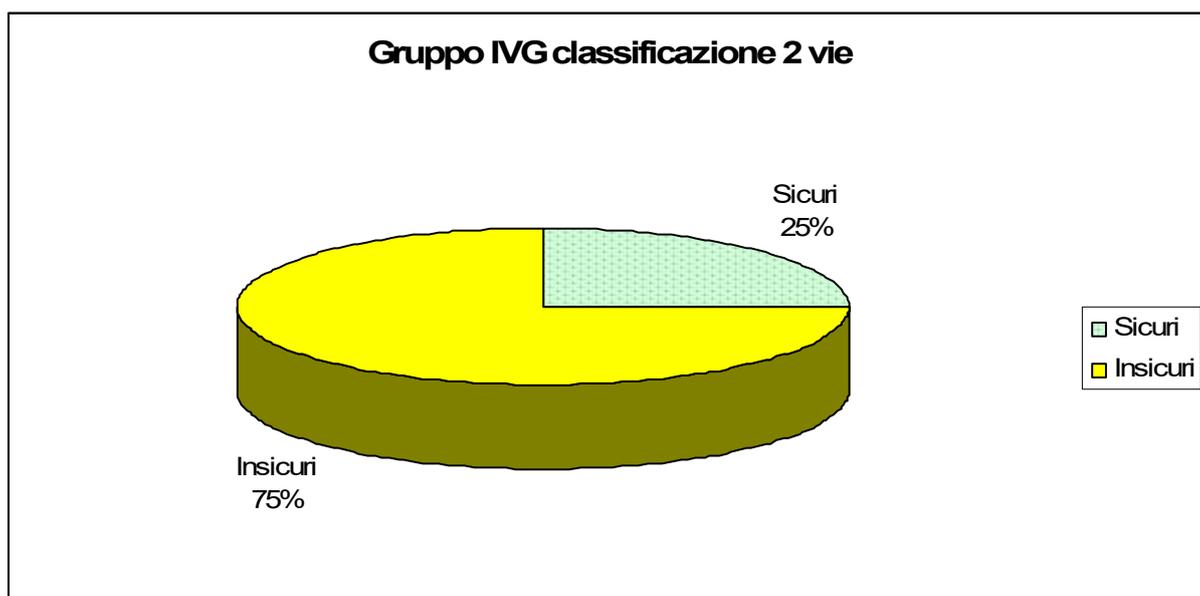


Figura 8

Come si può osservare dalle figure 7 e 8 i due gruppi differiscono nettamente rispetto alla classificazione a 2 vie.

Nel gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico i soggetti sicuri corrispondono al 70,6% contro il 29,4% dei soggetti insicuri;

Nel gruppo IVG i soggetti sicuri corrispondono al 25% contro il 75% dei soggetti insicuri.

Il test del chi quadro con N= 33, gradi di libertà 1 è: $\chi^2 = 6,858$,

$p < .01$

	ab spont-ter N =17	IVG N= 16	χ^2	p
Soggetti Sicuri	70,6%	25%	6,858	< .01
Soggetti Insicuri	29,4%	75%		

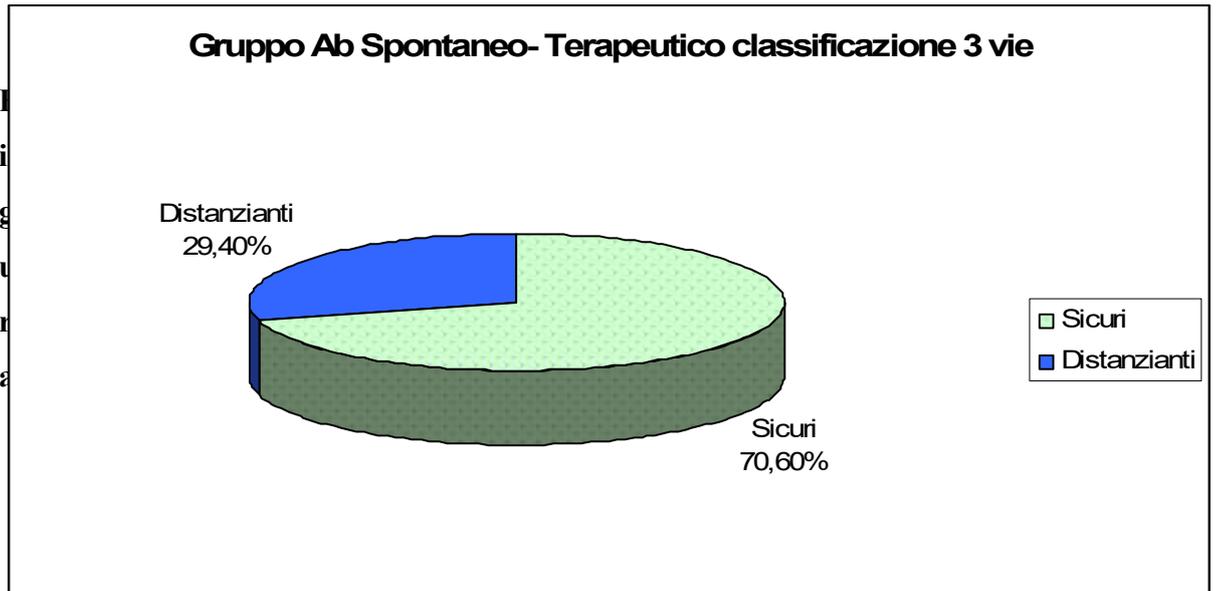


Figura 9

Come si può osservare dalla Figura 9, nel gruppo Aborto Spontaneo- Terapeutico, il grafico delle classificazioni a 3 vie, ricalca quello delle classificazioni a due vie, essendo tutti i soggetti insicuri classificati come distanzianti.

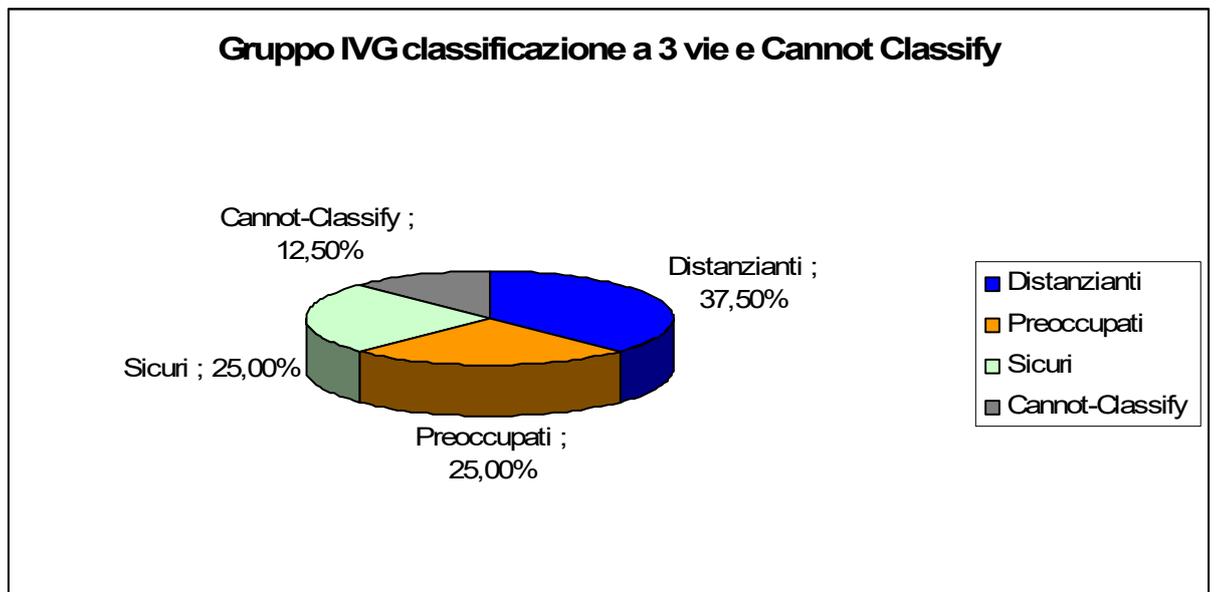


Figura10

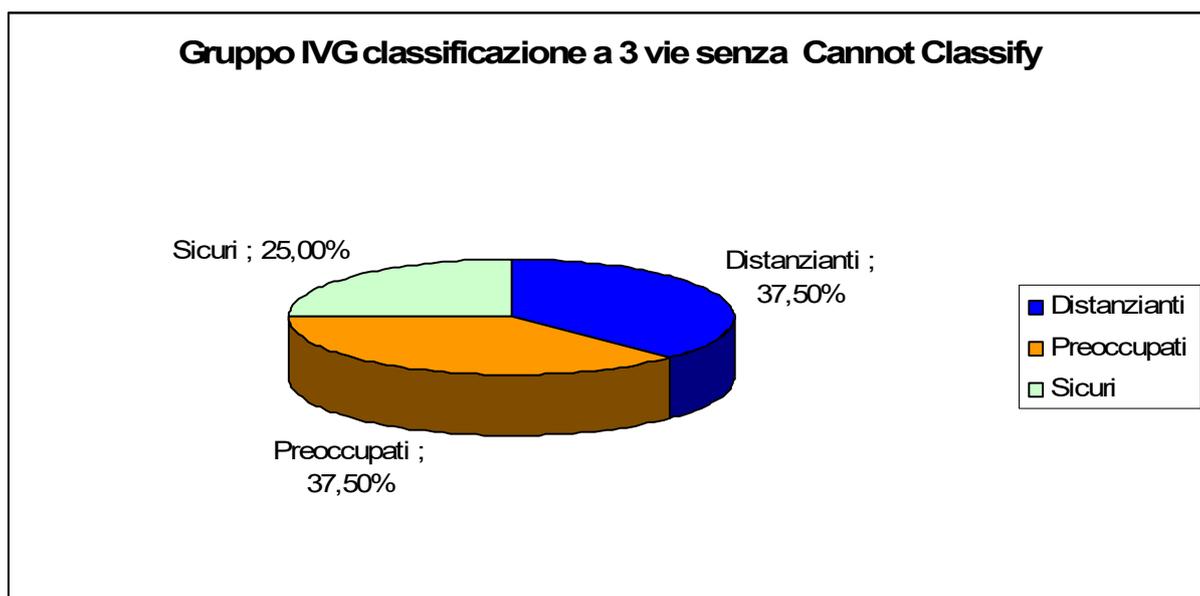


Figura 11

I due grafici di Figura 10 e Figura 11 mostrano le percentuali delle varie classificazioni all'interno del gruppo IVG.

Il primo grafico presenta il 12,5% di soggetti classificati come Cannot Classify. Questa categoria viene assegnata quando un soggetto presenta, contemporaneamente o in successione, caratteristiche di stati della mente rispetto all'attaccamento incompatibili tra loro (come idealizzazione e rabbia) o quando si riscontra l'assenza di qualsiasi tipo di organizzazione.

Nel caso dei soggetti definiti "Cannot Classify" il siglatore cerca sempre di indicare un ordine con cui le varie sub-categorie risultano, anche se in parte, dominanti, assegnando dunque una classificazione forzata per poter procedere all'analisi dei dati.

Nella presente ricerca i due soggetti "Cannot Classify" sono risultati come seconda classificazione "Preoccupati" e così sono stati inseriti nel secondo grafico e nell'analisi dei dati.

Nel gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico i soggetti sicuri corrispondono al 70,6% contro il 29,4% dei soggetti distanzianti;

Nel gruppo IVG i soggetti sicuri corrispondono al 25% contro il 37,5% dei soggetti distanzianti e il 37,5% dei soggetti preoccupati (25% dei Preoccupati "puri" + il 12,5% dei Preoccupati "forzati" dalla categoria Cannot Classify).

Il test del χ^2 con N= 33, gradi di libertà 2 è: $\chi^2 = 10,070$, $p < .01$

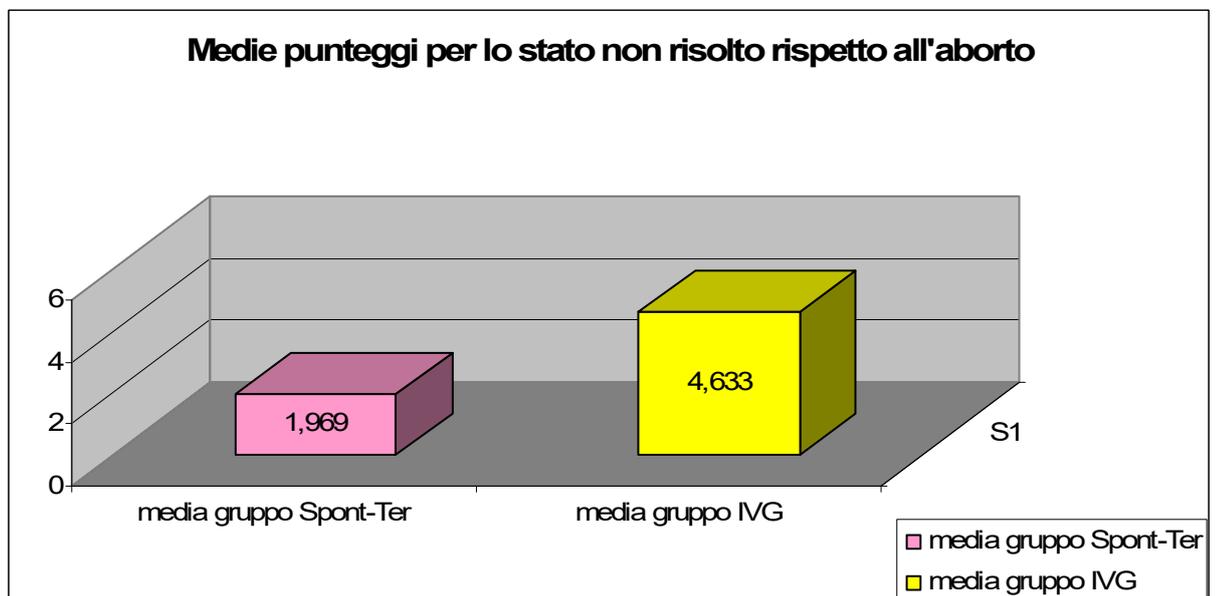
I due gruppi differiscono, dunque, significativamente sia per la classificazione a 2 vie che per la classificazione a 3 vie.

	ab spont-ter N =17	IVG N= 16	χ^2	p
Soggetti Sicuri	70,6%	25%	10,070	< .01
Soggetti Distanzianti	29,4%	37,5%		
Soggetti Preoccupati	----	37,5%		

3. Se ci siano differenze tra i gruppi e quale tipo di aborto comporti punteggi più elevati nella scala che valuta lo stato non risolto-disorganizzato.

