



# GRAVIDANZA E NASCITA PATOLOGICA: DALLA DIAGNOSI ALLE "SCELTE"

## L'angoscia che si fa realtà: il ventre mortifero, tra malformazioni e aborto

### INDICE:

Gravidanza: aspetti biologici e psicologici

Corpo in cambiamento

L'immagine mentale del bambino

Stili materni in gravidanza e parto

Gravidanze imperfette: tra patologia e aborto

- Malattie genetiche
- Malformazione fetale
- Aspetti psicologici nei casi di aborto spontaneo o terapeutico

La nascita di un bambino con patologia

Riflessioni sul contributo dello Psicologo

Conclusioni

Bibliografia

### Gravidanza: aspetti biologici e psicologici

Oggi viviamo in un'epoca in cui la gravidanza diventa frutto - sempre più spesso - di una scelta "ragionata" e si colloca all'interno di un progetto in cui entrano in gioco fattori come le caratteristiche individuali, il raggiungimento di obiettivi economici, professionali, la qualità del rapporto coniugale/di coppia, la rete di supporto sociale, etc.

Ma cosa succede quando si scopre l'inizio di una gravidanza?

Anche quando un figlio è fortemente desiderato e programmato, da un punto di vista individuale, ciascun futuro genitore si ritrovava a vivere questo momento con **sentimenti contrastanti**:

- ansia per le reazioni degli altri (ad esempio del proprio marito/compagno, dei propri genitori o degli amici);
- timore di non essere all'altezza nel ricoprire il ruolo di genitore;
- gioia e soddisfazione per le proprie potenzialità generative;
- rinuncia a sentirsi esclusivamente figlio, moglie/marito e "preparazione" nell'affrontare i sentimenti legati a questo cambiamento.



**Diventare genitori non coincide con la nascita del figlio** ma è un lungo e laborioso processo fisico e psichico che affonda le radici nella storia di ciascun individuo, che comporta la ri-definizione delle relazioni esistenti e la creazione di nuovi legami.

La gravidanza rappresenta dunque un "tempo di apprendimento" che favorisce la crescita e la maturazione necessarie ai partner per potersi assumere la responsabilità di una nuova esistenza. Il percorso della gravidanza porta la donna ad assumere una nuova identità, coinvolgendo non solo l'aspetto biologico, ma anche l'assetto psichico e il suo mondo affettivo relazionale.

### **Corpo in cambiamento**

Un aspetto fondante della nostra identità è l'esperienza e l'immagine che abbiamo del nostro corpo. L'identità è una complessa costruzione mentale, risultato di diverse esperienze, che viene sottoposta a verifica e rimodellata durante le diverse fasi della vita.

L'assestamento dell'identità si realizza in particolare nei periodi che si caratterizzano per importanti cambiamenti come ad esempio l'adolescenza e la gravidanza.

I rapidi cambiamenti che destabilizzano l'immagine fisica della donna preparano dunque il terreno per una **nuova organizzazione dell'identità**.

È importante che la donna impari ad accettare e integrare la sua nuova immagine corporea poiché spesso i cambiamenti fisici sono accompagnati da sintomi quali nausea, vomito, stanchezza che sono diretta espressione della conflittualità del vissuto materno (Dinora Pines, 1982).

Affinché la gravidanza sia accettata e vissuta in modo pieno, è necessario che la donna possieda una buona **immagine corporea**, frutto della sua storia personale e delle influenze ambientali e sociali.

*Dinora Pines* (Psicoanalista inglese, 1918-2002) individua 4 fasi mettendo in relazione le fantasie della donna con gli eventi somatici relativi alla diverse **fasi della gravidanza**:

**1. Dal concepimento fino alla percezione dei movimenti fetali.**

In questa fase si verificano alcune modificazioni dell'immagine corporea che si accompagnano a un aumento dell'investimento oggettuale sul Sé, a una "regressione" e a una accresciuta sensazione di passività. I sintomi psicosomatici tipici, quali la nausea e il vomito, sono espressione dei vissuti ambivalenti verso il feto che la donna cerca di incorporare attraverso le voglie e di espellere attraverso il vomito.

