

**DIRITTO ALLA VITA**

## **L'aborto è un lutto che va elaborato**

**ATTUALITÀ**

16\_03\_2012

**Giulia Tanel**



Cinzia Baccaglioni, laureata in Psicologia clinica e di comunità, è una delle massime esperte italiane della sindrome postaborto. Ancora oggi sono in molti quelli che ritengono che abortire sia un evento della vita come un altro, ma ormai moltissime ricerche scientifiche attestano il contrario.

### **Anzitutto, cosa si intende con "sindrome post-aborto"?**

L'espressione è stata usata per la prima volta da A. Speckhard e V. Rue nel 1992 (*Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern*, in *Journal of Social Issues*, 1992, 48(3): 96-119) per indicare alcune caratteristiche delle conseguenze psichiche delle donne che avevano abortito e che presentavano la seguente sintomatologia: l'esposizione o la diretta partecipazione, al di là delle usuali esperienze umane, a una morte intenzionalmente provocata e percepita come traumatica; la rivisitazione incontrollata e negativa dell'evento di morte rappresentato dall'aborto, per esempio attraverso ricordi improvvisi, incubi, dolore intenso e reazioni nel giorno dell'anniversario; il sussistere di tentativi intesi ad evitare, o addirittura negare, i propri ricordi e il dolore emotivo provato, con una ridotta capacità di reazione nei confronti degli altri e del proprio ambiente; l'esperienza di sintomi da accresciuta vigilanza non presenti prima dell'aborto, incluso il senso di colpa provato in rapporto alla propria sopravvivenza.

Nel mondo scientifico non c'è unità di vedute sul fatto che esista una "sindrome", ossia un insieme di correlati psicopatologici sempre uguali che ricorrono tutti insieme in qualsiasi persona dopo un aborto. Non dovrebbero, invece, esserci problemi da parte di nessuno nel riconoscere che a seguito di un aborto volontario vi siano importanti conseguenze psichiche e l'onere della prova dell'opposto spetta a chi dice non esse esistano, non a chi le cura.

**Fino a ora si sono evidenziati due quadri gnoseologici** che ricorrono nella pratica clinica, che sono:

1. La "psicosi post-aborto", che insorge in maniera eclatante subito dopo l'aborto. Questo è un disturbo di natura prevalentemente psichiatrica (sono molte le mamme che devono essere ricoverate in psichiatria a seguito di tentati suicidi o suicidi falliti, o che tentano di rubare i bambini degli altri, o che si presentano davanti alle scuole aspettando invano che il loro bimbo esca...);
2. Il "disturbo post-traumatico da stress", che insorge tra i tre e i sei mesi successivi all'aborto e che rimane costante fino a quando viene elaborato, o che si aggrava all'aumentare di altre esperienze traumatiche. Non va dimenticato che il "disturbo post

traumatico da stress" è stato descritto per la prima volta ai reduci del Vietnam; esso consta di frequenti immagini e pensieri intrusivi; di *flashback* o incubi ricorrenti che fanno rivivere l'evento traumatico; di comportamenti persistenti di evitamento di circostanze associabili al trauma (ad esempio: luoghi, attività o persone che fanno ricordare l'evento traumatico. Nel caso di un aborto: i partner che hanno spinto all'aborto, l'ospedale, il ginecologo...); di sintomi persistenti di sovra-eccitamento (per esempio, irritabilità, preoccupazione, ansia, depressione, insonnia, difficoltà di concentrazione, ecc.). A questi sintomi possono aggiungersi conseguenze anche sul piano fisico, come palpitazioni, inappetenza o disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, ecc.

Tra le conseguenze del "disturbo post-traumatico da stress", non è raro l'abuso di alcol e droghe, che vengono utilizzate per cercare di dimenticare l'evento traumatico.

L'insieme di questi sintomi e conseguenze produce effetti negativi sulla vita quotidiana del soggetto che ne è affetto, sia sul piano lavorativo che relazionale. Come si accennava, questo insieme di disturbi possono insorgere subito dopo l'aborto, oppure dopo svariati anni, in quanto possono rimanere latenti anche parecchi decenni, fino a quando un evento incrociatore (un altro figlio morto, la morte del partner o dei genitori, la nascita di un figlio pensato come "sostituto" del precedente, il resoconto della vita affettiva e sessuale in menopausa, la nascita di un nipotino, eccetera) fa "scoppiare la bomba".

3. Ecco perché molti, a mio parere giustamente, sostengono vi sia una vera e propria "sindrome post-aborto" che sarebbe il terzo quadro gnoseologico.

### ***Le conseguenze psicologiche così descritte colpiscono tutte le donne che abortiscono oppure solo alcune di esse?***

Le conseguenze colpiscono tutte le donne a livello esistenziale, ma questo avviene in maniera differente a seconda dell'età in cui si è abortito, dal contesto percepito come più o meno responsabile, dalla struttura di personalità, dalla vita condotta dopo l'aborto... Di certo, nella mia esperienza professionale - e non solo - non ho mai trovato una donna che mi abbia detto: "Sono felice di aver abortito". Una mamma sa e sente di aver ucciso proprio figlio.

