

Rischio psicopatologico nelle gravidanze successive a una perdita perinatale

Novella Cantarutti Buiani 2019

Abstract

Le gravidanze successive a una perdita perinatale sono un momento delicato della vita della donna e della sua famiglia. Malgrado la loro frequenza, l'impatto psicologico e i rischi che producono, le gravidanze con queste caratteristiche mancano di supporti adeguati, evidenziando carenze negli attuali standard di cura e nelle linee guida per l'assistenza perinatale. Questo articolo vuole porsi come una riflessione su tale argomento, proponendo dei possibili interventi in ambito psicologico a sostegno di questa fase delicata del ciclo familiare e individuale.

Introduzione

Le definizioni e la classificazione delle tipologie di perdita e lutto perinatale non sono uniformi a livello internazionale (Lawn et al., 2016). In questo articolo sono state prese in considerazione le definizioni italiane che, rispetto a quelle internazionali, includono tutti i tipi di decesso del bambino, dal suo concepimento ai primi mesi di vita dopo la nascita, non distinguendo la fase precoce della gestazione da quella avanzata e post parto.

Il lutto perinatale è un evento molto più frequente di quel che si pensi. Nella sola Italia, i numeri sono altissimi. Ogni anno, ben quasi 180.000 famiglie, subiscono questo tipo di perdita. Fino all'80% per cento di queste morti si verifica nel primo trimestre di gravidanza, mentre il rimanente avviene nei periodi successivi, con un'impennata in prossimità della data del parto (ISTAT, 2016). Queste percentuali, che ricalcano le frequenze mondiali, sono carenti di un opportuno riconoscimento sociale e culturale, inoltre mancano tuttora delle linee guida precise e univoche per un adeguato accompagnamento psicologico da parte degli operatori (Alderdice, 2017; Frøen et al., 2011).

È comprovato che la perdita perinatale a livello generale possa essere un'esperienza incredibilmente difficile e traumatica per i genitori che la vivono. Sebbene la morte endouterina fetale (MEF), abbia degli elementi potenzialmente più traumatici rispetto alle perdite precoci (Chung, Redd, 2017; Gold et al., 2016), è emerso che non sia la durata della gestazione a definire la durata e profondità del lutto, bensì l'intensità dell'investimento affettivo e l'attaccamento rispetto a quella gravidanza (Moulder, 1994; O'Leary, 2004).

Esempi di perdita perinatale sono l'aborto precoce, l'aborto spontaneo, la gravidanza extrauterina, l'interruzione volontaria o terapeutica, una grave patologia fetale con decisione di proseguire la gravidanza ma con feto o neonato terminale, la morte in utero, la morte durante il travaglio, il parto o subito dopo, in TIN (Terapia Intensiva Neonatale), la morte di uno o più gemelli in gravidanza multipla (perdita spontanea o selezione), la perdita dopo la procreazione assistita. Vanno inoltre considerate la morte improvvisa del lattante o SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), gli incidenti, l'infanticidio. Una riflessione a riguardo può essere posta anche ai casi in cui viene deciso di dare in adozione il bambino partorito, agli allontanamenti coatti per patologia psichiatrica materna o per altri gravi motivi e infine alla maternità surrogata, caso, quest'ultimo, che non rientra nella casistica italiana, ma che ha aperto un filone di ricerche in campo internazionale sull'esperienza delle madri donatrici, ad esempio gli studi di Ahmadi Teharan et al. (2014), di Jadva, Imrie, Golombok (2014) e di Lamba, Jadva, Golombok (2018).

Gli studi sul lutto perinatale indicano che questo evento tragico spesso conduce a un cordoglio molto profondo (Bennett et al., 2008). Dopo la diagnosi possono emergere sensazioni paralizzanti all'idea di portare in grembo un bambino morto e doverlo partorire, con vissuti di shock, terrore, orrore, rabbia e confusione (Burden et al., 2016; Trulsson, Radestad, 2004). Subito dopo il parto può comparire uno stato doloroso agli arti superiori chiamato "sindrome delle braccia vuote" (Ravaldi et al., 2008), mentre il seno può produrre la montata lattea come reazione al pianto di altri neonati (Cole, 2012). Nei mesi successivi, fino al primo anno e oltre (Campbell-Jackson, Bezance, Horsch, 2014), la sofferenza emotiva può tradursi in dolore fisico, con manifestazioni che vanno dalle variazioni dell'appetito, alle difficoltà a dormire, al mal di testa e alle vertigini (Murphy, Shevlin, Elklit, 2014). Molto frequenti sono anche l'ansia acuta, il disturbo da stress post-traumatico, fino ad arrivare a importanti sintomi dissociativi (Engelhard et al., 2003; Van Emmerik, Kamphuis, Emmelkamp, 2008). Tipici sono l'aumento della somatizzazione e dei comportamenti ossessivo-compulsivi, nonché della depressione (Murphy et al., 2014), dell'irritabilità e di un forte desiderio per il bambino perso (Krosch, Shakespeare-Finch, 2017). Tra i genitori che manifestano stress post-traumatico dopo la perdita perinatale, alcuni possono essere a rischio di ideazione suicidaria, infarto, malattia e possibile morte (Prigerson et al., 1999), mentre il 35% delle madri, a un mese dall'evento, ha l'impressione di essere ancora incinta del bambino perso (Friedman, Garth, 1989).