**2. Dalla percezione dei movimenti fetali fino alla fine della gravidanza.**

Il feto viene ora riconosciuto come entità a se stante e questo provoca nella madre ansie per la riorganizzazione che deve porre in atto al fine di prepararsi alla separazione dal feto.

**3. Ultimi momenti prima del parto.**

Questa fase è caratterizzata dalla presenza di forti ansie riguardanti la paura di morire, del dolore, dell'integrità del bambino, del travaglio e del parto e dall'impazienza di terminare la gravidanza e quindi partorire.

**4. Subito dopo il parto.**

Questa ultima fase si caratterizza per la concretizzazione di numerosi cambiamenti quali i mutamenti del corpo, la separazione dal bambino e la relazione con il bambino reale.



Diversamente dalla Pines, altri autori (Raphael-Leff, 1980) suddividono le fasi in questo modo:

- **Primo trimestre** (formazione della placenta)  
La donna vive la gravidanza "in silenzio" poiché i cambiamenti corporei non sono ancora evidenti; inizialmente il feto non viene percepito come qualcosa di estraneo ma accettato come parte di sé.
- **Secondo trimestre** (movimenti fetali)  
Con la percezione sempre più chiara dei movimenti fetali e grazie all'ecografia a cui la donna si sottopone in questo periodo, si evidenzia la presenza di un "altro da sé" su cui si concentra l'attenzione, che diventa oggetto di immaginazione, e si rinforza il sentimento di maternità.
- **Terzo trimestre** (rallentamento dei movimenti fetali)  
Vi è un rallentamento dei movimenti fetali dovuto sia all'effettiva mancanza di spazio sia a una minore capacità percettiva della madre, causata dal capovolgimento del feto che generalmente si pone con la testa in giù.  
A tutto ciò si accompagna una sensazione di crescente stanchezza che favorisce il desiderio di partorire e quindi di separarsi dal bambino; specularmente al desiderio, la gestante sperimenta in questo ultimo periodo anche un'intensa angoscia per l'avvicinarsi del momento del parto, connessa al timore per il dolore e la capacità o meno di sopportarlo.

### L'immagine mentale del bambino

Durante la gravidanza la donna è impegnata in un incessante lavoro psichico che coinvolge realtà e fantasia e che la porta a fantasticare su di lei ("*Potrò continuare a essere attraente?*"), sul bambino ("*Avrà malformazioni fisiche? Avrà problemi di natura genetica? Avrà traumi da parto?*") e sul parto ("*Il parto sarà veramente così doloroso? Se morissi durante il parto?*").

**L'aspetto fantastico** emerge in modo più manifesto in alcuni momenti, come ad esempio durante il secondo trimestre, quando la percezione dei movimenti fetali diventa la conferma della presenza del bambino e i cambiamenti del corpo in trasformazione sono ormai visibili.

Tutta la gravidanza è però accompagnata da una serie di fantasie che tendono a generare nella donna:

- **Aspettative, paure conscie** (di cui si è consapevoli): sesso del bimbo, scelta del nome, preparativi per l'arrivo e "l'accoglienza" del neonato.
- **Aspettative, paure inconsce** (di cui non si è consapevoli): angoscia genetica (paura che il proprio bambino possa avere problemi di natura genetica), angoscia di morte.



## Gravidanza e nascita patologica

**Valentina Zappa**  
**Psicologo**

Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

Spesso nell'ultimo trimestre di gravidanza, vi è la presenza di sogni catastrofici, quali terremoti o disastri naturali, che sono le rappresentazioni psichiche che la donna sta vivendo, le quali - insieme a tutti i vissuti e le emozioni - portano alla creazione di **un'immagine mentale del bambino**. Da questo periodo in poi il bambino esisterà anche nella mente della madre oltre che nel suo corpo.