**Poi è vero che si può continuare a sopravvivere ed entrare** in una logica giustificatoria di se stesse e degli altri, e questo per tanti motivi. Certo è che molte donne giovani, nate quando la legge 194 del 1978 era già in vigore e che si sono trovate a vivere in un contesto che ha abbassato il grado di consapevolezza sul tema dell'aborto

- ma non solo - non sanno capacitarsi della provenienza di quel dolore senza nome che sentono, che presenta molti sintomi diversi. Questo rende il processo di rielaborazione più difficile.

Una cosa certa è che l'aborto è un evento che incide profondamente sulla vita delle donne, trasversalmente e a tutti i livelli.

Le ricerche internazionali sono ormai molto esplicite nell'attestare danni sull'autostima, le ideazioni suicidarie, il suicidio agito, l'ansia, la depressione, l'uso di cannabinoidi, di eroina (e io aggiungerei di psicofarmaci), la rabbia verso chi le ha portate a questa scelta, i disturbi post-traumatici da stress e ad altre forme psicopatologiche e psichiatriche.

***Lei ha descritto diversi livelli di gravità delle conseguenze psichiche dell'aborto volontario. Come mai si verifica l'uno o l'altro?***

L'essere umano è un'unità bio-psico-sociale-spirituale e tutto dipende da come questo insieme di fattori interagiscono. A volte sono le memorie corporee a dare il sintomo ricorsivo, sine causa organica: mi riferisco ad un'infertilità successiva, oppure un disturbo alimentare, o ginecologico, o dermatologico, o neurovegetativo. A volte è il pensiero, tramite immagini, flashbacks, pensieri intrusivi negativi – che si verificano anche in assenza di coscienza vigile: sogni e incubi ricorsivi con lo stesso tema; bimbi che dicono di uccidersi, o che non vogliono essere aiutati nell'attraversare fossi poiché la mamma li affogherebbe, etc.). A volte è la socialità a manifestare dei problemi, come può essere la repulsione per tutto ciò che riguarda i neonati, o la visione di pance di mamme incinte. A volte, infine, è coinvolta la dimensione spirituale, con un sentimento di rimorso della coscienza che torna ciclicamente, in coincidenza di determinate ricorrenze: negli anniversari dell'aborto o della presunta nascita, il giorno di Natale, eccetera. Queste donne in genere vanno a confessarsi molte perché non riescono a perdonarsi per il loro gesto.

***Bisogna porre molta attenzione nell'affrontare il vissuto dell'aborto volontario.***

Non è spostando la responsabilità all'esterno, verso altri accidenti di percorso, che si riparte; anzi, il modo giusto di approcciarsi è proprio quello di consentire alla paziente di riappropriarsi di quello che è successo, partendo dalla responsabilità personale: tutto il resto è "psicologia da bar". Allo stesso modo, rendere il bimbo o il suo ricordo pari ad un "oggetto" non fa altro che spostare da quell'enorme possibilità infinita di fattori di resilienza che l'essere umano possiede e che vanno oltre il materialismo. Lo stesso dicasi delle pratiche di rendere il bambino abortito "angelo", "energia" o altre cose di

ordine spiritualista molto in voga in certa "new age psicologese" attuale.

***Da quanto ha potuto verificare nel Suo lavoro, vi sono differenze nei disturbi psicologici in cui incorrono le donne che praticano un aborto chirurgico rispetto a quelle che utilizzano la pillola Ru486?***

Sì, ci sono differenze. Nell'aborto chirurgico, durante l'anestesia, vi è un periodo in cui la donna non ha coscienza di ciò che accade, a differenza del vissuto vigile, attimo dopo attimo, che è prerogativa dell'aborto tramite la pillola RU486. Il fatto è ancora più grave in quanto, una volta iniziato l'iter abortivo, la donna non ha più alcuna possibilità di tornare indietro.

L'impatto emotivo della RU486 è ben descritto dalle scene raccontate dalle donne che l'hanno utilizzata: molte di loro hanno visto l'embrione abortito, hanno vissuto il flusso emorragico, hanno provato dolori addominali e nausea, hanno avuto vomito e diarrea... e tutto questo in presa diretta, fino all'espulsione dell'embrione. Una volta che questo accade le reazioni sono molteplici: alcune donne gettano loro figlio nel water o nella spazzatura, altre vanno a seppellirlo in cimitero di nascosto. Nell'aborto chirurgico i sintomi non emergono subito, se non con uno scompenso psicotico, ma a distanza di mesi o di anni. In ogni caso sono certa che la tendenza a fare pensieri di morte su se stesse e i tentativi di mettere fine alla propria vita subiranno un aumento e questo proprio a causa dell'aborto da RU486.