Le analisi effettuate con la T di Student, sul campione decurtato dei due soggetti con aborto recente evidenziano una differenza significativa tra i due gruppi. Il gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico differisce significativamente dal gruppo IVG dove i punteggi sono significativamente più elevati.

Figura 12



Come si può osservare nella Figura 12, i gruppi presentano una differenza significativa rispetto ai punteggi per lo stato non risolto rispetto all'aborto:

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 16, media 1,969, Dev Standard 1,443

Gruppo IVG: N 15, media 4,633; Dev Standard 2,108

$t = -4,130$; gradi di libertà 29; $p < .001$

	ab spont-ter N =16	IVG N= 16	t	p
Punteggi medi stato non risolto	1,969	4,633	-4,130	< .001
DS	1,443	2,108		

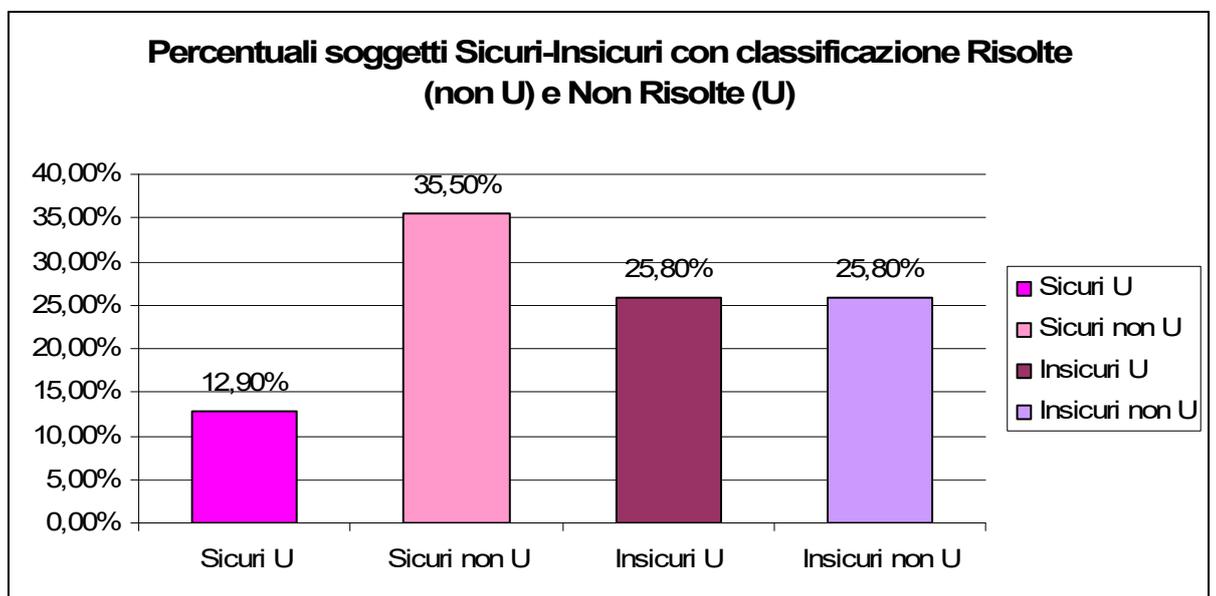
4. Se eventuali differenze nella risposta all'aborto possano essere dovute alla peculiarità della perdita o all'effetto della classificazione a tre vie. Alcuni studi hanno evidenziato un effetto protettivo dello stato della mente sicuro rispetto all'impatto dei traumi. Lo studio di Hughes et al (2001) ha evidenziato, però, una mancanza di associazione tra stato non risolto e classificazione a 2 e 3 vie.

Le analisi dei dati effettuate rispetto alle ipotesi 2 e 3 hanno evidenziato che i due gruppi differiscono sia per composizione rispetto alle classificazioni a 2 e 3 vie, sia rispetto alla risposta all'aborto. È, dunque, necessario stabilire se questa esperienza abbia esiti diversi in donne sicure o insicure o se sia il tipo di perdita a determinare le differenze tra i gruppi rispetto allo stato non risolto.

Attraverso l'analisi del χ^2 emerge che le differenze nella risposta all'aborto non sono associate alla classificazione né a 2, né a 3 vie.

Mentre emerge che è il tipo di aborto a distinguere i soggetti risolti dai non risolti.

Figura 13

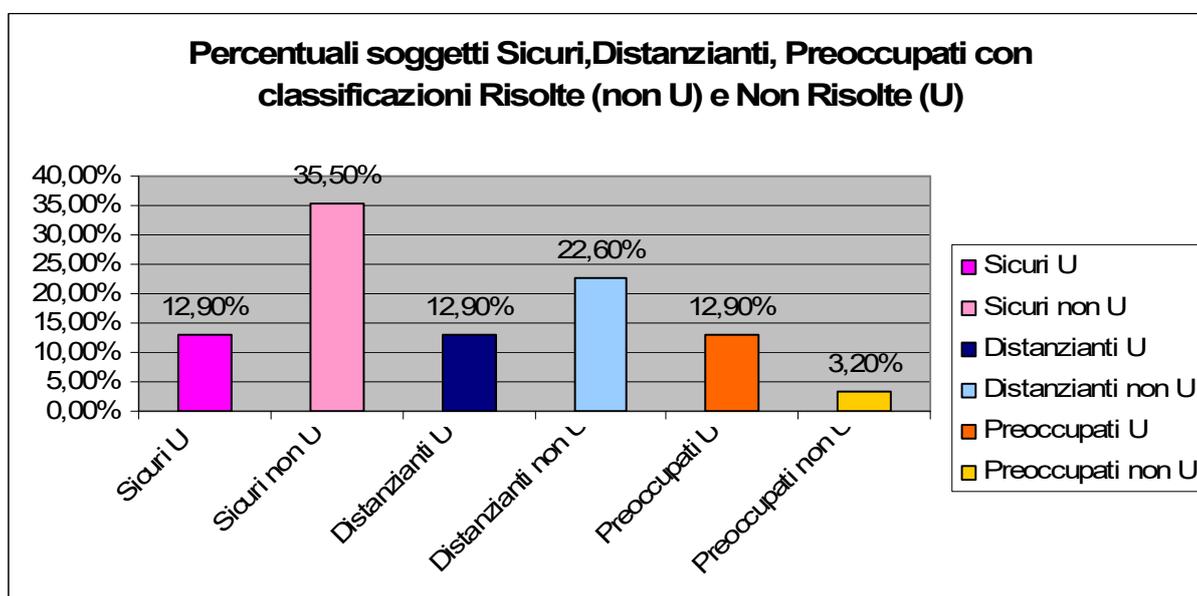


La figura 13 mostra le percentuali di soggetti Sicuri con classificazioni Risolte-Non Risolte, e le percentuali di soggetti Insicuri con classificazioni Risolte-Non Risolte.

Attraverso il test del χ^2 con $N=31$, gradi di libertà 1; $\chi^2 = 1,777$, $p = .18$ (non significativo) emerge che non ci sono differenze significative tra soggetti classificati come sicuri e soggetti classificati insicuri (2 vie) nella risposta all'aborto.

	U	Non U	p
Soggetti Sicuri	12,9%	35,5%	=.18 (ns)
Soggetti Insicuri	25,8%	25,8%	

Figura 14



La figura 14 mostra le percentuali di soggetti Sicuri, Distanzianti e Preoccupati con classificazioni Risolte-Non Risolte.

Attraverso il test del chi quadro con $N=31$, gradi di libertà 2; $\chi^2 = 4,535$, $p = .104$ (non significativo) emerge che non ci sono differenze significative tra soggetti classificati come sicuri, distanzianti e preoccupati (3 vie) nella risposta all'aborto.

Dunque le differenze tra i due gruppi: Aborto Spontaneo-Terapeutico e IVG rispetto allo Stato mentale Non risolto non sembrano attribuibili alle differenze nelle classificazioni a 2 e 3 vie tra i gruppi.

	U	Non U	χ^2	p
Soggetti Sicuri	12,9%	35,5%	4,535	=.104(ns)
Soggetti Distanzianti	12,9 %	22,6%		
Soggetti Preoccupati	12,9%	3,2%		

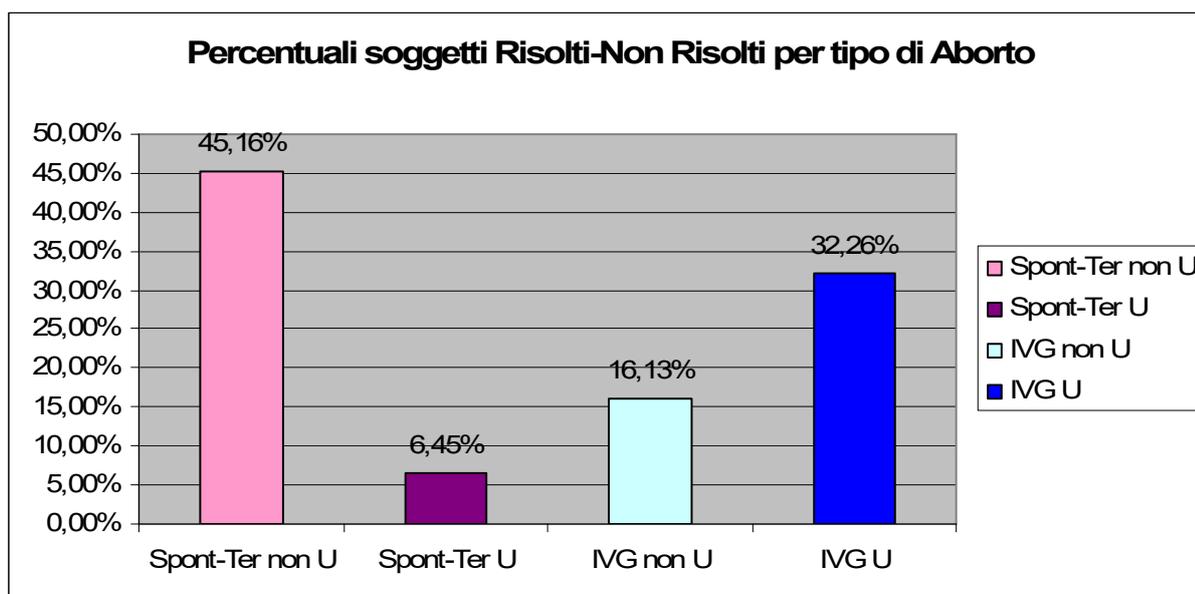


Figura15

La Figura 15 evidenzia le percentuali di soggetti classificati come Risolti-Non Risolti secondo il tipo di aborto.

Attraverso il test del χ^2 con $N= 31$, gradi di libertà 1; $\chi^2 = 9,574$, $p < .01$ emerge che ci sono differenze significative tra soggetti classificati Risolti-Non Risolti nei due gruppi. Sembra dunque essere il tipo di aborto e non le diverse classificazioni a 2-3 vie a determinare la differenza nelle classificazioni Risolte-Non Risolte nei due gruppi. E, precisamente, il gruppo IVG presenta infatti un numero significativamente maggiore di classificazioni non risolte rispetto al gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico.

	U	Non U	χ^2	p
Ab Spont-Ter	6,45%	45,16%	9,574	< .01
IVG	32,26%	16,13%		

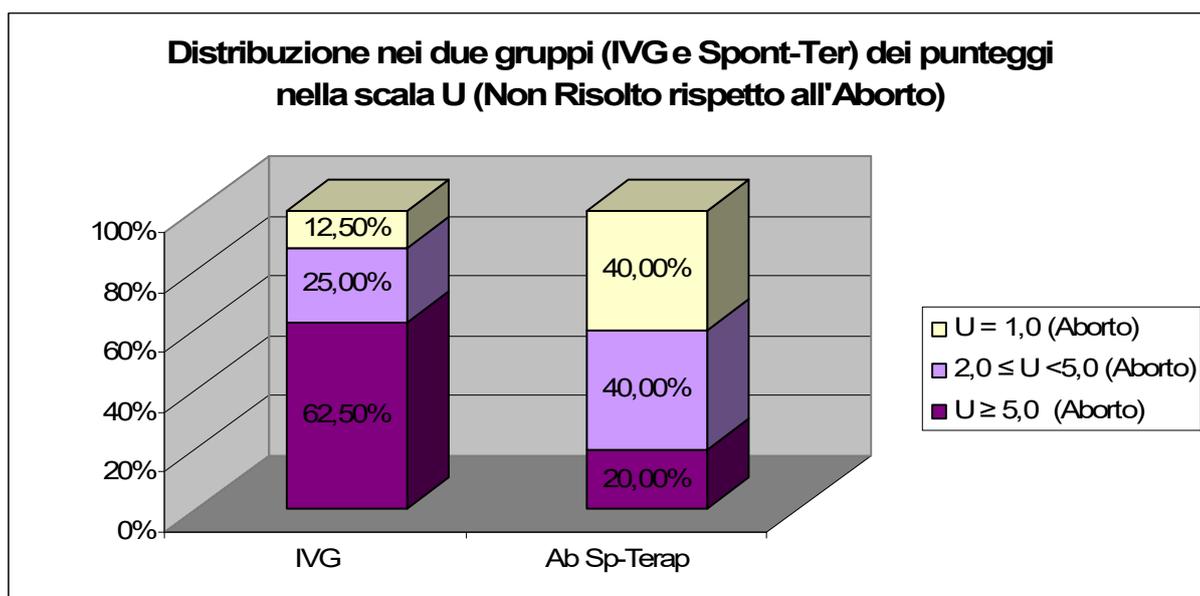


Figura16

La figura 16 mostra la distribuzione nei due gruppi dei punteggi nella scala di non risoluzione del lutto.