Secondo *Michael Soulé* (Psichiatra francese, 1982) durante i primi mesi di gravidanza tale rappresentazione è per lo più assente e i vissuti della donna sono incentrati sulla rappresentazione di essere incinta; successivamente l'immagine del bambino compare nella psiche materna, che col procedere della gestazione (dal 4° al 7° mese) acquista sempre più la definizione di "altro".

La donna costruisce mentalmente il bambino dei suoi sogni, delle sue speranze, ma anche delle sue paure. Si tratta di fantasie ad occhi aperti, condivise col partner.

L'elaborazione delle rappresentazioni, dopo aver raggiunto il culmine verso il 7° mese, va incontro a una diminuzione fino a un quasi totale annullamento verso l'ultimo mese di gravidanza. Questo capita perché vi è un tentativo inconsapevole da parte della madre di proteggere il nascituro e se stessa da una possibile discordanza tra bambino reale e bambino immaginario.

Secondo *Serge Lebovici* (Psichiatra e Psicoanalista francese, 1983) la mamma entra in relazione con tre bambini diversi:

1. **Il bambino fantasmatico** che prende origine dalle fantasie inconscie della donna di essere in grado di procreare e verificare quindi che il proprio corpo funziona come quello della propria madre (conflitti edipici).
2. **Il bambino immaginario** che compare all'interno delle fantasie coscienti e dei sogni ad occhi aperti; è una rappresentazione più aderente alla realtà, che si costruisce in relazione ai desideri di maternità della donna e alla situazione attuale.
3. **Il bambino reale** che col parto entra bruscamente nella realtà concreta e costringe la madre a rapidi cambiamenti di prospettiva.

La gravidanza coinvolge quindi il **mondo relazionale** della donna, consentendone una verifica e apportando ad esso alcune modificazioni.

- **Relazione con il feto:** bambino come parte di sé e come oggetto nella mente, inconsciamente considerato pericoloso per il proprio corpo e per la propria vita privata.
- **Relazione con la propria madre:** passaggio da "figlia" a "madre" con sentimenti misti di perdita e, nello stesso tempo, di conquista.
- **Relazione con il partner:** crescita di interesse per la nuova identità di "padre" del compagno.

## **Stili materni in gravidanza e parto**

*Raphael-Leff* (Psicoanalista inglese, 1986) ha condotto una serie di studi indagando i possibili stili materni in gravidanza e ha individuato due differenti comportamenti.

1. **Madre facilitante:** la maternità è considerata esperienza conclusiva della sua identità femminile, si abbandona alla regressione, il bambino attraverso i movimenti fetali diventa compagno immaginario, accetta i cambiamenti della gravidanza, idealizza il bambino.
2. **Madre regolatrice:** la gravidanza è considerata passaggio obbligato per avere un figlio, prova fastidio per le trasformazioni corporee, il bambino è visto come un intruso che la vuol tenere lontana dagli impegni e il parto come esperienza minacciosa.

Nei casi sopracitati, si vedono approcci diversi nella relazione tra madre-bambino che si rifletteranno anche durante il parto.

Il parto è un evento cruciale poiché la nascita segna un mutamento, un passaggio da una condizione a un'altra e stimola a livello di pensiero inconscio l'idea che qualcosa che nasce, che inizia, segna anche la fine, la morte di qualche altra cosa.

Infatti, la nascita di un bambino implica "l'uccisione" della donna gravida, facendola diventare madre e, a sua volta, la nascita della "madre" implica "l'uccisione" del bambino-feto che la donna portava dentro di sé.

Ogni donna sa di essere impegnata in un compito di grandissima importanza, in cui sono in gioco due vite: la sua e quella del bambino. Lo stato psicologico che molte donne associano al momento del parto è quello della paura, del dolore e della incapacità a farvi fronte.

**L'atteggiamento** che una futura mamma assume **durante il parto dipende:**

- da ciò che avviene sul piano fisiologico;
- da come viene trattata dal personale ospedaliero;
- dalla sua personalità.

È noto come l'ansia nella donna sia in grado di condizionare pesantemente la nascita del bambino, provocando un aumento del battito cardiaco, pressione sanguigna e tensione muscolare.