Un'ulteriore eventuale complicanza psicopatologica è l'insorgenza di un disturbo da lutto persistente complicato (APA, 2013; McSpedden et al., 2017). Inoltre, è stato rilevato che, nelle coppie che subiscono una perdita perinatale, c'è un maggior rischio di interrompere la relazione rispetto a quelle a cui nasce un bambino in salute (Gold, Sen, Hayward, 2010). Infatti, le numerose conseguenze

psicologiche e fisiche avverse di questo evento, inducono un aumento dello stress e del conflitto relazionale, con maggiori problematiche nella sessualità e intimità (Hutti et al., 2014).

In considerazione di tutto ciò, questo lutto, così a lungo scarsamente riconosciuto come tale, va considerato come un lutto vero e proprio (Haussaire-Niquet, 2004). Nonostante alcune peculiarità che lo contraddistinguono, presenta, rispetto ad altri tipi di perdita, la stessa evoluzione, sentimenti e paure, con uguale rischio di incorrere in un lutto complicato e di sviluppo di sintomi di ansiosi, depressivi o di altri problemi psicopatologici. Esso manifesta, inoltre, un legame diretto con le difficoltà di attaccamento con i figli attuali e futuri, con problematiche che vanno dal disinvestimento affettivo all'idealizzazione del figlio perso, ai disturbi psicopatologici nelle gravidanze successive e alle criticità nel sistema familiare trigerazionale (Gandino, Vanni, Bernaudo, 2018).

Le gravidanze successive alla perdita perinatale

La maggior parte delle donne che sperimentano una perdita perinatale, tenta di concepire una gravidanza successiva nell'arco di breve tempo (Carter et al., 2007; Côté-Arsenault, Morrison-Beedy, 2001; Wojcieszek et al., 2016). Circa il 50-80% rimane di nuovo incinta nel giro di un anno (Blackmore et al., 2011; O'Leary, 2009). È infatti frequente pensare che rimanere gravide dopo tale evento cancellerà i tristi ricordi della perdita e le farà sorridere nuovamente.

Tuttavia, la gravidanza dopo una perdita di questo tipo è un evento psicologicamente stressante (Gaudet et al., 2010; Hutti, Armstrong, Myers, 2011). Questa nuova esperienza rappresenta il ripetersi di un vissuto doloroso, in cui i genitori saranno continuamente messi alla prova dai ricordi della gravidanza precedente (Gandino et al., 2018).

Se è mancato il tempo necessario per elaborare il lutto, è possibile che si sentiranno ancora frastornati ed emotivamente troppo fragili. Questa gravidanza, in quanto riattivante di un'esperienza traumatica, amplifica la vulnerabilità per lo sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress ed è spesso associata a forti stati d'ansia, paura, ipervigilanza e incertezza, a cui si legano preoccupazioni inarrestabili per il benessere del feto (Armstrong, 2004; Côté-Arsenault, Bidlack, Humm, 2001; Côté-Arsenault, Mahlangu, 1999; Côté-Arsenault, Marshall, 2000; Engelhard, Van den Hout, Arntz, 2001; Geller, Kerns, Klier, 2004; Turton et al., 2001). Nonostante nelle gravidanze successive ci sia per le donne una maggior probabilità di provare un'ansia acuta (Côté-Arsenault, 2003) e un maggior rischio di depressione (Nynas et al., 2015), alcune autrici hanno identificato la presenza di un meccanismo autoprotettivo chiamato "emotional cushioning" (Côté-Arsenault, Donato, 2011), in italiano traducibile come "protezione emotiva" (Gandino et al., 2018).

Secondo Côtè-Arsenault e Donato (2011), “l’emotional cushioning” riassunto nella sigla EC, è un meccanismo difensivo complesso che può essere conscio o inconscio e aiuta le donne a proteggersi dall’ansia legata alla gravidanza, in particolare dal timore di incorrere nel dolore di un’ulteriore perdita perinatale. In questa situazione lo spazio mentale e fisico per il nuovo bambino può faticare ad essere creato, i preparativi tendono ad essere posticipati: la gravidanza non viene annunciata, non viene scelto il nome, si cerca di evitare l’attaccamento emotivo con il bambino, non si investe nella genitorialità nella fase prenatale.

Da una delle ricerche di Côtè-Arsenault e Donato (2011), è emerso che la maggior parte delle donne ha utilizzato questa difesa. Le autrici hanno ipotizzato che, nonostante l’EC sia diverso per ogni individuo e vari nel tempo con diversi livelli di consapevolezza, la maggior parte dei soggetti intervistati abbia provato ansia e preoccupazione, cercando di trattenerle intenzionalmente. Questa modalità difensiva ha permesso alle donne di controllare le preoccupazioni eccessive aumentando la fiducia in se stesse e nella loro gravidanza. Esse infatti credevano che esprimere le loro vere emozioni, la paura e l’ansia provata, avrebbe messo a rischio la gravidanza e la loro capacità di far fronte alle emozioni, aumentando l’ansia anche nelle persone vicine. Le autrici ipotizzano che l’EC abbia consentito alle donne di mantenere un senso di normalità durante la gravidanza, facendole investire anche su altro e non solo sulle paure di una perdita.