Abbiamo dunque una rappresentazione grafica della distribuzione a livello categoriale e dimensionale: i soggetti con punteggi inferiori a 5 sono classificati come risolti, mentre con punteggi a partire da 5 sono considerati non risolti.

Tuttavia, anche i soggetti che vengono classificati risolti, presentano a volte, indicatori di stato non risolto della mente e anche se non raggiungono il punteggio soglia possiamo supporre presentino un certo grado di disorientamento-disorganizzazione rispetto alla perdita.

In particolare, solo il 12,5 % de soggetti con IVG non presentava alcun indice, laddove questo dato si attesta al 40% dei soggetti con aborto spontaneo-terapeutico.

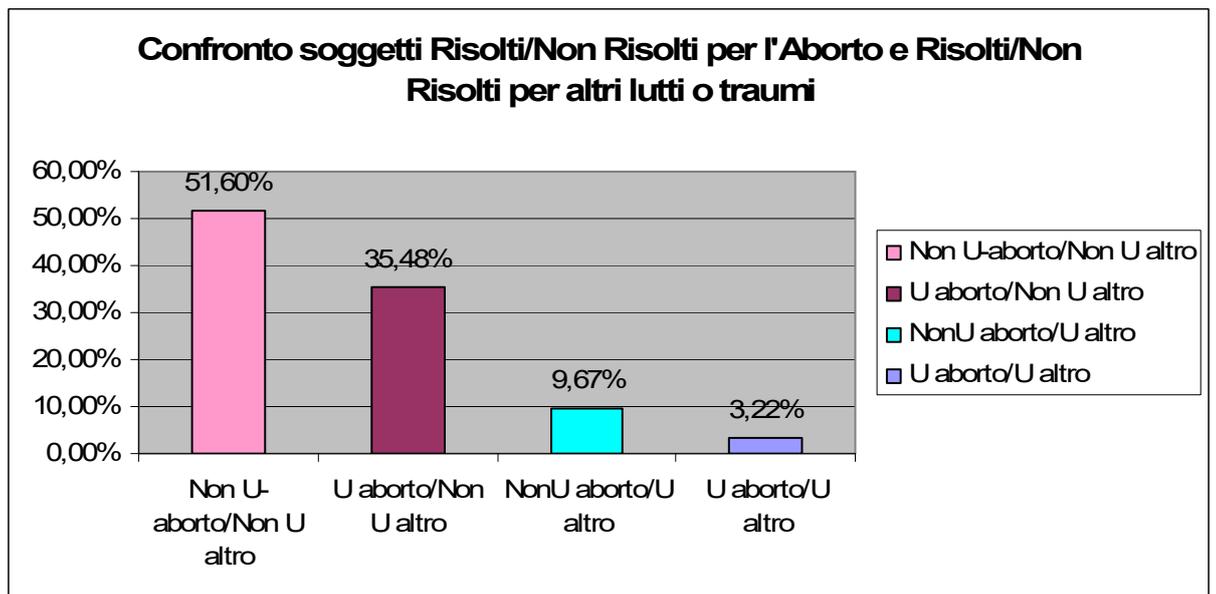
5. Se eventuali differenze tra i gruppi possano essere dovute a precedenti lutti e/o traumi.

Dall'analisi del χ^2 emerge che non c'è associazione tra l'essere Non Risolti per altri lutti o traumi e Non Risolti per l'aborto. Un solo soggetto in tutto il campione è infatti Non Risolto rispetto ad entrambe le esperienze.

Attraverso il test del χ^2 con $N=31$, gradi di libertà 1;

$\chi^2 = .364$, $p = .54$ (non significativo)

Figura 17

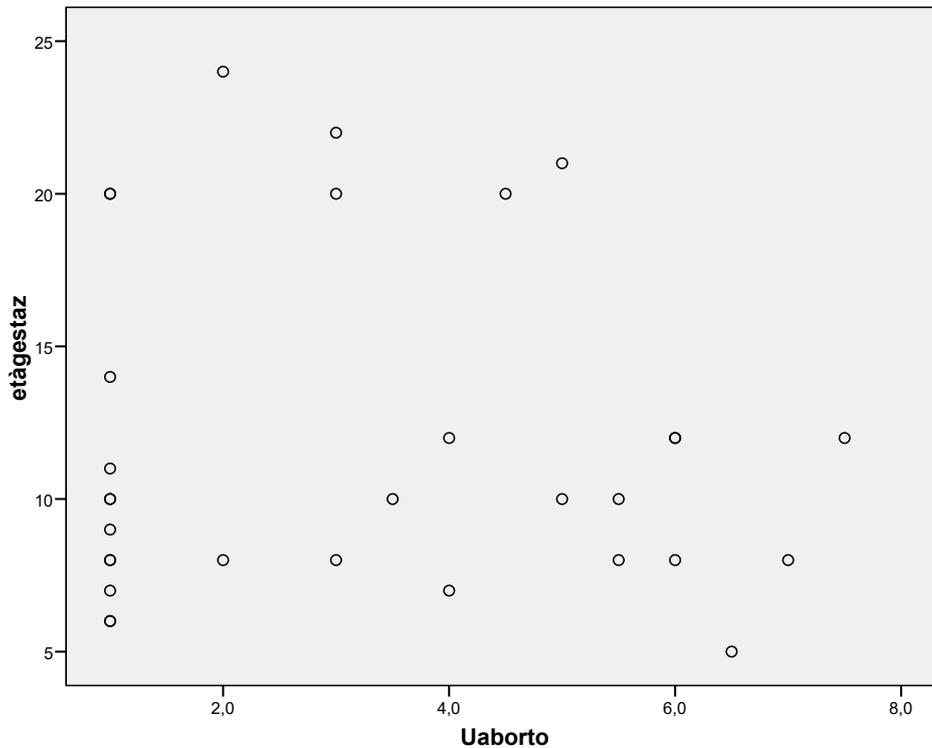


La Figura 17 mostra la distribuzione dei soggetti nel campione ($N=31$) rispetto allo stato della mente Risolto/Non Risolto rispetto all'aborto o altri lutti o traumi.

	U aborto	Non U aborto	χ^2	p
U Altro	3,22%	9,67%	.364	=. 54 (ns)
Non U altro	35,48%	51,60%		

6. Se lo stato non risolto disorganizzato è correlato all'età gestazionale al momento della perdita.

Figura 18



Come si può osservare dal diagramma di dispersione della Figura 18 (sul campione di 31 soggetti) che mostra la correlazione tra età gestazionale e punteggi nella scala U rispetto all'aborto, non esiste alcuna relazione tra le due variabili.

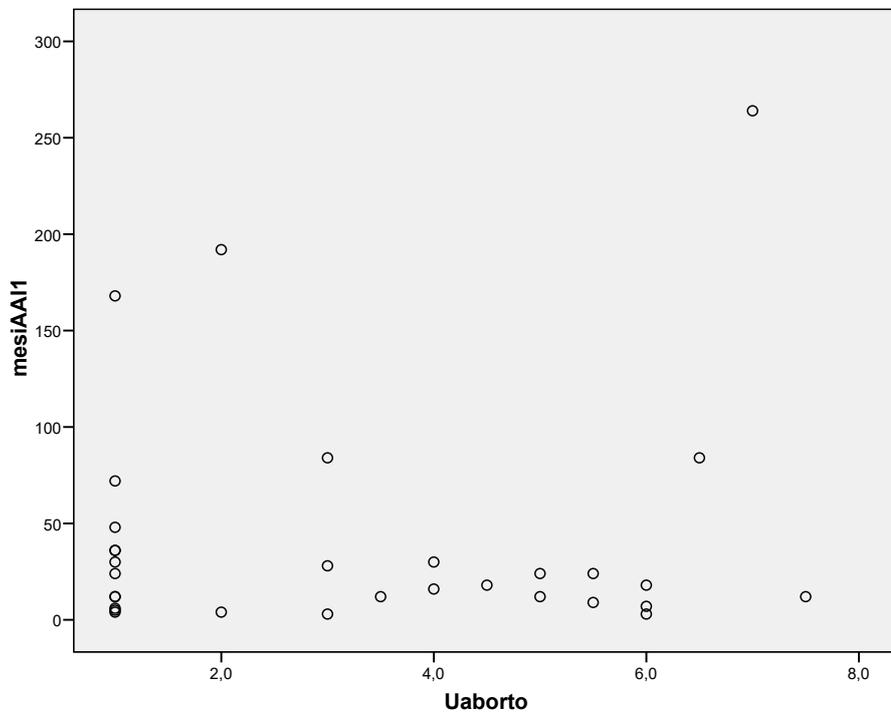
L'analisi dei dati evidenzia $r = -.066$; $p = .726$ (non significativo).

Un'analisi dei dati all'interno di ogni gruppo ha evidenziato che nel gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico $N = 16$; $r = .453$; $p = .078$, dunque una tendenza ad una relazione positiva tra le variabili, ma che non risulta significativa.

Per quanto riguarda il gruppo IVG l'analisi dei dati evidenzia l'assenza di alcun tipo di relazione: $N = 15$; $r = .060$; $p = .83$

7. Se lo stato non risolto –disorganizzato è correlato al tempo intercorso tra la perdita e la somministrazione dell’AAI.

Figura 19



Lo stato non risolto è indipendente dal tempo trascorso tra l’evento aborto e il momento in cui si è verificata l’intervista.

Come si può osservare dal diagramma di dispersione della Figura 19 (sul campione di 31 soggetti) che mostra la correlazione tra i mesi trascorsi dall’evento al momento della somministrazione dell’AAI e punteggi nella scala U rispetto all’aborto, non esiste alcuna relazione tra le due variabili.

L’analisi dei dati evidenzia $r = -.070$; $p = .707$ (non significativo).

Dunque il tempo non sembra aver un effetto di attutimento sullo Stato Non Risolto della Mente rispetto all’Aborto.

8. Se le donne che hanno vissuto questo tipo di perdita siano a rischio di ansia o depressione e se esistano differenze tra i gruppi.

La presentazione dei risultati seguirà l'ordine di presentazione dei test ai soggetti della ricerca:

1. STAI Y-1 (Ansia di Stato)
2. STAI Y-2 (Ansia di Tratto)
3. CES-D (Depressione)
4. PGS (Perinatal Grief Scale)

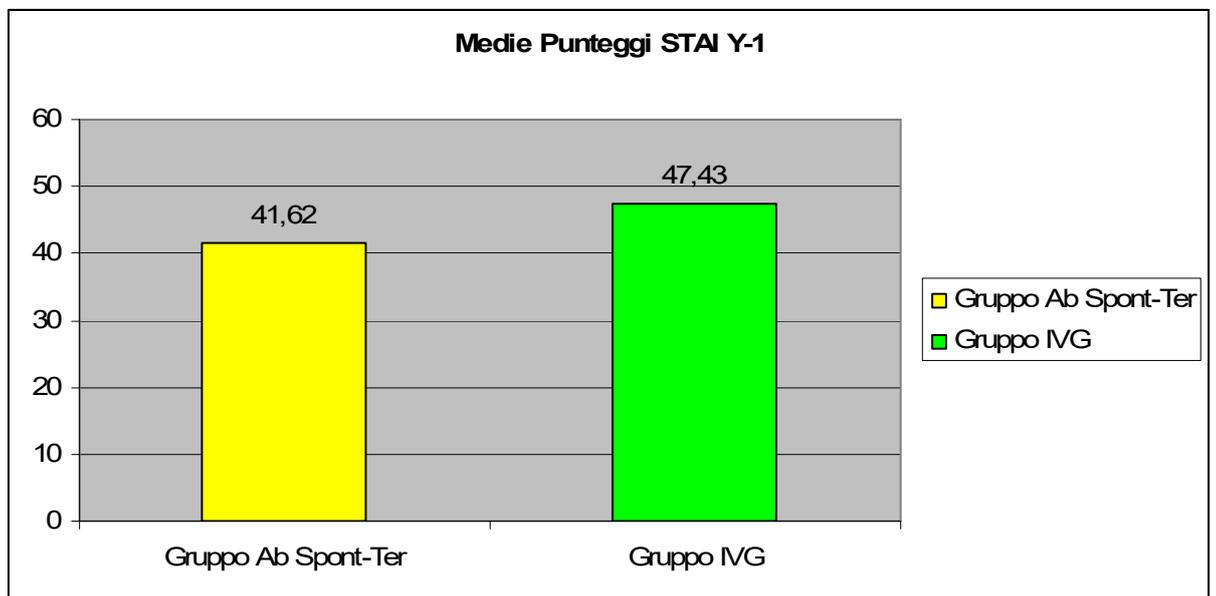


Figura 20

1. STAI Y-1

L'analisi dei dati effettuata con la t di Student ha evidenziato, come si può osservare nella Figura 20 per

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 13, media 41,62, Dev Standard 13,811

Gruppo IVG: N 14, media 47,43, Dev Standard 11,298

gradi di libertà 25; $t = -1,201$; $p = .241$ (non significativo)

che non ci sono differenze significative tra i due gruppi rispetto all'ansia di stato.