Durante il parto, la donna sente di non avere scelta, ogni minuto che passa perde il controllo e la padronanza del suo corpo, ritrovandosi spesso a piangere e urlare.

Ella sperimenta una regressione psicologica al momento della sua nascita, provando la sua essenziale vulnerabilità. Perciò ha bisogno di sentire la sollecitudine, l'amore e la partecipazione del compagno e di avere accanto una ostetrica che le faccia da madre sempre accettante e mai giudicante.

A parto avvenuto la donna può avere conferma circa l'integrità del proprio corpo e la sua capacità di creare oppure può trovare conferma delle fantasie di fallimento, inadeguatezza e punizione presenti in gravidanza.



## Gravidanze imperfette: tra patologia e aborto

Sempre più spesso al giorno d'oggi la coppia, all'instaurarsi della gravidanza, invece di fantasticare su come sarà il bambino o cosa farà da grande, inizia subito a pensare con apprensione alla sua salute.

Fin qui abbiamo parlato di gravidanze "regolari", ma a volte - purtroppo - subentrano complicazioni come ad esempio eventi quali la rilevazione di malformazioni o di malattie nel feto/bambino, la perdita o l'interruzione terapeutica di gravidanza, che acquisiscono una valenza emozionale particolarmente intensa sia per la famiglia che per l'équipe terapeutica.

**Una diagnosi di morte o di malformazione** del feto costituisce un evento traumatico a livello psichico, perché:

- implica una delusione profonda delle aspettative e dei desideri della coppia;
- suscita l'immagine di una realtà esterna schiacciante, persecutoria, non trasformabile, che alimenta il prevalere di una rinuncia a viverci come soggetto che può influire sulla realtà;
- suscita reazioni intense e credenze irrazionali (si pensa di essere puniti);
- la relazione col feto-bambino reale ed immaginato può divenire temuta ed evitata in quanto resa difficile o insostenibile dall'eccessivo carico di sofferenza e colpa, ponendo in tal senso precise esigenze di interventi che aiutino a recuperare la relazione e la disponibilità verso il bambino.

## Malattie genetiche

Le malattie che si possono diagnosticare in epoca prenatale sono le anomalie cromosomiche, le quali possono essere causate da alterazioni o difetti nella struttura di alcuni o tutti i cromosomi.

**La diagnosi prenatale** può essere effettuata con la villocentesi, l'amniocentesi e la funicolocentesi, esponendo ad un certo rischio di aborto e, nello stesso tempo, a possibili rischi di laboratorio, nonché errori diagnostici. Ciò nonostante, ormai è prassi quasi comune sottoporsi a tali esami per avere la possibilità di un sapere precoce sulla salute del bambino e poter così decidere se continuare o meno la gravidanza di fronte a un'anomalia fetale.

Il timore dell'insuccesso, vissuto come fallimento personale, diventa a volte il motivo principale alla base della decisione della donna di sottoporsi agli esami. Nel caso in cui la diagnosi sia infausta, la coppia può decidere, seppur dolorosamente, di sottoporsi ad aborto.

Rinunciare a un bambino malato, sottoponendosi ad un aborto terapeutico, è un lutto molto più difficile da elaborare ad esempio rispetto ad un caso di aborto volontario.



**Nel caso di aborto terapeutico**, subentra un forte senso di colpa perché si desidera un bambino, ma non si vuole il proprio bambino a causa della sua imperfezione.

Aiuta a elaborare il lutto solo la previsione di una vita di sofferenza per la propria creatura e la preoccupazione per il suo futuro nell'eventuale perdita dei genitori. È solo la valutazione di questi limiti che può aiutare a scegliere se vivere o meno questa situazione.

Nel comunicare la notizia di una probabile o certa alterazione genetica, l'operatore dovrà assicurare alla coppia un giusto supporto emotivo e, nel caso la coppia decida di portare avanti la gravidanza, ci dovrà essere un intervento di **sostegno psicologico mirato a**:

- supportare, con l'aiuto di un esperto in tale ambito, la relazione di coppia;
- supportare anche la relazione con gli altri familiari, in quanto a volte la comunicazione di tenere un bimbo è più difficile della notizia della scelta di abortire.