Tuttavia, alcuni studi precedenti sulla relazione di coppia dopo una perdita perinatale, hanno rilevato che l’intenzione di proteggere i partner, evitando la condivisione di sentimenti e le esperienze negative, favorisce la distanza emotiva (Bennett et al., 2005). Poiché l’EC potenzialmente serve da cuscinetto emotivo, permette alle donne di funzionare all’interno dei propri ruoli e rapporti familiari, ma riduce la soddisfazione della relazione con i partner (Côtè-Arsenault et al., 2011). Ulteriori aspetti negativi della EC consistono nel non cercare aiuto o nel non condividere i propri sentimenti o preoccupazioni con il proprio sistema di supporto e il non impegnarsi nel processo di formazione dell’attaccamento prenatale con il proprio bambino (DiTullio, 2019).

Alcune donne, che non usano l’EC in senso stretto, cercano comunque di schermarsi attendendo il peggio, con la convinzione erronea che così soffriranno di meno se la gravidanza non andasse a buon fine (Galst, 2018). Nella mia esperienza clinica, ho incontrato alcuni genitori che hanno rimpianto di non essere stati informati in gravidanza sulla possibilità di aborto o morte fetale, nell’idea che sentirsi preparati a questa evenienza li avrebbe indotti a inibire l’attaccamento nei confronti del bambino, risparmiando loro il dolore. L’inibizione dell’attaccamento prenatale con conseguente disinvestimento affettivo è frequente anche nelle madri che attendono l’esito dell’amniocentesi o di altri esami diagnostici.

In questo caso si parla di “gravidanze provvisorie”, dove, il rischio che qualcosa possa essere geneticamente sbagliato nel feto, potrebbe indurle alla decisione di interrompere la gravidanza (Rohtman, 1986). Dopo l’amniocentesi, proprio per questo pericolo, sono immediate le reazioni ansiose e depressive. Nel caso in cui l'esito dell'esame risulti rassicurante, le madri si sentono tranquillizzate e iniziano a investire emotivamente sul nascituro (El-Hage et al., 2012).

Nel caso in cui la gravidanza precedente sia stata interrotta volontariamente per diagnosi di anomalia fetale, è frequente vivere la così detta “attesa in allerta” (Bernhardt et al., 2013), caratterizzata da una notevole preoccupazione e ansia, che non si riduce con esiti diagnostici positivi e che perdura fino alla prima infanzia del bambino, con timori per la sua salute e per il suo sviluppo (Redlinger-Grosse et al., 2002). È importante comunque riconoscere che le donne che utilizzano la EC e le altre difese autoprotettive, riconoscono l'esistenza della loro gravidanza, con processi mentali diversi da quelli presenti nei casi di negazione o “diniego della gravidanza” (Bayle, 2008; Dayan, Bernand, 2013).

Un ulteriore problema che può svilupparsi dopo un aborto spontaneo, una morte fetale o un’interruzione volontaria di gravidanza ed evidenziarsi nelle gravidanze successive, è ad esempio la paura del parto o tocofobia secondaria (Hofberg, Ward, 2003). La tocofobia corrisponde a uno stato fobico patologico dove l’ansia specifica per il parto, o la paura di morire nel mentre, sono così intensi da spingere la donna ad evitare quanto più possibile tale evento. Alcuni autori, ad esempio, hanno rilevato in un gruppo di donne con tocofobia secondaria il timore che il bambino fosse già morto (Hofberg, Brockington, 2000). La paura di partorire in questi casi diventa paralizzante, terrificante e invalidante, sia in termini fisici, sia emotivi (Scollato, Lampasona, 2013). Molte donne che hanno avuto una perdita perinatale, con conseguente parto altamente traumatico sviluppano un disturbo post traumatico e nella nuova gravidanza, per proteggersi emotivamente, richiedono il taglio cesareo elettivo (Hofberg, Ward, 2003; Saisto et al., 1999). Nella mia pratica clinica, per esempio, ho seguito alcune madri che dopo aver partorito per via vaginale il loro bambino deceduto nell’ultimo trimestre di gestazione, per lungo tempo non sono più riuscite a defecare, in quanto i movimenti intestinali ricordavano loro il travaglio, provocando loro stati ansiosi. Incinte nuovamente, non tolleravano l’idea di dover partorire senza un cesareo.

Spesso, anche date o anniversari che ricordano la gravidanza precedente, il ritorno nell’ambiente ospedaliero e soprattutto il sottoporsi all’ecografia possono ritraumatizzare la donna, portandola a stati dissociativi (O’Leary, 2005). Ricordo in merito, il vissuto difficile di una ragazza italiana di circa trent’anni, residente all’estero, che, incinta, aveva scelto di partorire in Italia. Per questo motivo, prendeva l’aereo settimanalmente per tornare nella sua città d’origine e per frequentare il corso di

accompagnamento alla nascita. Gli insopportabili sintomi di un disturbo post-traumatico da stress dovuto a una MEF precedente, le impedivano di tornare fisicamente nell'ospedale estero dove aveva partorito e di richiedere l'assistenza agli operatori sanitari locali, costringendola così, a fare questa scelta estrema.