È però importante notare che i punteggi medi per la popolazione femminile italiana equivalgono a $33,51 \pm 8,61$ e quindi osservando i punteggi medi dei due gruppi si osserva come il gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico rimanga all'interno di una deviazione standard, mentre il gruppo IVG ha punteggi più elevati.

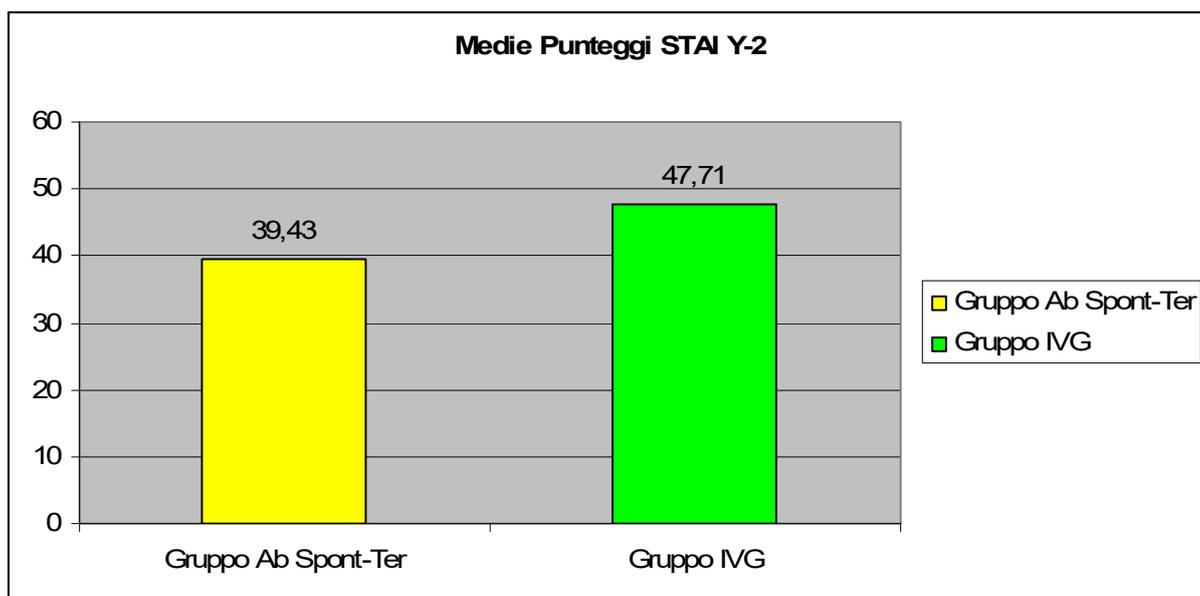


Figura 21

2. STAI Y-2

L'analisi dei dati effettuata con la t di Student ha evidenziato, come si può osservare nella Figura 21 per

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 13, media 39,43 Dev Standard 8,202

Gruppo IVG: N 14, media 47,71, Dev Standard 13,070

gradi di libertà 25; $t = -1,947$; $p = .063$ (non significativo, ma ai limiti della significatività)

che non ci sono differenze significative tra i due gruppi rispetto all'ansia di tratto.

Anche in questo caso è importante osservare che i punteggi medi per la popolazione femminile equivalgono a $36,85 \pm 8,89$ e quindi osservando i punteggi medi dei due gruppi si osserva come il gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico rimanga all'interno di una deviazione standard, mentre il gruppo IVG ha punteggi più elevati, anche se ai limiti di una deviazione standard.

	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	t	p
Medie STAI Y-1	41,62	47,43	-1,201	=.241 (ns)
Dev. Standard	13,811	11,298		

	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	t	p
Medie STAI Y-1	39,43	47,71	-1,947	=.063 (ns)
Dev. Standard	8,202	13,070		

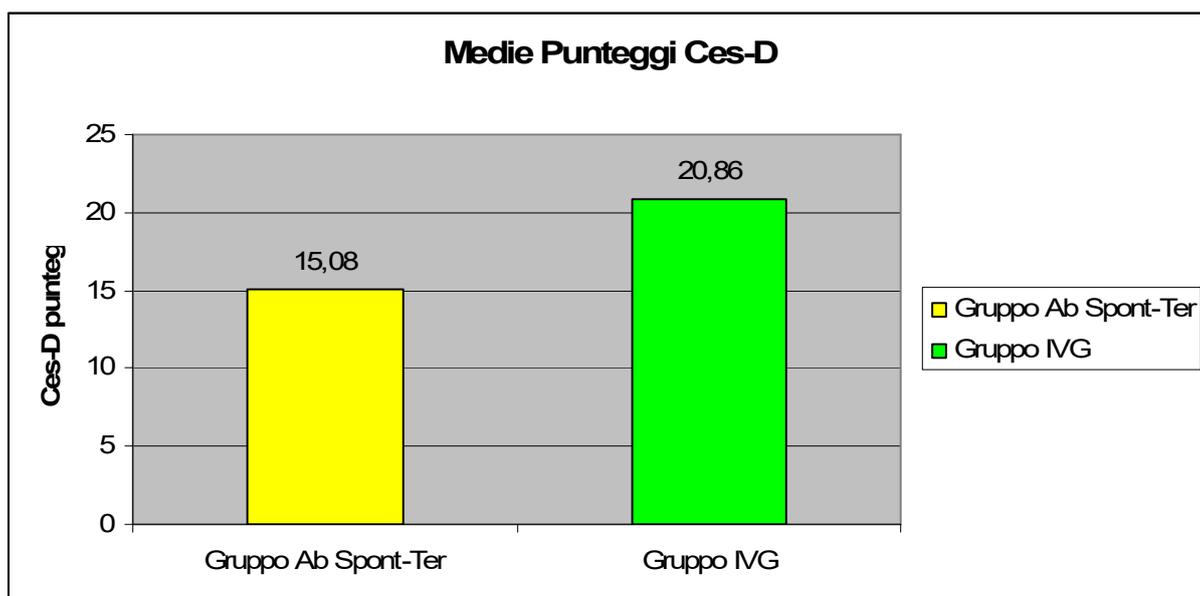


Figura 22

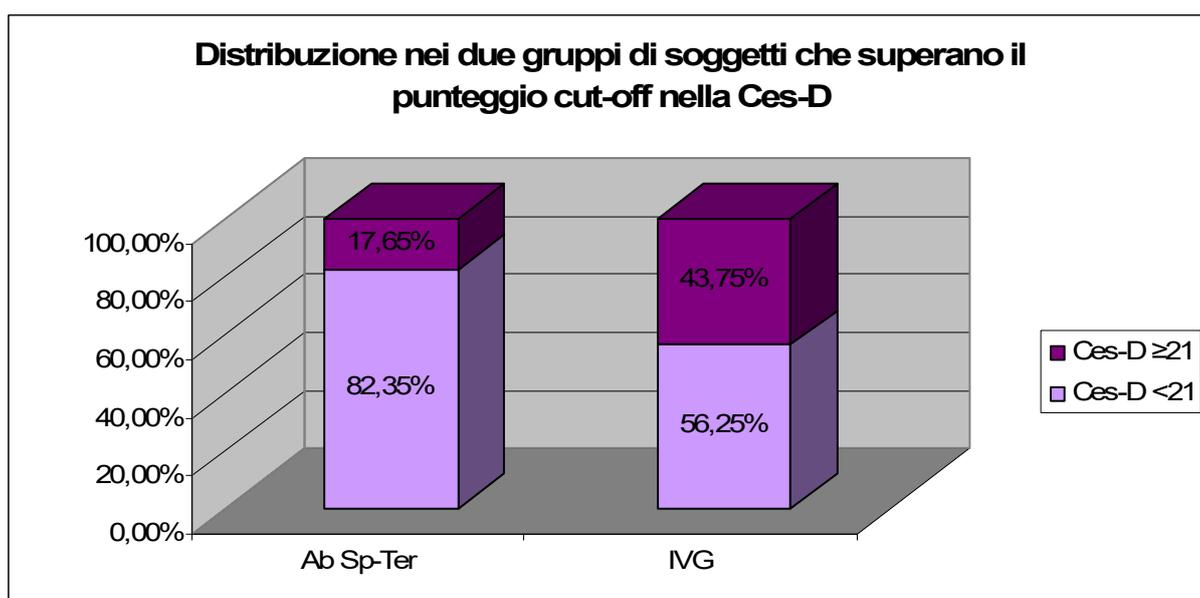


Figura 23

3. CES-D

L'analisi dei dati effettuata con la t di Student ha evidenziato, come si può osservare nella Figura 22 per

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 13, media 15,06; Dev Standard 9,596

Gruppo IVG: N 14, media 20,86; Dev Standard 13,615

gradi di libertà 25; $t = -1,266$; $p = .217$ (non significativo)

che non ci sono differenze significative tra i due gruppi rispetto ai punteggi nella scala CES-D.

Come già osservato nella presentazione degli strumenti la CES-D presenta un punteggio cut-off che corrisponde a ≥ 21 , che è indice della presenza di gravi sintomi depressivi.

La Figura 23 mostra la distribuzione nei due gruppi dei soggetti che superano il punteggio cut-off della CES-D.

Come si può osservare, il 43,75% dei soggetti del gruppo IVG presenta punteggi al di sopra del cut-off nella CES-D, contro il 17,65 dei soggetti del gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico.

Suddividendo i soggetti in base al superamento del punteggio cut-off e analizzando i dati attraverso il χ^2

con gradi di libertà 1; $\chi^2 = 2,095$; $p = .148$

non si sono comunque evidenziate differenze significative tra i gruppi.

Il fatto che non si evidenzino differenze significative non deve far sottovalutare i dati. Si tratta infatti di soggetti che hanno tutti subito una perdita e in entrambi i gruppi è presente un elevato numero di casi con punteggi al di sopra del cut-off e dunque con gravi sintomi depressivi.

	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	t	p
Medie CES-D	15,06	20,86	-1,266	=.217 (ns)
Dev. Standard	9,596	13,615		

	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	χ^2	p
CES-D ≥ 21	17,65%	43,75%	2,095	=.148 (ns)
CES-D < 21	82,35%	56,25%		

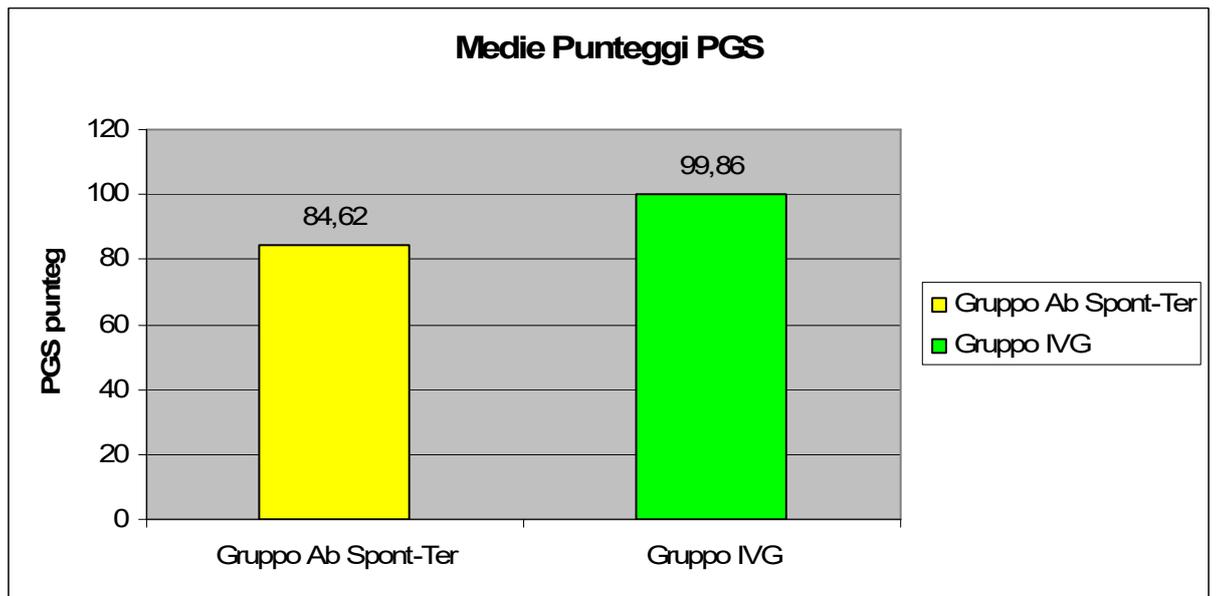


Figura 24

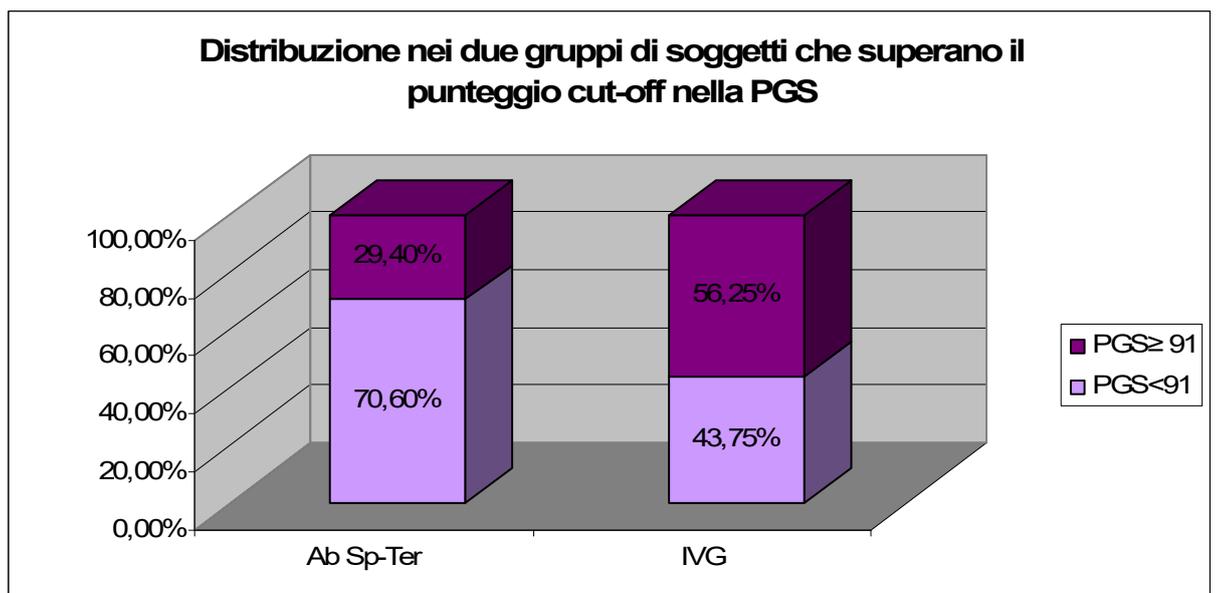


Figura 25

3. PGS

L'analisi dei dati effettuata con la t di Student ha evidenziato, come si può osservare nella Figura 24 per

Gruppo Spontaneo Terapeutico: N 13, media 84,62; Dev Standard 23,322

Gruppo IVG: N 14, media 99,86; Dev Standard 25,188

gradi di libertà 25; $t = -1,628$; $p = .116$ (non significativo)

che non ci sono differenze significative tra i due gruppi rispetto ai punteggi nella scala PGS.