**Nel caso la coppia dovesse decidere di interrompere la gravidanza**, l'intervento sarà mirato a:

- supportare la relazione di coppia con l'aiuto di un esperto in tale ambito;
- lavorare sul senso di colpa che le coppie possono provare per aver generato un figlio malato, prima, e per avergli tolto la vita, poi;
- suggerire alla coppia di non affrontare immediatamente una nuova gravidanza perché sarebbe per loro un tentativo di sostituire ciò che si è perso; al contrario, è necessario elaborare il lutto del bambino perduto.

## Malformazione fetale

Le malformazioni fetali possono essere causate da anomalie cromosomiche o genetiche.

Le più frequenti sono le cardiopatie, la labiopalatoschisi, i difetti del tubo neurale.

Anche le infezioni fetali possono essere causa di malformazioni o disfunzioni di un organo.

Alcune delle malattie infettive che potrebbero causarle, se contratte in gravidanza, sono la rosolia, la toxoplasmosi e la varicella.

Lo screening prenatale valuta il grado di rischio di sviluppare un difetto genetico e viene spesso consigliato in quanto considerato poco invasivo e senza rischi di complicazioni per la gravidanza. Una volta avuta la diagnosi relativa a un forte rischio di malformazione, è indispensabile che il medico sia consapevole del caotico **alternarsi dei sentimenti di vita e morte** nella mente della donna.

Con tatto e delicatezza deve informarla su come stanno le cose nella realtà, su ciò che la ricerca, gli studi e le sperimentazioni più recenti possono dire riguardo alla diagnosi, alla prognosi e alla eventuale terapia.

È importante che la donna veda questa informazione come la base su cui possa costruire la libertà della sua scelta. Tale libertà, compresa quella di consultare altri esperti di cui si fidi, è bene che circoli all'interno dei **sistemi comunicativi medico-paziente**.



## Gravidanza e nascita patologica

**Valentina Zappa**  
**Psicologo**

Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

Il Medico e lo Psicologo devono essere in grado di cogliere elementi di comunicazione verbali e non verbali anche minimali e non pretendere che il linguaggio, la verbalizzazione, l'insight possano essere governati e utilizzati appieno dalla paziente.

La paziente, al momento della comunicazione della diagnosi, ha dentro di sé la vita e la morte e il minimo che possa pretendere è che non le vengano inflitte ulteriori sofferenze.

In queste situazioni di crisi è opportuno pensare a spazi di riflessione e di intervento da offrire alla donna e al suo nucleo familiare, intervento che coinvolga, possibilmente, una équipe curante a carattere multidisciplinare che sia in grado di fornire ascolto e sostegno, in modo tempestivo e continuo nei momenti difficili.

L'obiettivo è proprio quello di trasformare la sofferenza per l'annuncio dell'handicap, da lutto in un avvenimento significativo, che possa essere integrato nella vita psichica degli individui.

Al di fuori di tali spazi di riflessione, ciascun curante, preso dall'urgenza delle cure mediche e dalle dolorose risonanze emotive suscitate dal bambino e dai genitori, si trova esposto al rischio di mettere in atto difese - quali la negazione o il distanziamento emotivo - che non solo tendono a rendere poco significativa la comunicazione con i genitori, ma anche a rendere difficile per questi ultimi la relazione col feto-bambino.