È importante considerare che, in gravidanza, alti livelli di stress e ansia spesso inducono una serie di esiti negativi non solo per la madre, ma anche per il bambino, causando, ad esempio, una maggior frequenza di parti prematuri o di basso peso alla nascita (Grote et al., 2010) nonché di temperamento infantile irritabile (Van den Bergh et al., 2005; Wurmser et al., 2006). Da alcuni studi, è emerso che, mentre l'ansia prenatale materna è frequentemente associata a livelli più bassi di sviluppo mentale infantile a 2 anni dalla nascita e a sintomi di deficit dell'attenzione a 8, 9 anni (Brouwers, Van Barr, Pop, 2001; Van den Bergh, Marcoen, 2004), lo stress prenatale è associato a disturbi cognitivi, comportamentali, urologici e neuroendocrini del bambino fino ai 6 anni (Huizink, Mulder, Buitlaar, 2004). Inoltre, quando ci sono traumi gravi che impattano nella vita delle madri nei due anni che precedono o seguono la nascita del bambino, come ad esempio nel caso di morte pre e perinatale, esiste un maggiore rischio che il nuovo nato, in età adulta, sviluppi un disturbo dissociativo, oppure altri disturbi in cui i processi dissociativi giocano un ruolo importante (Colli, 2006; Liotti et al., 2000).

Nascere dopo un lutto perinatale

L'esperienza di una gravidanza successiva a una perdita perinatale, può impattare sull'atteggiamento dei genitori nei confronti del nuovo nato (Lamb, 2002) che, a livello del sistema familiare, può diventare il contenitore inconsapevole della trasmissione intergenerazionale del lutto (Schwab, 2012). Emergono infatti di frequente, varie problematiche nella funzione genitoriale e nello sviluppo dei legami di attaccamento con i bambini nati successivamente a questo tipo di lutto (Gaudet et al., 2010; Hughes et al., 2001; O'Leary, Thorwick, 2008).

L'attaccamento prenatale e postnatale, ad esempio, in questi casi risulta essere più basso (Alhusen, 2008), mentre nel lungo termine sussiste un alto rischio di sviluppare un attaccamento di tipo disorganizzato (Heller, Zeanah, 1999). Spesso questi genitori riferiscono di non riuscire a provare il normale entusiasmo per l'attesa di un bambino e ciò rischia di isolarli e farli allontanare dalle altre famiglie (Burden et al., 2016). Le difficoltà a instaurare un legame prenatale si traducono in un'assenza di preparazione alla nascita e di ricordi legati all'evento (Cotè-Arsenault, Donato, 2011). Questi bambini, i "penumbra baby", come li definisce Reid (2007) vivranno nel costante bisogno di attenzioni e riconoscimento da parte dei genitori in lutto (Gandino et al., 2018).

Per ovviare a queste problematiche sarebbe particolarmente importante che, tra l'interruzione della precedente gravidanza e l'instaurarsi di quella nuova, intercorra un tempo sufficiente, quantificabile in almeno 12 mesi o più (Carter, Mirsi, Tomfohr, 2007; Côtè-Arsenault, Morrison-Beedy, 2001; Wojcieszek et al., 2016). Un concepimento affrettato può interferire con l'elaborazione del lutto e la nuova esperienza può essere vissuta come la prosecuzione della gravidanza precedente (Gaudet, 2010). I genitori possono essere inclini ad associare nella loro mente l'immagine dei due bambini, con profonde difficoltà nello sviluppo dell'identità del nuovo nato che si trova a crescere all'ombra del fratello, occupandone il posto lasciato vuoto, spesso ricevendo anche lo stesso nome. Nei casi come questo, Rousseau (1988) parla di "figlio sostitutivo", mentre altri autori, di "sindrome del bambino rimpiazzato" (*replacement child syndrome* - Cain, Cain, 1964).

A volte, il timore dei genitori di perdere un altro figlio, li induce a sviluppare comportamenti iperprotettivi nei confronti del nuovo nato, il quale, visto come fragile e incline allo sviluppo di malattie, può a sua volta percepirsi come vulnerabile (*vulnerable child syndrome* - Green, Solnit, 1964). Molti studi, non a caso, evidenziano come i bambini nati dopo un lutto perinatale possano sviluppare problemi relativi all'identità, avere turbe del sonno, comportamenti aggressivi o difficoltà nelle separazioni (Hughes, Turton, Evans, 1999; Hughes et al., 2001; Sabbadini, 1988).

Altre volte, il nuovo nato può essere vissuto come una benedizione o un regalo e, in quanto "bambino dono" (*gift child* - Vollmann, 2014) o "bambino arcobaleno" (*rainbow baby* - Kasprzak, 2017), godere di una posizione speciale all'interno della famiglia. Spesso però, essendo stato investito dal difficile compito di far sentire la famiglia di nuovamente intera, assume il ruolo di colui che deve accudire i propri genitori, consolandoli dal dolore e dalla rabbia (Heller, Zeanah, 1999). Anche se può sviluppare emozioni conflittuali e ambivalenti nei confronti del fratello defunto (Gandino et al., 2018), ribellarsi alle aspettative familiari può essere molto difficile, sia per il sorgere del senso di colpa e di responsabilità (Vollmann, 2014), sia per il sentimento di lealtà verso il sistema familiare (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973).

Bowen (1991) definisce la perdita perinatale come "un'onda d'urto emotiva" che si propaga lungo le generazioni. *Essa è indotta dai contraccolpi che si diffondono tacitamente nella rete familiare in seguito ad un evento grave e che, se non hanno possibilità di espressione, si trasformano in sintomo* (Gandino et al., 2018). Se le famiglie non hanno le risorse per elaborare questa perdita, vi è un rischio concreto che questo evento venga trasmesso nella relazione con i figli, quelli già presenti e quelli che nasceranno, creando una catena transgenerazionale di dolore muto e senza possibilità di soluzione (D'Elia, 2007).