***Nella sua esperienza terapeutica, ha riscontrato esservi donne che sono rimaste vittime della "sindrome post-aborto" anche dopo aver usato la pillola del giorno dopo? Molti, infatti, considerano questo "farmaco" come innocuo, mentre in realtà esso è "potenzialmente abortivo", in quanto se vi è stata la fecondazione - cosa che nessuno saprà mai - impedisce all'embrione di annidarsi nell'utero della donna...***

La realtà della pillola del giorno interessa la tematica del "bambino fantasma" e la dicotomia "c'era-non c'era". Anche in questo caso si rientra nel mondo delle memorie corporee. Il bambino fantasma diventa persecutorio. Noi non sappiamo con certezza se quel bimbo fosse stato concepito, ma dato che esistono fior di studi che dicono che le madri sanno di essere incinta prima di fare il test di gravidanza - e sanno persino di quanti bimbi! - non lo possiamo escludere. Le donne che chiedono aiuto rispetto a questa modalità di aborto in genere hanno la certezza di essere state incinta. In ogni caso, comunque, è sempre una sofferenza che va curata.

***Le donne che ricorrono al Suo aiuto, in genere dopo quanto tempo riescono ad elaborare il lutto dell'aborto? Vi sono anche donne che non lo supereranno mai?***

Rielaborare un aborto non è dimenticare, è far sì che una ferita profonda diventi accompagnatoria, ossia che il figlio, o i figli, che non sono più in vita perché sono stati volontariamente uccisi diventino una presenza non persecutoria e fonte di sofferenza, bensì una presenza che accompagna la vita successiva della donna. Non esistono ricette, o un numero di sedute o tempi prestabiliti. Così come non esiste un metodo che si possa utilizzare in maniera uguale con tutti. Proporre soluzioni semplici, pret a portè, uguali per tutti nonostante il diverso funzionamento psichico, è mentire alla gente.

***Lei aiuta anche donne che sono ricorse alla fecondazione artificiale e che hanno visto le loro aspettative cadere nel vuoto, con un enorme perdita di embrioni umani. Potrebbe spiegarci brevemente questo aspetto?***

Ci vorrebbe un lungo discorso, un'altra intervista. La sintesi è che il vissuto di chi ricorre senza successo alla fecondazione artificiale è uguale alle donne che praticano un aborto volontario, più vicino a quello da RU486 che a quello chirurgico...

***Nell'aborto non è coinvolta solo la donna, ma anche il padre del bambino e gli eventuali nonni e fratelli. Potrebbe raccontarci un episodio in cui è stato il fratellino del bambino abortito a pagare la scelta dei propri genitori?***

Spesso non si parla né della sofferenza del padre del bimbo – che magari ha provato di tutto per convincere la propria partner a non abortire e la cui rabbia si trasforma in impotenza -, né di quella dei nonni - che magari inducono la figlia minore ad abortire, ma che poi nel corso della vita si ricredono per il loro malessere e quello della figlia o che lo vengono a scoprire molto tempo dopo quando avrebbero potuto dare una mano ma non sapevano niente -, né di quella dei fratelli. Scendendo nello specifico, il “disturbo post-traumatico da stress” ha caratteristiche peculiari per i bambini.

**Un caso eclatante che mi è successo** riguarda L. (42 anni) e C. (38) che mi hanno chiesto una consulenza per D. (6 anni), poiché da qualche mese il bambino aveva comportamenti strani: non oltrepassava più la linea di mezzo della sua stanza e se veniva invitato caldamente a farlo andava in ansia, piangeva, si agitava e urlava di non poterlo fare. Non aveva comportamenti simili in altri ambienti, solo nella sua stanza. I

genitori raccontano di aver traslocato, di non avere particolari problemi, di andare d'accordo. Non vi era stato nessun lutto recente di parenti, né incidenti, né altro. L'anamnesi familiare si presentava negativa a patologie psichiatriche.

**A questo punto chiesi di vedere D.** Il bimbo entra nel mio studio tranquillo: sveglio, intelligente, simpatico. La madre racconta davanti a lui quello che la preoccupa. A un certo punto mi dice che hanno traslocato perché non c'era abbastanza spazio nella casa vecchia. A questo punto Diego scoppia a piangere e urla: "No, non è vero. C'era spazio nella casa vecchia e anche in quella nuova, io ne uso solo metà. Poteva esserci anche il mio fratellino. Non lo dovevi lasciare in ospedale".

A quel punto la mamma scoppia a piangere e mi racconta dell'aborto. Dopo l'intervento il marito era andato a prenderla all'uscita dell'ospedale con Diego e in macchina lei, piangendo, aveva detto al marito che così, con quello che aveva fatto, Diego avrebbe avuto più spazio e più giochi. Il bambino mi riferisce mentre diceva questo la mamma si toccava la pancia e che lui le avrebbe impedito di abortire se non fosse stato a scuola. Chissà quante diagnosi di iperattività e di disturbi dell'attenzione con iperattività sottendono eventi di questo tipo...