Nel momento in cui viene comunicata la diagnosi alla coppia è quindi molto importante che l'équipe curante possa offrire un **intervento orientato a**:

- accogliere i problemi posti dal debordare delle emozioni, delle ansie, dei sensi di colpa, dei sentimenti depressivi o persecutori, valorizzando adeguatamente le risorse personali, familiari e istituzionali capaci di farvi fronte.
- Consentire alla coppia di comunicare sentimenti dolorosi come la rabbia, sottraendoli così alla inespressibilità e alla cronicizzazione, al rischio cioè che possano evolvere in disturbi somatici o comportamentali, rendendoli vivificanti e creativi, affinché sia possibile preparare e accompagnare la coppia nella ricerca di nuove esperienze di gravidanza o nel prendersi cura di un bambino malato o con handicap.
- Impedire il dilagare di processi riparativi caratterizzati dalla maniacalità o dal controllo, tesi ad evitare il contatto con una realtà troppo dolorosa o mortificante, attraverso l'uso di difese psichiche primitive e inadeguate.
- Recuperare gli aspetti positivi sperimentati della coppia sia nella relazione col feto/bambino, nel corso delle diverse fasi della gravidanza, che nella storia familiare e di coppia, mantenendo intatta la carica vitale posseduta dai legami affettivi vissuti.
- Offrire una informazione che possa limitare l'emergere di spiegazioni irrazionali e colpevolizzazioni sulle cause delle malformazioni, migliorando dunque l'esame di realtà e la consapevolezza dei genitori, così da rendere loro possibile una integrazione tra realtà e desiderio.





## Aspetti psicologici nei casi di aborto spontaneo o terapeutico

Dopo l'infausta diagnosi spesso la gravidanza non giunge a termine. L'interruzione di gravidanza, che sia spontanea o terapeutica, è sicuramente un evento che porta con sé, concretizzandolo, il concetto di "morte" di cui spesso i genitori tendono a farsi completamente carico.

**È importante fornire ai genitori un contenimento dell'angoscia** che li aiuti a non sentirsi totalmente "a pezzi". L'esperienza è infatti talmente sconvolgente che impedisce di ripensare a sé come soggetti carichi di vita e con competenze per la vita e in grado di pensare al futuro.

Bisogna restituire una immagine di genitori che restano tali, che si sono immaginati tali, che magari non saranno mai genitori ma restano comunque persone. Una integrità che ha valore per sé. Persone con capacità di dar vita o di creare.

È fondamentale aiutare e supportare la coppia nel necessario processo di differenziazione tra figlio fantasticato e figlio reale. In tal modo sarà possibile individuare e successivamente allontanare e allontanarsi da una immagine di bambino idealizzato carica di valenze proiettive più che valenze vitali di per sé. Questo è importante nel caso siano già presenti dei figli oppure nel caso in cui la coppia intenda intraprendere altre gravidanze.

**La perdita** con cui la donna deve fare i conti non è soltanto quella del bambino sognato e idealizzato ma anche, e soprattutto per le prime gravidanze, la perdita di una parte di sé, cioè **dell'identità di madre** che cominciava se non proprio a costituirsi perlomeno a intravedersi e della conferma narcisistica che questo comportava.

Spesso nelle donne che si sottopongono ad aborto terapeutico c'è una identificazione tra il bambino cui si rinuncia e le parti di sé dolenti e malate, come la propria piccola creatura, considerate responsabili dell'insuccesso.

È molto importante aiutare emotivamente la donna a non evacuare queste parti di sé, ma a comprenderle e accettarle integrandole come aspetti emotivi legati alla propria storia, utili per riorganizzare il proprio campo affettivo che, così rinnovato, può impegnarsi in una nuova esperienza procreativa.

Il processo psicodinamico della maternità implica dapprima la re-immersione in una dimensione fusionale, poi la sua lenta risoluzione. Questo movimento mette in risonanza tutte le angosce più radicali del processo di **individualizzazione-separazione personificazione** della donna, risolvendo tutti i più antichi conflitti del suo sviluppo psicoaffettivo.

Durante la gravidanza si riattiva la complessa conflittualità verso la *madre edipica*. Diventare madre, in un certo senso, è anche un po' prendere il posto della propria madre, fare un bambino è un po' rubarle la fecondità a cui segue la paura della sua ritorzione.

La paura circa l'integrità del bambino, la frequente paura di partorire un bambino handicappato sono state interpretate dagli Psicoanalisti prevalentemente in questo modo, cioè come paura della vendetta della madre.