La gravidanza come riattivazione del lutto traumatico

Da quanto considerato fin qui, si può dedurre come le sequele di una genitorialità e gravidanza successiva a una perdita, possano essere molto difficili da sostenere per le donne e per le loro famiglie. Sorprende come, malgrado la loro frequenza, l'impatto psicologico e i rischi che producono, le gravidanze con queste caratteristiche manchino di supporti adeguati, con carenze negli standard di cura e nelle linee guida per l'assistenza prenatale (Frøen et al., 2011).

Spesso le donne in questi momenti presentano elevati livelli di stress e queste loro difficoltà le conducono a un maggior utilizzo dell'assistenza sanitaria, con costi sociali più elevati (Hutti et al., 2011). Appare quindi di primaria importanza occuparsi della prevenzione e dei trattamenti che potrebbero aiutare le donne e le loro famiglie a far fronte a questa fase delicata del ciclo familiare e individuale (DiTullio, 2019).

Il lutto perinatale e le gravidanze successive, oltre a riguardare la dimensione emozionale, relazionale e affettiva della donna, toccano anche e soprattutto, la dimensione corporea. La morte del bambino spesso avviene dentro il corpo femminile e anche quando questo non accade, il corpo ne è coinvolto completamente. L'evidenza clinica mostra ad esempio che alcune madri che hanno partorito un bambino che è deceduto (sia in fase prenatale, sia neonatale), per lungo tempo quando sentono il pianto di altri neonati rilasciano il latte dal seno. Questo accade nonostante l'assunzione di farmaci per l'inibizione di tale riflesso (Cole, 2012).

Nelle gravidanze successive, i ricordi della precedente e del suo esito, fanno vivere alla donna contemporaneamente due tipi di esperienza: da una parte l'investimento nella nuova gravidanza, con il corpo visto come potenziale custode di una condizione riparativa che ha il compito di far crescere e nascere un bambino, dall'altra, questa stessa esperienza contiene i semi del trauma e della paura precedenti con il terrore che tutto si ripeta, dove il corpo è percepito come una potenziale fonte di pericolo. Il corpo della donna diventa quindi il protagonista principale di due dimensioni opposte e allo stesso tempo paradossalmente coincidenti: la "pienezza della gravidanza" e il "vuoto" del lutto e del trauma. In queste gravidanze, il ricordo traumatico della morte del bambino, il suo parto, la sua attesa, vengono riattivati continuamente. Questo può accadere soprattutto se la donna cerca di rimanere nuovamente incinta troppo precocemente. Se è passato troppo poco tempo o non c'è stata sufficiente elaborazione della perdita, alcuni processi tipici del lutto potrebbero impattare sul benessere materno, portando a processi dissociativi, a riacutizzazioni di sintomi post-traumatici, ad ansia e depressione, al disinvestimento affettivo e alle difese emozionali descritte nelle parti precedenti (O'Leary, 2005).

Al fine di poter riconoscere quali siano gli stati emotivi e i processi più attivi e fornire un supporto psicologico adeguato, sarebbe interessante ad esempio approfondire in quale fase del lutto la nuova gravidanza è stata attivamente cercata e in quale concepita.

Il modello psicologico cognitivo-evoluzionista sul lutto fisiologico proposto da Onofri e La Rosa (2015) può essere utile per comprendere quello perinatale e i suoi riflessi in queste gravidanze. Secondo questo modello, esistono tre fasi del lutto differenti, non necessariamente successive e che possono sovrapporsi. Nella prima fase, assimilabile alla “fase dell’incredulità” e al concetto di trauma acuto, il sistema maggiormente attivato è quello di difesa. Dal sistema di difesa possono svilupparsi alcune parti della personalità diverse tra loro che corrispondono alla messa in atto di “processi dissociativi”, ovvero ad alterazioni transitorie della funzione integrativa della memoria e della coscienza finalizzate a diminuire l’attività mentale superiore e il dolore fisico. Tale meccanismo è spesso equiparabile al concetto di dissociazione strutturale della personalità.

Secondo una recente ridefinizione descrittiva del significato di queste parti, in origine concettualizzate in modo diverso (Steele, Bonn, Van der Hart, 2017, messi a confronto con Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006), si ritiene che nella prima fase del lutto si sviluppino “*parti che funzionano nella vita quotidiana*” (Parte Apparentemente Normale della Personalità- ANP) a prescindere dalla loro apparente normalità o livello di funzionalità e “*parti bloccate nel tempo del trauma*” (Parte Emotiva della Personalità - EP) ovvero “fissate” sui sistemi di difesa e di azione, come attacco, ipervigilanza, fuga, congelamento, morte simulata, da cui scaturiscono le emozioni. Le persone colpite dal lutto, nelle prime settimane, oscillano continuamente tra queste due posizioni.