Come già osservato nella presentazione degli strumenti la PGS presenta un punteggio cut-off che corrisponde a ≥ 91 , che è indice di risposte luttuose a lungo termine (lutto cronico). È sempre bene ricordare che questo punteggio si rifà a valori normativi non italiani, in quanto la scala è stata tradotta ai fini di uno studio esplorativo per la presente ricerca, per cui i valori sono puramente indicativi.

La Figura 25 mostra la distribuzione nei due gruppi dei soggetti che superano il punteggio cut-off della PGS.

Come si può osservare il 56,25% dei soggetti del gruppo IVG presenta punteggi al di sopra del cut-off nella PGS, contro il 29,40 dei soggetti del gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico.

Suddividendo i soggetti in base al superamento del punteggio cut-off e analizzando i dati attraverso il χ^2

con gradi di libertà 1; $\chi^2 = .887$; $p = .346$

non si sono evidenziate differenze significative.

Come nel caso della CES-D il fatto che non si evidenzino differenze significative non deve far sottovalutare i dati. Si tratta infatti di soggetti che hanno tutti subito una perdita e in entrambi i gruppi è presente un elevato numero di casi con punteggi al di sopra del cut-off e dunque di risposte luttuose a lungo termine (lutto cronico).

	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	t	p
Medie PGS	84,62	99,86	-1,628	=.116 (ns)
Dev. Standard	23,322	25,188		

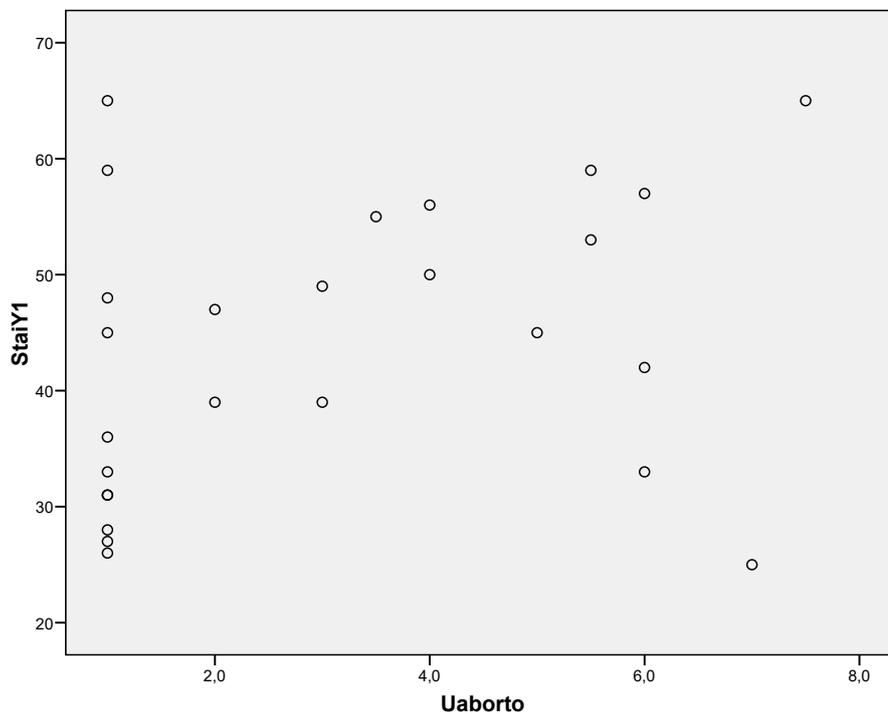
	ab spont-ter N =13	IVG N= 14	χ^2	p
PGS ≥ 91	29,4%	56,25%	2,095	=.148 (ns)
PGS < 91	70,6%	43,75%		

9. Se lo stato non risolto – disorganizzato è correlato con ansia, depressione o con la scala che misura la risposta alla perdita perinatale.

1. STAI Y-1

La Figura 26 mostra il diagramma di dispersione che evidenzia la correlazione tra le variabili Ansia di Stato e Punteggi nella Scala di Non Risoluzione del lutto rispetto all'Aborto (U).

Figura 26

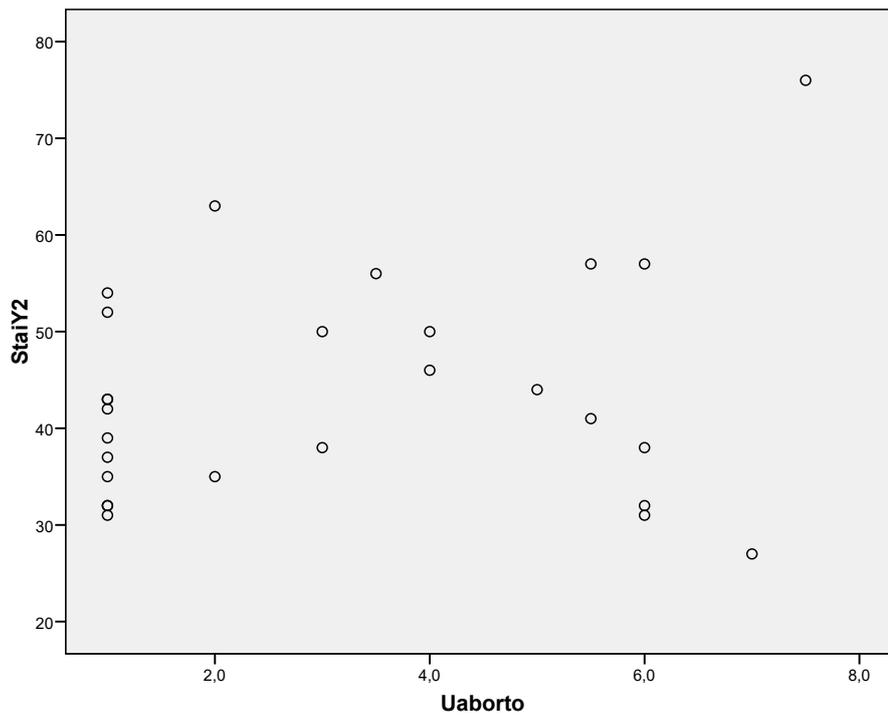


Anche se si può osservare una debolissima tendenza ad una relazione positiva ($r = .308$): al crescere dello Stato Non Risolto, aumentano i punteggi dell'ansia di stato, l'analisi dei dati evidenzia per $N = 26$; $p = .126$ (non significativo).

2. STAI Y-2

La Figura 27 mostra il diagramma di dispersione che evidenzia la correlazione tra le variabili Ansia di Tratto e Punteggi nella Scala di Non Risoluzione del lutto rispetto all'Aborto (U).

Figura 27



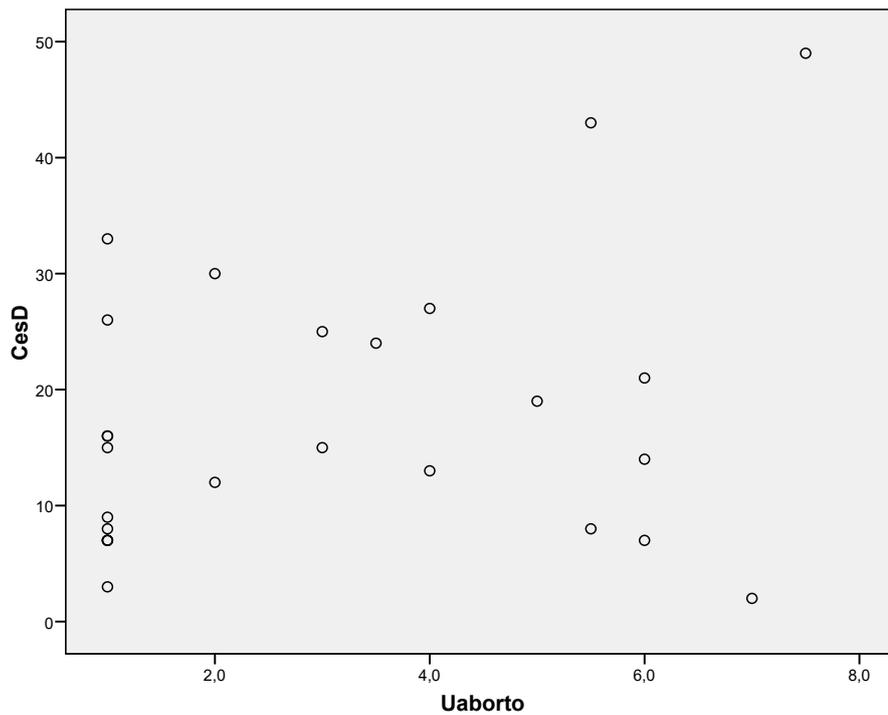
In questo caso si può osservare una debolissima tendenza ad una relazione positiva ($r = .272$), vicina all'assenza di qualsiasi relazione.

L'analisi dei dati evidenzia per $N = 26$; $p = .178$ (non significativo).

3. CES-D

La Figura 28 mostra il diagramma di dispersione che evidenzia la correlazione tra le variabili CES-D e Punteggi nella Scala di Non Risoluzione del lutto rispetto all'Aborto (U).

Figura 28



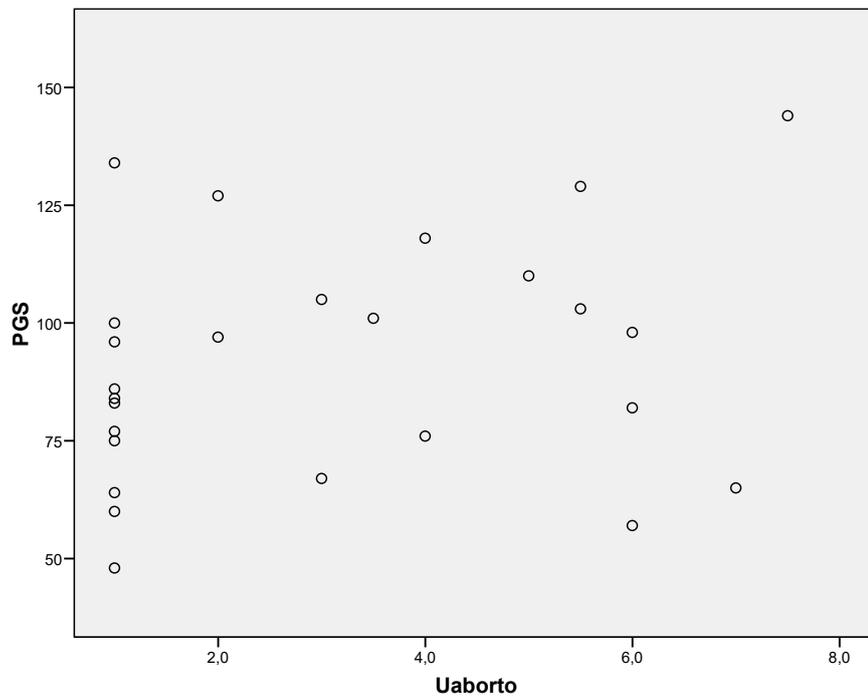
In questo caso si può osservare una debolissima tendenza ad una relazione positiva ($r = .273$), vicina all'assenza di qualsiasi relazione.

L'analisi dei dati evidenzia per $N = 26$; $p = .177$ (non significativo).

4. PGS

La Figura 29 mostra il diagramma di dispersione che evidenzia la correlazione tra le variabili PGS e Punteggi nella Scala di Non Risoluzione del lutto rispetto all'Aborto (U).

Figura 29



In questo caso si può osservare una debolissima tendenza ad una relazione positiva ($r = .245$), vicina all'assenza di qualsiasi relazione.