Questi fantasmi la cui presenza appartiene alla normale fisiologia della gravidanza, possono precipitare bruscamente in caso di aborto che può assumere il significato di loro conferma nella realtà.

L'obiettivo dell'intervento psicologico nei casi di aborto spontaneo o terapeutico consiste nell'aiutare la donna ad elaborare un lutto, particolarissimo, quale quello di *un bambino mai nato*.

È una perdita molto particolare, interiore, radicata e intrecciata con le caratteristiche della struttura psicologica della madre. La donna ha a disposizione non memorie di fatti di vita del proprio figlio ma pensieri, fantasie e sogni.

La prospettiva dell'aborto è una sorta di bomba, spesso a ciel sereno.

Tale brusca prospettiva mette duramente alla prova la tenuta delle maglie psichiche e quando non paralizza la gestante, questa esprime una ideazione melanconica di espiazione, di colpa o di rabbia persecutoria (Helene Deutsch, 1957).

### La nascita di un bambino con patologia

La coppia genitoriale che scopre che il loro piccolo è malato solo al momento del parto, si trova ad elaborare una sorta di **doppio lutto**:

- quello legato alla perdita del bambino immaginario durante la gravidanza;
- quello legato alla salute del bambino e alla propria immagine di sé come di buoni genitori portatori di vita.

La patologia del bambino concretizza dolorosamente le angosce che compaiono nell'ultima fase della gravidanza; questo determina una serie di riserve sia sulle possibilità materne di attuare quel processo di riconoscimento del bambino indispensabile per entrare in un rapporto empatico con lui, riconoscere i suoi bisogni e rispondervi in modo adeguato, sia su quelle paterne di trovare un proprio ruolo di sostegno per la coppia madre-bambino.

I sentimenti e i pensieri che emergono in queste situazioni, pur nella diversità legata alla unicità di ogni situazione, sembrano seguire un percorso comune.

Vi è da parte dei genitori la ricerca delle possibili cause in se stessi e in soggetti esterni.

È molto grave se la colpa viene attribuita ai Medici perché potrebbero non sottoporre il bimbo alle cure necessarie.

È fondamentale, quindi, aiutare i genitori a uscire dall'isolamento caratterizzato dal peso di emozioni devastanti, cercando di comprenderle, accoglierle e contenerle.

È importante fornire **supporto alle loro capacità** di prendersi cura del bambino, evitando di alimentare vissuti di inadeguatezza e considerare e rispettare i loro tempi.



## Riflessioni sul contributo dello Psicologo

Il contributo dello Psicologo è fondamentale nei riguardi dei genitori e nei riguardi dell'équipe medica nel caso di una diagnosi di malformazione, nel caso di un aborto, così come al momento della nascita.

**Con i genitori**, è importante al fine di:

- promuovere l'elaborazione dei vissuti, ossia aiutare a superare le illusioni di una vita "normale", i sensi di colpa, il lutto per la perdita del bambino fantasticato, ansia e delusione dovuta alla frustrazione delle attese;
- informare i genitori, ossia prepararli circa ciò che li attende una volta usciti dal reparto.

**Con l'équipe** l'intervento dello Psicologo è teso a:

- favorire il confronto tra professionalità diverse sui temi della salute psichica, della relazione e della comunicazione;
- fornire un sostegno agli operatori impegnati in un'attività che implica una forte connotazione emotiva.

**La realizzazione di un approccio multidisciplinare** implica da parte dei Medici, Infermieri, e del personale sanitario in genere, un'apertura rispetto alle implicazioni emotive del lavoro e una fiducia nella possibilità di avere uno scambio significativo con altre figure professionali.

A volte l'occasione di riflessione comune è evitata perché vissuta come un aggravio invece che come un sollievo, quasi che il pensare insieme aumentasse il disagio e la sofferenza; in altri casi, non si desidera condividere il proprio campo di lavoro con operatori esterni sentiti come estranei.

È importante che lo Psicologo si cali nella realtà della situazione, con una presenza di tipo osservativo e/o di lavoro con i bambini e i genitori sufficientemente stabile da offrire una collaborazione duratura, adeguata a configurare un processo comune e stabilire rapporti significativi.