Secondo Liotti e Farina (2011), il trauma dovuto a un lutto inibisce per un periodo più o meno lungo la capacità di integrare nella memoria i ricordi traumatici, impedendone una coscienza piena. Al proseguire delle fasi fisiologiche del lutto tali fenomeni dissociativi evolvono spontaneamente verso l’elaborazione e l’integrazione. Se accade che alcune manifestazioni del lutto traumatico permangano per lungo tempo, potremmo ritenerle come “fissazioni” in questa prima fase, bloccate in memorie traumatiche di difficile elaborazione poiché generate da un’iperattivazione di tipo sottocorticale. Conseguentemente, ogni volta che gli stimoli ambientali rievocano il lutto, il sistema di difesa si riattiverà (Onofri, La Rosa, 2015).

Secondo questa visione, possiamo dedurre che il sistema di difesa della madre nuovamente incinta o che sta cercando di concepire, sia sopraffatto e disorganizzato dalla morte del figlio e dagli altri ricordi traumatici collegati. Il sistema di difesa rimanendo attivo anche in situazioni non pericolose ricorderà il trauma attraverso il ripetersi dell’esperienza sensomotoria vissuta nei contesti percepiti come una minaccia (Odgen, Pain, Fisher, 2006). La donna, quindi, riattiverà continuamente le

esperienze sensomotorie provate durante la gravidanza e il puerperio precedenti. Anche il concepimento potrebbe venire percepito come pericoloso, nonostante ricercato per iniziare la nuova gravidanza, poiché ritenuto l'elemento propulsore dell'esperienza pregressa. Non a caso, molte coppie dopo una perdita manifestano difficoltà di tipo sessuale (Cacciatore et al., 2008). Non si può trascurare l'idea, che comunque, nessuno possa sapere quale sarà l'esito della nuova gravidanza e questa incertezza peggiora la potenzialità traumatica in divenire.

Per capire questi processi, potrebbe essere interessante approfondire che cosa accade quando le donne entrano nelle modalità difensive descritte precedentemente e cogliere come queste si sposino con i sintomi psicopatologici. Al momento mancano studi editi sui fenomeni dissociativi sia dopo un lutto perinatale, sia nelle gravidanze successive.

Ad esempio per quanto riguarda "l'emotional cushioning" (EC) sarebbe vantaggioso approfondire la concettualizzazione a proposito di come si sviluppa questa modalità difensiva e conoscere se e quali modalità dissociative e sensomotorie sono ad essa collegate e a che livello. Tale osservazione potrebbe essere utile per cogliere quali parti sono coinvolte nell'evitamento emozionale e quali nella sua espressione, quali nella negazione del lutto con la sostituzione illusoria delle due gravidanze, quali nel portare avanti la quotidianità e quali sono investite nel nuovo bambino. Sarebbe indispensabile esplorare i circuiti di legame "causa-effetto" che hanno questi fenomeni tenendo conto anche di ciò che accade nel corpo femminile.

Nella mia attività clinica ho seguito madri che, proprio a causa di queste reazioni difensive, non si toccavano la pancia, non la accarezzano per sentire il bambino, non usavano la voce per comunicare con lui e non riuscivano a percepire i suoi movimenti, oppure somatizzavano la paura trasformandola in dolore, provocando contratture a volte erroneamente percepite come minacce d'aborto o altri disturbi. Questi comportamenti potrebbero indicare una disfunzione del legame di attaccamento prenatale (O'Leary, 2004).

Partendo da un ragionamento di Caldwell (1997, cit. in Giannantonio, 2013), il quale ritiene auspicabile cogliere le modalità attraverso cui le persone traumatizzate evitano il contatto con il proprio corpo, o che presentano un deficit in tal senso, potrebbe essere utile capire come la donna blocca l'accesso alle informazioni emotive o sensomotorie, rispetto a ciò che evita di sentire. Questo è importante anche perché in gravidanza il corpo viene continuamente manipolato dagli operatori per le visite di routine e per l'assistenza sanitaria. Va quindi tenuto conto di quanto e come il tocco altrui possa impattare sulla percezione di minaccia o sicurezza sperimentata (Giannantonio, 2013).

Dopo la "fase iniziale dell'incredulità e della dissociazione" descritta qui sopra, si inserisce quella di attivazione del sistema di attaccamento (Onofri, La Rosa 2015). A qualche ora o giorno dal decesso,

le madri (anche i padri) sentono dolore e spasimo, piangono, sviluppano reazioni somatiche, cercano irrazionalmente il bambino, possono inoltre accanirsi alla ricerca del motivo per cui è morto o attaccarsi morbosamente ai referti. La forte rabbia sperimentata può condurle a denunciare gli operatori sanitari o comunque a provare un forte risentimento.

La ricerca disperata del figlio può suscitare, entro breve, il desiderio di un nuovo concepimento, spesso con l'illusione di riempire il grande vuoto interiore percepito.

Quando successivamente compare la "fase della disperazione", si sviluppano sintomi spesso riconducibili a quelli depressivi. In questo momento, nel lutto fisiologico, il sistema di attaccamento e quello di accudimento si attivano assieme amplificandosi. Tuttavia, alcuni comportamenti tipici dell'accudimento, come prendersi cura della tomba, accendere le candele e valorizzare il ricordo, dopo un lutto perinatale sono solitamente inibiti. Spesso, soprattutto se la perdita è sopraggiunta per un aborto precoce, la sepoltura e i riti di commiato non sono possibili a causa di fattori culturali e legislativi. Mancano inoltre la condivisione narrativa del dolore e del ricordo con le altre persone a causa dei tabù culturali su questo evento, complicando l'elaborazione del lutto. La condivisione sociale del cordoglio, può venire a mancare, per motivi analoghi, anche nel caso di una perdita in gravidanza avanzata o neonatale, portando agli stessi esiti (Haussaire-Niquet, 2004).