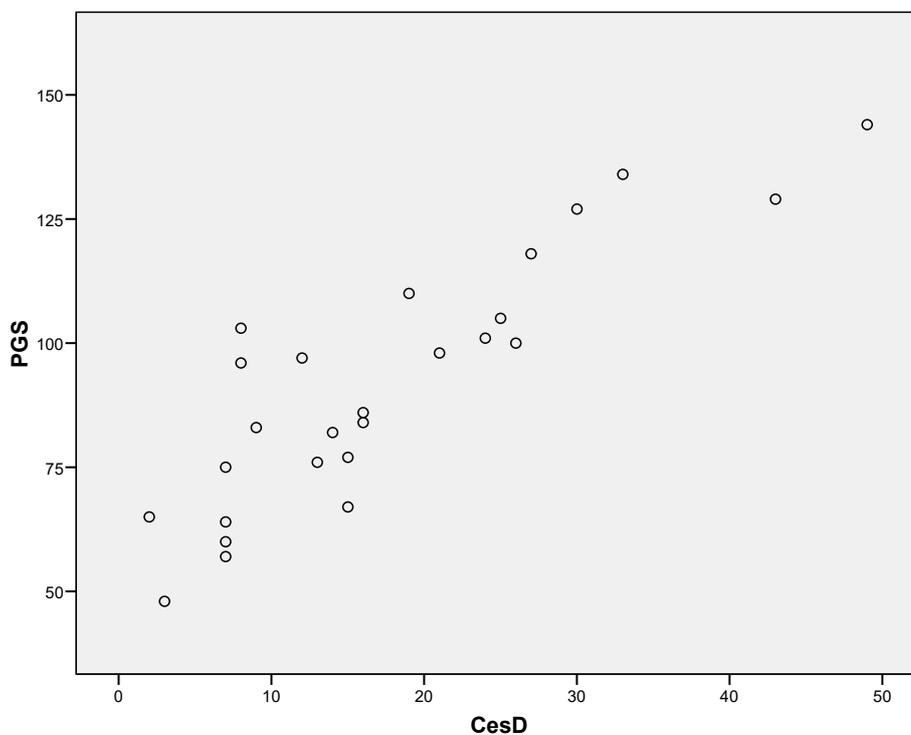
L'analisi dei dati evidenzia per $N = 26$; $p = .227$ (non significativo).

10. Effettuare un'indagine sulla scala PGS, tradotta in occasione del presente studio a scopo esplorativo.

L'indagine precedente ha evidenziato un'assenza di correlazione tra i punteggi della scala PGS e i punteggi della Scala di Non Risoluzione del Lutto rispetto all'Aborto.

Sono state dunque condotte ulteriori analisi per individuare eventuali correlazioni tra il nuovo strumento della PGS e gli altri strumenti utilizzati nella ricerca.

Figura 30

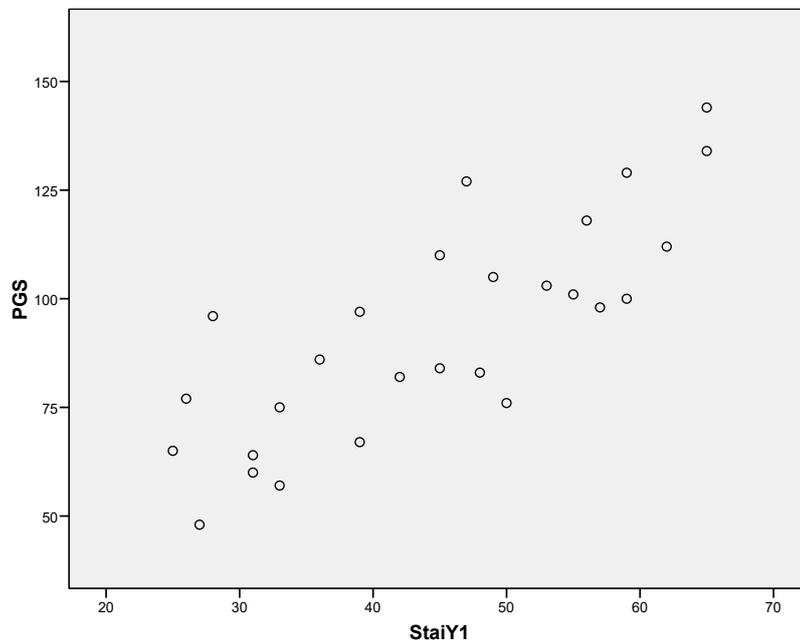


1. PGS e CES-D.

Come si può osservare nella figura 30, il diagramma di dispersione mostra un'elevata correlazione tra le due misure.

L'analisi dei dati evidenzia per $N=27$; $r = .875$; $p < .01$

Figura 31



2. PGS e STAI Y-1

Come si può osservare nella figura 31, il diagramma di dispersione mostra un'elevata correlazione tra le due misure.

L'analisi dei dati evidenzia per $N=27$; $r = .802$; $p < .01$

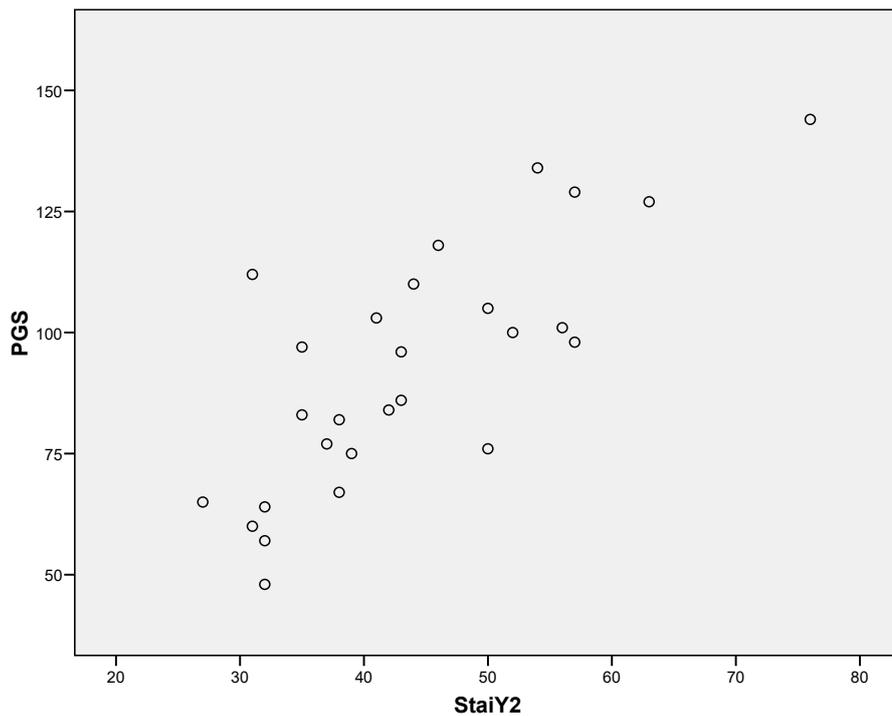


Figura 32

3. PGS e STAI Y-2

Come si può osservare nella figura 32, il diagramma di dispersione mostra un'elevata correlazione tra le due misure.

L'analisi dei dati evidenzia per $N=27$; $r = .773$; $p < .01$

DISCUSSIONE

Questa è la prima ricerca che ha indagato l'effetto delle diverse perdite in gravidanza sullo stato mentale delle donne all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento.

Gli studi fatti finora hanno preso in considerazione solo donne con aborti spontanei, evidenziando la possibilità che questa perdita possa condurre ad uno stato Non risolto della Mente.

Questa ricerca è nata dalla necessità di approfondire il collegamento fra la moderna teoria dell'evoluzione e la teoria dell'attaccamento. Secondo questa prospettiva è importante non perdere di vista gli obiettivi evolutivi di ciascun individuo.

La teoria dell'attaccamento si è soffermata su alcuni aspetti specifici, "dal punto di vista del bambino" e sulla sua necessità di ricevere protezione e cura, dando una minor attenzione alla prospettiva dell'adulto e dei suoi obiettivi.

La moderna teoria dell'evoluzione pone una maggiore enfasi su questi aspetti, sottolineando l'importanza dell'obiettivo centrale degli individui: l'aumento del successo riproduttivo.

In questa prospettiva l'interruzione della gravidanza viene vista sotto una luce diversa: non come una perdita "minore" ma come la perdita dell'obiettivo finale. Risulta, dunque, di centrale importanza l'indagine dei correlati e degli esiti di tale perdita.

Un'idea proviene dalla concettualizzazione del sistema comportamentale dell'accudimento (Solomon e George 1996; George e Solomon 1999), e del suo sviluppo nel corso del ciclo di vita. Secondo questa proposta il sistema comportamentale dell'accudimento è complementare ma non necessariamente coincidente col sistema comportamentale dell'attaccamento dei bambini, per cui i due interessi potrebbero divergere.

Queste autrici hanno descritto il sistema comportamentale dell'accudimento "fuori servizio" per descrivere i casi di rinuncia alla cura, sia a livello psicologico che fisico.

La rinuncia alla cura sembra descrivere quanto accade nell'interruzione volontaria di gravidanza, una situazione che è inquadrabile rispetto alla moderna teoria dell'evoluzione, ma che risulta al tempo stesso estrema e "contro natura".

La ricerca si è dunque posta l'obiettivo di studiare i tre diversi tipi di perdite in gravidanza.

Innanzitutto, non essendo mai stati indagati, all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento gli aborti volontari e gli aborti terapeutici, era necessario stabilire se anche questi tipi di perdita potessero condurre ad uno stato non risolto –disorganizzato della mente.

Ebbene, i risultati hanno evidenziato che quasi il 39% dei soggetti di tutto il campione risultava non risolto rispetto a questa perdita.

I soggetti del campione sono stati suddivisi in due gruppi in base alla volontà o meno di portare avanti la gravidanza. Questa suddivisione è stata fatta per indagare se è possibile stabilire una connessione tra rappresentazione mentale rispetto all'attaccamento, sistema comportamentale dell'accudimento e i diversi esiti rispetto alla disponibilità alla cura e all'investimento parentale.

Effettivamente il gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico, sovrapponibile alla popolazione normale rispetto alla classificazione a tre vie e in relazione alle caratteristiche della perdita (vista come un qualcosa di ineluttabile, sia nel caso dell'aborto spontaneo che in quello dell'aborto terapeutico in cui sono state interrotte delle gravidanze con feti che, nei soggetti esaminati, risultavano incompatibili con la vita), è risultato molto diverso dal gruppo IVG nel quale sono prevalse le classificazioni insicure.

Sembra dunque, in linea con gli studi di Solomon e George e con la moderna teoria dell'evoluzione, che determinate situazioni ambientali e lo stato della madre possano portare ad una rinuncia all'accudimento o a ciò che viene definito il sistema comportamentale dell'accudimento fuori servizio.

Il passo successivo è stato di indagare se i gruppi differissero anche rispetto alla risposta all'aborto.

Essendo il primo studio ad indagare gli effetti dell'aborto volontario non era possibile fare ipotesi in anticipo.

Infatti, gli studi sull'IVG, effettuati in ambiti diversi da quelli della teoria dell'attaccamento, hanno fornito esiti contrastanti rispetto a questa esperienza.

In particolare, un limite che è parso evidente, è stato l'eccessivo utilizzo di misure self-report, senza indagini più approfondite (vedi rassegna APA, Adler et al, 1992) che hanno descritto questa esperienza come solitamente priva di effetti a breve e lungo termine.

Al contrario, uno studio che ha messo a confronto due campioni con aborto spontaneo e volontario (Broen et al, 2004), ha evidenziato la persistenza nei soggetti con IVG di disturbi emotivi e di possibili esiti psicopatologici (DPTS).

I risultati della presente ricerca hanno evidenziato una differenza significativa tra i due gruppi e, in particolare, dei punteggi significativamente maggiori nella scala che valuta lo stato non risolto della mente nei soggetti con IVG.

Questo dato, alla luce delle differenze precedentemente riscontrate nella composizione dei due gruppi, rispetto alla rappresentazione mentale dell'attaccamento, potrebbe non aver significato, in quanto la differente risposta evidenziata potrebbe essere dovuta alla maggiore presenza di soggetti insicuri nel gruppo IVG rispetto al gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico, piuttosto che al tipo di perdita.

Infatti, diversi studi hanno riscontrato, nei soggetti classificati come sicuri-autonomi, un fattore protettivo rispetto ai contraccolpi di lutti e/o traumi, effetti che si sono riscontrati in particolare sulle seconde generazioni, e quindi protettivi sui figli dei genitori che avevano subito questi eventi (Schuengel et al., 1999; Hesse, 1999).

Ma, l'analisi dei dati, ha evidenziato che le differenze riscontrate sono dovute al tipo di aborto e non alle differenze tra i gruppi nelle classificazioni a due e tre vie.

Questo dato è in linea con Hughes et al (2004), che hanno evidenziato un'assenza di associazione tra classificazione a due e tre vie e stato della mente non risolto rispetto all'aborto.

Dunque, in questo caso, sembra che sia proprio l'evento IVG che conduca con più probabilità ad uno stato non risolto della mente.

Il risultato è molto interessante se lo si considera dal punto di vista del sistema comportamentale dell'accudimento.

Secondo questa prospettiva, le donne che hanno fatto l'IVG, hanno abdicato alla cura. Ma al tempo stesso se consideriamo lo sviluppo e l'evoluzione di questo sistema, possiamo vedere come il suo apice venga raggiunto nella gravidanza.

È possibile che queste donne, probabilmente non ancora pronte per intraprendere questo ruolo, abbiano effettuato questa scelta nel momento in cui qualcosa stava comunque cambiando, quando il processo di sviluppo del sistema si era già avviato e che questo pre-attaccamento o pre-accudimento, si fosse già in qualche modo formato, facendo poi patire la perdita.

Può essere interessante, a questo proposito, riferire come durante le interviste AAI un certo numero di donne con IVG abbia lamentato di aver compiuto un gesto "contro natura", intuendo in qualche modo quanto osservato dai teorici della moderna teoria dell'evoluzione nei loro studi.