È altrettanto importante che lo Psicologo rispetti gli atteggiamenti del personale medico e paramedico senza esprimere giudizi o critiche. Quando un Neuropsichiatra infantile e lo Psicologo sono veramente inseriti nel lavoro di "squadra", l'aiuto non è unilaterale ma reciproco, allora l'équipe lavora in modo davvero multidisciplinare.

## Conclusioni

L'arrivo di un figlio rappresenta fin dai primi momenti della gravidanza un vero e proprio "oggetto d'amore", con il quale madre e padre costruiscono un legame, sia fisico che mentale. Ogni coppia genitoriale, seppure con modalità differenti e in modo parzialmente inconscio, inizia a fantasticare sul "proprio bambino" investendolo di desideri e aspettative.

**Gravidanza e nascita patologica****Valentina Zappa**  
**Psicologo**Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

La gravidanza procede in maniera fisiologica nella maggior parte dei casi, ma purtroppo non in tutti i casi. A volte, le paure sulla salute del feto sono fondate e irrompono bruscamente nella realtà al momento della diagnosi.

Questa tragica realtà modifica nei genitori, specie nei casi di aborto terapeutico, la percezione e definizione del proprio ruolo: da "generatori di vita" a "generatori di morte".

L'aborto, seppur medicalmente prescritto, si presenta sempre come un evento innaturale e, per questo, totalmente al di fuori di una realtà comprensibile e accettabile.

L'umore, nel periodo successivo a un aborto, presenta una serie di sentimenti ed emozioni negative come la tristezza, l'angoscia e il senso di colpa, che è profondamente presente anche in altre situazioni come le nascite di bimbi con patologie, dove i genitori si sentono reali portatori di malformazioni e malattie genetiche.

Alcune malformazioni fetali possono essere correggibili chirurgicamente dopo la nascita, mentre nei casi più gravi (malattie genetiche) gli esiti sono permanenti, perciò per i genitori di questi bambini l'evento critico della diagnosi ed, eventualmente della nascita, è reso ulteriormente complesso dalla futura presenza di un bambino con disabilità neurofisiologica che avrà una profonda influenza sui membri della famiglia e sulla loro vita.

Proprio per questo motivo è estremamente importante, in questo travagliato e dolorosissimo percorso, fornire ai genitori un appropriato supporto psicologico, che li aiuti ad affrontare e ridurre i vissuti negativi sperimentati: la depressione, la frustrazione, l'ansia, la vergogna e il senso di colpa.

Nel caso la coppia genitoriale decidesse di portare a termine la gravidanza, proverà una grande preoccupazione per il futuro del proprio bambino, così come per il proprio futuro a causa del timore di non esser compresi dagli altri; per questo motivo, lo Psicologo potrebbe introdurre tali genitori in **gruppi di supporto specifici**, dove possano incontrare altre coppie con problemi simili al loro, in cui si possa circolare uno scambio "simmetrico" di informazioni sulle patologie, sui possibili percorsi di cura e, soprattutto, il fondamentale sostegno reciproco.

**Bibliografia**

- Bisiacchi P., Saviolo N., *"Neuropsicologia dello sviluppo. Principali patologie genetiche e neurologiche"*, Carocci Editore, Roma, 2005
- Camaioni L., Di Blasio P., *"Psicologia dello sviluppo"*, Il Mulino, Bologna, 2002
- Deutsch H., *"Psicologia della donna adulta e madre"*, Einaudi, Torino, 1957
- Gurman A.S., Kniskern D.P., *"Manuale di terapia della famiglia"*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- Molinari E., *"Clinica psicologica in sindromi rare"*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002
- Rafael-Leff J., *Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood*, in "British Journal of Medical Psychology", 59, 43-55, 1986
- Sanavio E., Cornoldi C., *"Psicologia clinica"*, Il Mulino, Bologna, 2001
- Soubieux M.J., Soulé M., *"La psichiatria fetale"*, Franco Angeli, Roma, 2007