Le donne e i loro partner, in questa fase, se già in ricerca o in attesa di un altro bambino, potrebbero aver paura di dimenticare il figlio perduto e allo stesso tempo sentire un forte desiderio di ricongiungersi con lui, con il rischio che la nuova gravidanza assuma contorni indefiniti: "Stanno aspettando un secondo bambino o il ritorno di quello precedente?". La confusione, il senso di colpa provati, sia nei confronti del figlio deceduto, sia rispetto a quello in arrivo, potrebbero amplificarsi al massimo portando a sintomatologie psicopatologiche. In queste fasi quindi, possono manifestarsi tutte le problematiche relative al sistema di attaccamento e accudimento.

Le difficoltà qui descritte, per poter essere comprese al meglio, vanno lette all'interno della fenomenologia post-traumatica (Odgen, Pain, Fisher, 2006; Steele, Boon, Van der Hart, 2017), della cornice teorica dell'attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Hesse, 2008), della teoria multi-motivazionale evuzionistica (Liotti, Monticelli, 2008) e del modello sugli sviluppi traumatici (Liotti, Farina, 2011). Sarebbe quindi utile finalizzare studi a riguardo, per comprendere come, durante la gravidanza, questi fenomeni condizionino la qualità dell'investimento emotivo e che ruolo abbiano nella formazione di una difesa rispetto a un'altra, nonché come influenzino il post nascita.

Ad esempio l'EC (Côtè-Arsenault, Donato, 2011) potrebbe essere letto come la manifestazione, nella donna, di una "fissazione" o "inibizione" particolare e sovrapposta di tutti e tre i sistemi: quello di difesa, quello di attaccamento e quello di accudimento, includendo i possibili sviluppi traumatici

di questi. Altri tipi di difesa emotiva, a loro volta, potrebbero consistere in costellazioni diverse degli stessi elementi e processi. Il tutto può essere amplificato dalle varie sintomatologie post traumatiche. “Blocchi” e difficoltà in queste fasi, impediscono quindi, sia un buon decorso del lutto, sia l’investimento della genitorialità nella gravidanza.

Prendersi cura delle maternità ferite

Gli operatori sanitari che lavorano nell’ambito della psicologia clinica perinatale rivestono un’importanza cruciale nell’accompagnamento della donna e della sua famiglia, durante la gravidanza successiva a una perdita. Essere incinte durante il lutto per un bambino precedente, è un momento difficile e complesso da affrontare, in quanto carico di sentimenti misti di ansia e preoccupazione (DeBackere, Hill, Kavanaugh, 2008).

Il silenzio e la non condivisione dei vissuti diventano il “filo” unificante tra queste due esperienze, portando spesso a un lutto non risolto e peggiorando le difficoltà percepite nella nuova gravidanza (Gandino et al., 2018).

L’influsso della perdita precedente assieme ai vari sintomi psicopatologici e post traumatici, può interferire sull’attaccamento nei confronti del bambino atteso, sia prima della sua nascita (Diamond, Diamond, 2016; Markin, 2018) sia dopo (Al-Maharma et al., 2016) e indurre un peggioramento della qualità della vita. All’interno di una gravidanza con queste caratteristiche, l’ambivalenza diventa l’elemento principale, in cui la stessa gravidanza, interferisce sul decorso naturale dell’elaborazione del lutto. Questi vissuti complessi possono ricadere sulla percezione dell’autostima della donna, sul suo senso di identità e influire sui significati personali dati alla vita e alla morte. Possono ripercuotersi, inoltre, sulla percezione di controllo che entrambi i genitori hanno sulla gravidanza, sul loro stile genitoriale e sull’educazione dei figli (Heazell et al., 2016), impattando sul sistema familiare a livello intergenerazionale (Gandino et al., 2018).

Nell’ambito della clinica perinatale, pertanto, è necessario avere una “lente teorica” utile a leggere il trauma della donna, guardando alla sua gravidanza, alla nascita e al lutto precedente come a qualcosa di inscindibile e che viene sperimentato all’interno delle sue relazioni di attaccamento, attraverso il corpo e spesso con poche possibilità di elaborazione attraverso una narrazione condivisa. Questa gravidanza e il lutto antecedente, che sono, forse più di altri eventi traumatici dell’ambito ostetrico, candidabili alla “non dicibilità” e quindi al “segreto”, rimangono, utilizzando un linguaggio tipico della psicotraumatologia, confinati all’emisfero cerebrale destro, pertanto senza possibilità di un’integrazione adeguata nella memoria e risoluzione.

Secondo il modello cognitivo-evoluzionista, quando il lutto traumatico non ha possibilità di sbocco e quindi permane nel corpo, le terapie d'elezione diventano gli approcci che si basano sul colloquio ma sono orientati al corpo (Onofri, La Rosa, 2015).

Questi approcci, non impiegano come punto di accesso primario gli eventi e la narrazione della storia, bensì le reazioni e le attivazioni fisiche e corporee. Esempi sono l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 2000) e la Psicoterapia Sensomotoria (Odgen, Minton, Pain, 2006), ma anche per alcuni aspetti, la Mindfulness (Kabat-Zinn, 2005) e la Compassionate Focused Therapy (CFT) (Gilbert, 2010).