Sono state compiute ulteriori indagini per identificare eventuali variabili intervenienti come la presenza di altri lutti o traumi capaci di sensibilizzare i soggetti. Infatti Hughes et al (2004) hanno evidenziato che lo stato della mente non risolto rispetto all'aborto spontaneo tardivo (successivo alle 18 settimane di gravidanza) veniva predetto da storie di precedenti traumi nell'infanzia.

Ma, nei soggetti della ricerca, non si è evidenziato questo effetto e infatti un solo soggetto è risultato non risolto per l'aborto e per altri lutti o traumi.

Sono state, inoltre, effettuate altre analisi per indagare se lo stato Non Risolto potesse essere correlato all'età gestazionale.

Confrontando gli studi presenti in letteratura (Bakermans et al , 1999; Hughes et al, 2004), si poteva ipotizzare una correlazione positiva tra età gestazionale e punteggi nella scala di non risoluzione del lutto. Infatti, i due studi, compiuti su donne rispettivamente con aborto

spontaneo precoce e tardivo hanno evidenziato una maggiore presenza di soggetti classificati come non risolti nel gruppo con aborto spontaneo tardivo. È però necessario precisare che nel secondo studio le interviste furono somministrate durante la gravidanza post aborto, mentre nel primo quando il bambino nato dalla successiva gravidanza aveva 12 mesi. Di conseguenza, il maggior numero di soggetti non risolti del secondo studio, potrebbe essere attribuito allo stato di gravidanza piuttosto che alla diversa età gestazionale al momento dell'aborto.

In effetti, nella presente ricerca non è risultata alcuna correlazione tra stato non risolto ed età gestazionale al momento della perdita.

Forse, in linea con quanto osservano Robinson et al (1999), l'elemento tempo non sembra avere un ruolo di primo piano rispetto all'attaccamento prenatale.

Un'altra analisi che è stata effettuata riguarda l'eventuale influenza del tempo intercorso tra l'aborto e l'intervista.

Diversi studi (nella più ampia letteratura psicologica) hanno evidenziato un effetto benefico del tempo rispetto agli esiti negativi dell'esperienza dell'aborto.

Al tempo stesso, ripensando allo studio di Broen et al (2004), emerge come l'effetto benefico sia andato più a giovamento delle donne con aborto spontaneo rispetto alle donne con IVG.

I risultati relativi alla presente ricerca evidenziano una totale assenza di relazione tra il tempo intercorso tra l'evento e l'intervista e i punteggi relativi allo stato non risolto della mente.

Gli studi presenti in letteratura hanno evidenziato come le donne che hanno vissuto l'esperienza dell'aborto siano a rischio di sviluppare sintomi e disturbi di depressione e d'ansia.

Nella presente ricerca il confronto tra i due gruppi non ha evidenziato differenze significative ma, in particolare per quanto riguarda la depressione (misurata attraverso la Ces-D) e la misura della sofferenza legata alla perdita perinatale, indicativa del lutto patologico (misurata attraverso la PGS), i punteggi sono risultati molto alti, con elevate percentuali di soggetti che superavano i punteggi cut off.

Precisamente i soggetti del gruppo IVG presentavano punteggi al di sopra del cut-off nel 43,75% dei casi per la CES-D e nel 56,25% dei casi per la PGS, mentre nel gruppo Aborto Spontaneo-Terapeutico, seppur in minor misura, diversi soggetti presentavano punteggi al di sopra del cut-off nel 17,65% dei casi per la CES-D e nel 29,40% dei casi per la PGS.

Per quanto riguarda l'ansia i risultati sono stati meno eclatanti. Anche in questo caso non si sono evidenziate differenze significative tra i gruppi, e i punteggi si sono discostati in modo evidente dai campioni normativi solo per quanto riguarda l'ansia di stato nei soggetti del gruppo IVG.

Dunque, nella presente ricerca si è evidenziato come i soggetti con aborto, e in particolare i soggetti con IVG siano a rischio di depressione, lutto patologico e ansia di stato.

Il passaggio successivo ha riguardato la ricerca di possibili correlazioni tra lo stato non risolto e le misure sopra citate.

I risultati hanno evidenziato una quasi totale assenza di relazione tra le variabili prese in considerazione.

Questo risultato è in linea con gli studi di Hughes et al (1999; 2004) dove, sebbene le donne con storia di aborto presentassero livelli elevati di ansia e depressione, questi ultimi non risultavano associati con lo stato non risolto della mente.

Sembra dunque che il processo di recupero conscio segua una linea diversa dal processo di risoluzione del lutto.

Si può ipotizzare che questa differenza, tra misure che colgono maggiormente aspetti coscienti e misure che colgono maggiormente aspetti al di là della consapevolezza, ricalchi in qualche modo la proposta che fece Bowlby a proposito dei "Sistemi Segregati" (Bowlby, 1980).

Egli descrisse, infatti, la possibilità che in determinate situazioni (in particolare di fronte ad una perdita), un sistema comportamentale potesse essere disattivato a scopo difensivo; che nella stessa persona potessero agire, contemporaneamente due "Io", di cui uno normalmente accessibile alla coscienza, l'altro normalmente escluso e

disattivato ma capace di trovare di quando in quando una forma di espressione attraverso sogni diurni, notturni o comportamenti bizzarri e incoerenti col sistema cosciente.

Sembra dunque che il caratteristico pensiero disorientato disorganizzato riscontrabile nei soggetti con lutto non risolto corrisponda all'espressione del sistema segregato e ad un momentaneo fallimento della sua disattivazione.

In questa ottica appare ancora più importante non limitare le indagini sulle perdite a questionari self report che possono certamente far luce su alcuni aspetti ma, probabilmente, non su tutta la visione d'insieme.

Un'indagine aggiuntiva ha riguardato la scala PGS, tradotta a scopo esplorativo per la presente ricerca.

La scala ha mostrato correlazioni molto elevate con la CES-D, la STAI Y-1 e la STAI Y-2, dimostrandosi in grado di cogliere aspetti di depressione e ansia.

In conclusione, si possono fare alcune considerazioni sui punti di forza e di debolezza di questa ricerca.

L'aspetto forse più interessante di questo lavoro è l'aver preso in considerazione soggetti finora esclusi dagli studi sulla perdita in gravidanza e aver evidenziato correlati ed esiti di questo evento.

Al tempo stesso le caratteristiche intrinseche del campione hanno reso difficile il reperimento dei soggetti e in un futuro lavoro sarebbe auspicabile poterne ampliare la numerosità aggiungendo un gruppo di controllo senza l'esperienza dell'aborto.

APPENDICE I

State-Trait Anxiety Inventory

Spielberger, Gorsuch, Lushene, (1970)

STAI Y-1

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi selezioni la risposta che indica come lei si sente *adesso*, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi *attuali* stati d'animo.

1. Mi sento calmo
2. Mi sento sicuro
3. Sono teso
4. Mi sento sotto pressione
5. Mi sento tranquillo
6. Mi sento turbato
7. Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie
8. Mi sento soddisfatto
9. Mi sento intimorito
10. Mi sento a mio agio
11. Mi sento sicuro di me
12. Mi sento nervoso
13. Sono agitato
14. Mi sento indeciso
15. Sono rilassato
16. Mi sento contento
17. Sono preoccupato
18. Mi sento confuso
19. Mi sento disteso
20. Mi sento bene

Ad ogni domanda il soggetto può rispondere:

- Per nulla
- Un po'
- Abbastanza
- Moltissimo

STAI Y-2

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi selezioni la risposta che indica come lei *abituamente* si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere come lei *abituamente* si sente.

21. Mi sento bene
22. Mi sento teso e irrequieto
23. Sono soddisfatto di me stesso
24. Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri
25. Mi sento un fallito
26. Mi sento riposato
27. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me
28. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare
29. Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza
30. Sono felice
31. Mi vengono pensieri negativi
32. Manco di fiducia in me stesso
33. Mi sento sicuro
34. Prendo decisioni facilmente
35. Mi sento inadeguato
36. Sono contento
37. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono
38. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa
39. Sono una persona costante
40. Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni

Ad ogni domanda il soggetto può rispondere

- Quasi mai
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre

APPENDICE II

CES-D

La preghiamo di dirci se nella scorsa settimana si è sentita in una delle seguenti maniere. Metta una croce solo su una tra le quattro possibili risposte

DURANTE LA SCORSA SETTIMANA:

1. Sono stata preoccupata da cose che generalmente non mi preoccupano.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

2. Non mi andava di mangiare: l'appetito era scarso.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

3. Ho sentito che non potevo scuotermi dalle mie malinconie, anche con l'aiuto della mia famiglia o dei miei amici.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

4. Ho sentito che valevo quanto gli altri

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

5. Ho avuto difficoltà a stare attenta a quel che facevo

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

6. Mi sono sentita depressa.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

7. Ho sentito che qualsiasi cosa che facevo era uno sforzo.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

8. Avevo speranze per il futuro.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

9. Ho pensato che la mia vita è stata un Fallimento

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

10. Ho avuto paura,

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

11. Il mio sonno era agitato.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

12. Ero felice

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

13. Ho parlato meno del solito.

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

14. Mi sono sentita sola.

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

15. La gente non era amichevole

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

16. Mi sono divertita.

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

17. Ho avuto dei momenti in cui scoppiavo a piangere.

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

18. Mi sono sentita triste.

Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)

Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)

Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)

Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

19. Ho sentito che non piacevo alla gente.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

20 Non ce la facevo ad ingranare.

- Non mi è capitato mai o quasi mai (meno di 1 giorno)**
- Mi è capitato solo qualche volta (1 o 2 giorni)**
- Mi è capitato spesso (3 o 4 giorni)**
- Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)**

APPENDICE III

La scala PGS PERINATAL GRIEF SCALE

The Perinatal Grief Scale (33-Item Short Version)

Present Thoughts and Feelings About Your Loss

Each of the items is a statement of thoughts and feelings that some people have concerning a loss such as yours. There are no right or wrong responses to these statements. For each item, circle the number that best indicated the extent to which you agree or disagree with it at the present time. If you are not certain, use the “neither” category. Please try to use this category only when you truly have no opinion.

1. I feel depressed.
2. I find it hard to get along with certain people.
3. I feel empty inside.
4. I can't keep up with my normal activities.
5. I feel a need to talk about the baby.
6. I am grieving for the baby.
7. I am frightened.
8. I have considered suicide since the loss.
9. I take medicine for my nerves.
10. I very much miss the baby.
11. I feel I have adjusted well to the loss.
12. It is painful to recall memories of the loss.
13. I get upset when I think about the baby.
14. I cry when I think about him/her.
15. I feel guilty when I think about the baby.
16. I feel physically ill when I think about the baby.
17. I feel unprotected in a dangerous world since he/she died.

18. I try to laugh, but nothing seems funny anymore.
19. Time passes so slowly since the baby died.
20. The best part of me died with the baby.
21. I have let people down since the baby died.
22. I feel worthless since he/she died.
23. I blame myself for the baby's death.
24. I get cross at my friends and relatives more than I should.
25. Sometimes I feel like I need a professional counselor to help me get my life back together again.
26. I feel as though I'm just existing and not really living since he/she died.
27. I feel so lonely since he/she died.
28. I feel somewhat apart and remote, even among friends.
29. It's safer not to love.
30. I find it difficult to make decisions since the baby died.
31. I worry about what my future will be like.
32. Being a bereaved parent means being a "Second-Class Citizen."
33. It feels great to be alive.

P G S – Versione Italiana
(Versione breve -33 item)

Pensieri e sentimenti attuali relativi alla sua perdita

Istruzioni: Ciascuna delle seguenti affermazioni riguarda pensieri o sentimenti che alcune persone hanno riguardo una perdita come la Sua. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Per ciascuna affermazione scelga l'alternativa che meglio indica quanto Lei al momento è d'accordo o in disaccordo con essa. Se non è certa, usi la categoria "Nè d'accordo nè in disaccordo". Per favore cerchi di usare questa categoria solamente quando davvero non ha una Sua opinione.

- 1) Mi sento depressa
- 2) Trovo difficile andare d'accordo con determinate persone
- 3) Mi sento vuota dentro
- 4) Non riesco a stare al passo con le mie normali attività
- 5) Sento il bisogno di parlare del bambino
- 6) Sono in lutto per il mio bambino
- 7) Mi sento spaventata
- 8) A partire dalla perdita, ho preso in considerazione il suicidio
- 9) Sto prendendo psicofarmaci
- 10) Il bambino mi manca molto
- 11) Mi sembra di essermi ripresa bene dalla perdita
- 12) E' doloroso richiamare i ricordi della perdita
- 13) Mi sento turbata quando penso al bambino
- 14) Piango quando penso al bambino
- 15) Mi sento colpevole quando penso al bambino
- 16) Mi sento male fisicamente quando penso al bambino
- 17) Mi sento senza protezione in un mondo pericoloso da quando il bambino non c'è più
- 18) Provo a ridere ma niente più mi sembra divertente

- 19) Il tempo scorre così lentamente da quando il bambino non c'è più
- 20) La parte migliore di me se è morta con il bambino
- 21) Da quando il bambino non c'è più sono stata manchevole con le persone
- 22) Da quando il bambino non c'è più sento di non valere niente
- 23) Mi incolpo per la perdita del bambino
- 24) Mi arrabbio con i miei amici e parenti più di quanto non dovrei
- 25) A volte sento di aver bisogno di uno specialista che mi aiuti a riprendermi la mia vita
- 26) Mi sento solo di esistere e non di vivere la mia vita da quando il bambino non c'è più
- 27) Mi sento tanto sola da quando il bambino non c'è più
- 28) Mi sento un po' in disparte e assente, anche tra gli amici
- 29) E' più sicuro non amare
- 30) Trovo difficile prendere decisioni da quando il bambino non c'è più
- 31) Mi preoccupa per come sarà il mio futuro
- 32) Essere un genitore in lutto significa essere un "Cittadino di Seconda Classe"
- 33) E' bello essere vivi

Risposte

- 1 – Molto d'accordo
- 2 - D'accordo
- 3 – Nè d'accordo nè in disaccordo
- 4 – In disaccordo
- 5 – Molto in disaccordo

APPENDICE IV

L. 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

1. Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non e' mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite

2. I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

- a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;
- b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;
- c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);
- d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di

associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile e' consentita anche ai minori.

3. Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), e' aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo. Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

4. Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui e' avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405 (2), o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia (2/cost).

5. Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna

e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto. Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie. Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate (2/cost).

6. L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

7. I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo

8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.⁸ L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132 (3), il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (3), e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817 (3), ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;

2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. (4).Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati. Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione. Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

9. Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare

l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalita' previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilita' del personale. L'obiezione di coscienza non puo' essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attivita' ausiliarie quando, data la particolarita' delle circostanze, il loro personale intervento e' indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

10. L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 (3/a). Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonche' per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica. Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attivita' nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sara' istituito il servizio sanitario nazionale.

11. L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento e' stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito da' notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale e' avvenuto, senza fare menzione dell'identita' della donna. Le

lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (4), sono abrogate.

12. La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge e' fatta personalmente dalla donna. Se la donna e' di eta' inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza e' richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potesta' o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potesta' o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difforni, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volonta', delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, puo' autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza. Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potesta' o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potesta' o la tutela (2/cost).

13. Se la donna e' interdetta per infermita' di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 puo' essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine

di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

14. Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

15. Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, **sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne**, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e **meno rischiose per l'interruzione della gravidanza**. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

16. Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro. Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

17. Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza e' punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro e' punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla meta'. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto e' commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena e' aumentata.

18. Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna e' punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena e' diminuita fino alla meta' se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale e' grave questa ultima pena e' diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna e' minore degli anni diciotto.

19. Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalita' indicate negli articoli 5 o 8, e' punito con la reclusione sino a tre anni. La donna e' punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o

comunque senza l'osservanza delle modalita' previste dall'articolo 7, chi la cagiona e' punito con la reclusione da uno a quattro anni. La donna e' punita con la reclusione sino a sei mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalita' previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona e' punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla meta'. La donna non e' punibile. Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale e' grave questa ultima pena e' diminuita. Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

20. Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato e' commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

21. Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identita' - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, e' punito a norma dell'articolo 622 del codice penale. 22. Il titolo X del libro II del codice penale e' abrogato. Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale. Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non e' punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S.H., Russo N. F. Wyatt G.E. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*. Vol 47 (10), 1194-1204.
- Adler, N. E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446–454.
- Ainsworth, Bleahar, Waters, & Wall, (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Athanasiou, R., Oppel, W., Michaelson, L., Unger, T., & Yager, M. (1973). Psychiatric sequelae to term birth and induced early and late abortion: A longitudinal study. *Family Planning Perspectives*, 5, 227–231.
- Bakermans-Kranenburg, Schungel, & Van Ijzendoorn, (1999). Unresolved Loss Due to Miscarriage: An addition to the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 1, 157-170.
- Belsky J (1999). La moderna teoria dell'evoluzione e gli stili di attaccamento. *Handbook of Attachment. Manuale dell'attaccamento*. Trad. It 2002.

- Benoit D., Parker K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* , 64: 1444-1456.
- Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine* 57: 517-526.
- Bowlby (1969-1982) *Attachment and Loss: Vol I Attachment*. New York: Basic Books. Tr.it Attaccamento e Perdita. Vol I. L'attaccamento alla madre. Torino, Boringhieri 1972.
- Bowlby (1980) *Attachment and Loss: Vol III Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. Tr.it Attaccamento e Perdita. Vol III. La perdita della madre. Torino, Boringhieri 1972.
- Broen, A. N., Moum, T. Bodtker, A. S. Ekeberg, O. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2 year follow-up study. *Psychosomatic Medicine* 66: 265-271.
- Ciavattini, A. Doga, A (2006) Abortività spontanea ricorrente. Salutedidonna.it
- Cummings EM, Davies PT (1994) Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 35: 73-112.

Danis, B., Zeanah, C. H. (1991). The parental experiences of perinatal loss. Paper presented to the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, IL.

Davis, D. L.; Stewart, M, Harmon, R.J. (1989). Postponing Pregnancy after perinatal death: perspectives on doctor advice. The Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 481-487.

Darwin, Charles (1859), On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life, London: John Murray

Deutsch, H (1945). The Psychology of women: Vol 2. Motherhood. New York: Grune & Stratton. Ed it: Psicologia della donna adulta e madre. Einaudi, Torino, 1957.

Friedmann T, Gath D. (1989). The Psychiatric consequences of spontaneous abortion. British Journal of Psychiatry; 155: 810-3

Freud, S. (1925) Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi. In “Opere di Sigmund Freud” Vol 10, Boringhieri, Torino. 1978.

Freud, S. (1933). Introduzione alla Psicoanalisi, nuova serie di lezioni. In “Opere di Sigmund Freud” Vol 11, Boringhieri, Torino.

- George e Solomon (1999) *Attaccamento e Accudimento*. Handbook of Attachment. Manuale dell'attaccamento. Trad. It 2002.
- George, C., Kaplan, N. Main, M (1996). Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (Third Edition).
- Geller P., Kerns D. & Klier C, (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic research*, 56. 35-45
- Geller P., Klier C, Neugebauer R. (2002). Anxiety Disorders following miscarriage. *Journal Clinical Psychiatry*; 62: 432-438.
- Gissler M, Hemminki E, Looqvist J (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-1994. Register linkage study. *British Medical Journal* 313: 1431-1434.
- Hamilton, W.D. (1964) "The genetical evolution of social behavior" *Journal of Theoretical Biology* 7, 1-52
- Hartmann H., (1939). Ego Psychology and the problem of Adaptation. International University Press, New York 1958. Trad. It. *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*, Boringhieri, Torino, 1968.

Helstrom, L., Victor, A. (1987). Information and emotional support for women after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, 93-98.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver. *Handbook of Attachment. L' Adult Attachment Interview, prospettive storiche e attuali. Manuale dell'attaccamento. Trad. It 2002.*

Hughes P., (1999) Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *British Medical Journal*. June 26.

Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, (2001), Disorganized Attachment Behaviour among infants born subsequent a stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 56-61.

Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, (2004), Factors Associated with unresolved classification of the Adult Attachment Interview in women who have suffered stillbirth. *Development and Psychopathology* 16 , 215-230.

Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J (1997). Trait anxiety, negative emotions and the mothers' adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: case-control study. *Prenatal Diagnosis* 17:843-851.

- Janssen H., Cuisinier M, Hoogduin K, de Graauw K. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*. 153: 226-230.
- Johnson MP, Puddifoot JE (1996). The grief response in the partners of woman who miscarry. *British Journal of Medical Psychology* 69:313-327.
- Klaus M. H., Kennel J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. Sant Louis, MO: C.V. Mosby Company.
- Klier C., Geller P., Neugebauer R (2000) Minor Depressive Disorder in the context of miscarriage. *Journal of affective disorders* 59: 13-21
- Klier C., Geller P., & Ritsher J., (2002) Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health*. 5: 129-149.
- Langlois J. (1988). The role of physical attractiveness in the observation of Adult Attachment Interview child interactions: Eye of beholder or behavioral reality? *Developmental Psychology*, 24, 254-263.
- Lazarus, A. (1985). Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 4, 141–150.

- Langlois J., Ritter J. , Casey R. e Sawin D. (1995) Infant attractiveness predicts maternal behaviors and attitudes. *Developmental Psychology*, 31, 464-472.
- Lee C, Slade P, Lygo V. (1996) The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*; 69: 47-58
- Leon, I. G. (1992). The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: A multidimensional model. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1464-1472.
- Leon, I. G. (1996). Revising Psychoanalytic Understanding of Perinatal Loss. *Psychoanalytic Psychology*. Vol 13 (2). 161-176.
- Lewis, E., Page, A. (1978). Failure to mourn a stillbirth: An overlooked catastrophe. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 237-341.
- Lewis, E (1979). Mourning by the family after stillbirth or neonatal death. *Archives of diseases of Children*, 54, 303-306.
- Lobel M (1994) Conceptualization, measurement and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioural Medicine* 17: 225-272..
- Main DeMoss, & Hesse, (1991). Unresolved /Disorganized/Disoriented state of mind with respect to experiences of loss. In Main & R. Goldwin (Eds). *Adult Attachment Interview Attachment*

scoring and classification systems (P 103-133). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

Main M. e Hesse E. (1990) Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganization attachment status. In M.T. Greenberg & Cicchetti (Eds), *Attachment In The Preschool Years: Theory, Research and intervention*. (P. 161-182) Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main M. e Solomon J. (1990) Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg & Cicchetti (Eds), *Attachment In The Preschool Years: Theory, Research and intervention*. (P. 121-160) Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main M. Golwyn R. Hesse E. (2002) Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Major, B., Mueller, P., & Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 585–599.

Mange e Mange (1990) *Genetics:Human Aspects, Second Edition*. Trad it Genetica e l'uomo. Zanichelli Editore, Bologna 1993.

Major B. Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. (2000). Psychological responses of woman after first trimester abortion. *Archives general Psychiatry*. 57: 777-784.

- Ministero della Salute (2007). Relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza. www.ministerosalute.it
- Moulder C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 657.
- Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, Wicks J, Susser M (1992a). Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetric Gynaecology* 166: 104-109.
- Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, Wicks J, Susser M (1992b). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*.
- Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, Stein Z, Susser M (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA* 277: 383-388.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. London: Tavistock; International University Press, New York. Trad. It. *Lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*, Feltrinelli Milano 1980.
- Peppers L. G. & Knapp R. J. (1980). *Motherhood and mourning: Perinatal Death*. New York: Praeger Publishers.

- Perrin E, Bianchi-Demicheli F. (2002). Sexual life, future of the couple, and contraception after voluntary pregnancy termination: prospective study in Geneva with 103 women. *French Rev Med Suisse Romande*; 122: 257-260.
- Piaget, J. (1967). *Biologia e conoscenza*. Einaudi, Torino, 1983.
- Pines, D. (1990). Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. *International Journal of Psychoanalysis*. 71, 301-307.
- Radloff LS. (1977) *The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population*. *Applied Psychological Measurement*;1:385-401.
- Raphael, B. (1984). *The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions*. London: Hutchinson.
- Ritsher JB, Neugebauer R (2001). Mourning and miscarriage: The cardinal role of yearning for the lost child in the grief process following reproductive loss. *World Congress of Women's Mental Health*, Berlin.
- Robins L, Helzer J, Croughan J. (1979) *The NIMH Diagnostic Interview Schedule*. Rockville. National Institute of Mental Health.
- Robinson M., Baker L. Nackerud L. (1999) The relationship of attachment Theory and perinatal loss. *Death Studies*. Washington: Apr/May. Vol 23, Iss. 3.

- Rowe, J. Clyman, R. Green, C, Mikkelsen, C. Haight, J. Ataide, L. (1978). Follow-up of families who experienced a perinatal death. *Pediatrics*, 62, 166-170.
- Russo, N. F., & Zierk, K. L. (1992). Abortion, childbearing, and women's well-being. *Professional Psychology*, 23, 269–280.
- Saraiya M, Green CA, Berg CJ, Hopkins FW, Koonin LM, Atrash HK (1999). Spontaneous abortion – related deaths among women in the United States – 1981-1991. *Obstet Gynecol* 94: 172-176.
- Schuengel, C. Bakermans-Kranenburg M. J., Van IJendoorn, M. H. (1999). Frightening parental behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 54-63.
- Shectman, K. W. (1980). Motherhood as an Adult Attachment Interview developmental stage. *American Journal of Psychoanalysis*, 40, 273-281.
- Simpson J. A. (1999) *La teoria dell'attaccamento nella moderna prospettiva evoluzionistica*. In J. Cassidy & P. Shaver. *Handbook of Attachment. Manuale dell'attaccamento*. Trad. It 2002.
- Solomon e George (1996) *Defining the Caregiving System: Toward a Theory of caregiving*. *Infant Mental Health Journal*. Vol 17 (3). 183-193.
- Spencer Herbert (1864) *Principles of Biology*.

- Spielberger C.D., Gorsuch R.L, Lushene R.E., (1970). *Test for the State-Traite Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Tennen, H., Affleck, G., & Gershman, K (1986). Self-blame among parents of infants with perinatal complications: The role of self-protective motives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 690-696.
- Thapar AK, Thapar A (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice* 42 (356): 94-96.
- Theuth, SK, Moss, HA, Zaslow, MJ, Rabinovich, BA., Lewin, L, Bartko, JJ. (1992). Perinatal loss and maternal attitudes toward the subsequent child . *Infant mental health journal*, 13, 157-166.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N., & Alhadeff, J.M. (1988). The *Perinatal Grief Scale*. Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435–449.
- Trivers, R. L. (1974). *Parent Offspring Conflict*. *American Zoologist*, 11, 249-264.
- Turton P., Hughes P., Evans C., Fainman D., (2001) Incidence, correlates and predictors of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 556-60

- Turton P., Hughes P., Evans C., Fainman D., (2004). An investigation into the possible overlap between PTSD and the unresolved responses following stillbirth: An absence of linkage with only unresolved status predicting infant disorganization. *Attachment & Human Development* Vol 6, N 3, 241-253.
- Zeanah, C.H. (1989). Adaptation following perinatal loss: A critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 467-480-
- Zigmond A, Snaith R, (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*; 67: 361.370
- Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal Obstetric Gynecology* 160: 1107-1111.