La Psicoterapia Sensomotoria, ad esempio, potrebbe rivelarsi uno strumento efficace per far esplorare alla donna, all'interno della sua storia di attaccamento, i traumi dovuti al lutto e alla gravidanza. Attraverso lo sviluppo di un atteggiamento mentale accogliente e non giudicante dei propri vissuti personali, in questa terapia viene promosso un maggior contatto con la propria corporeità (sensazioni fisiche, posture, movimenti) e l'apprendimento di azioni che promuovono autostima, sicurezza e senso di competenza. Di conseguenza, diventano possibili, una migliore autoregolazione dei propri stati interiori, l'interruzione dei cortocircuiti emotivi e la scelta di modalità di elaborazione più adatte (Bulleri, De Marco, 2013).

Questi specifici approcci, inoltre, permettendo un buon lavoro sulla stabilizzazione relazionale e sintomatologica, sul senso di sicurezza e sull'incremento di esperienze ed emozioni positive, possono rivelarsi estremamente utili se fosse necessario fermarsi a questo livello senza accedere alle memorie traumatiche, le quali potrebbero essere troppo destabilizzanti in gravidanza, permettendo alla donna la costruzione di risorse utili per vivere questa fase delicata sentendosi "protetta". Infatti, in aggiunta alla potenziale riattivazione traumatica del lutto, insita nella gravidanza stessa, va considerato che quando si aspetta un bambino, si vivono importanti cambiamenti sociali e relazionali, inoltre il cervello si modifica in funzione dell'attesa (Kim, 2016) e l'emisfero cerebrale destro risulta essere quello più attivo (University of Royal Holloway London, 2014), condizioni queste, che possono aumentare la sensibilità emotiva.

Attualmente esistono alcuni protocolli specifici di EMDR da usare in gravidanza per la prevenzione del trauma da parto e della depressione post partum utili anche per le esperienze di aborto volontario o spontaneo (De Divitiis, Luber, 2017), inoltre sono stati svolti degli studi sull'efficacia della Mindfulness da parte di madri con lutto perinatale (Roberts, Montgomery, 2015) e sull'utilizzo della CFT in situazioni di distress materno e infantile in epoca perinatale (Cree, 2010). Sarebbe interessante sviluppare dei protocolli ad hoc per la prevenzione dei disturbi psicopatologici nelle gravidanze successive e per aiutare la donna ad investire nell'attaccamento prenatale.

Numerosi infatti sono gli studi che evidenziano difficoltà nello sviluppo del bambino in relazione allo stress prenatale (De Weerth, 2018; O'Leary, 2004; Porges, 2011), all'attaccamento in gravidanza (Markin, 2018), ai traumi dovuti al parto (Levine, Kline, 2007; McCarty, 2004) e ai disturbi dovuti a traumi relazionali precoci (Schoore, 2003).

Nelle condizioni di rischio come questa, quindi, a causa del sorgere delle difese emotive, il genitore spesso non riesce a sviluppare l'esigenza di un riconoscimento del bambino come soggetto di un progetto di vita (Perricone, Morales, 2019). Dalla mia esperienza clinica, invece, emerge, come la promozione del contatto affettivo con il bambino in gravidanza, funga da protezione anche nel caso di un'ulteriore, sfortunata perdita, evitando ad entrambi i genitori, vissuti di rammarico e sensi di colpa e un peggioramento del lutto.

È quindi necessario pensare a degli interventi preventivi che coinvolgano il nucleo familiare della donna, sia in gravidanza, sia nella fase successiva. Un occhio di riguardo andrebbe posto sul partner (considerando anche le famiglie omoaffettive), tenendo conto che egli diviene spesso la maggior risorsa per questa (DiTullio, 2019; O'Leary, Thorwick, 2006) e sugli altri figli se presenti, non trascurando il sostegno al lutto per tutta la famiglia (Gandino et al., 2018).

Conclusioni

Nell'accompagnare la donna che desidera diventare di nuovo madre dopo una perdita perinatale, per aiutarla a raggiungere un concepimento consapevole, bisognerebbe intervenire subito dopo perdita del bambino precedente, in modo da consentirle la percezione di uno stato adeguato di benessere, sia in gravidanza, sia dopo la nascita. Questo, per promuovere in lei, quei processi che favoriscono l'elaborazione sana del lutto e il raggiungimento del riequilibrio personale, al fine di farle accettare e integrare la perdita del bambino.

Se non fosse possibile agire precocemente, sarebbe indispensabile poterlo fare durante la nuova gravidanza. È importante sostenere la donna attraverso gli approcci psicoterapici proposti precedentemente, durante le difficoltà, gli eventuali disturbi post traumatici e la messa in atto di alcune difese emotive, soprattutto nel caso di disinvestimento affettivo. Questi interventi potrebbero essere utili a promuovere le risorse, i sentimenti di sicurezza e di autoefficacia necessari a sviluppare una sufficiente consapevolezza genitoriale e a migliorare il legame e attaccamento con il nascituro, aumentando le condizioni di salute e benessere a lungo termine.

Tuttavia, in questa fase delicata del ciclo di vita, potrebbe sorgere il problema che la donna non voglia o non cerchi un sostegno psicologico. Coerentemente con le osservazioni in letteratura

(Giannantonio, 2014), ho infatti riscontrato anche nella mia pratica clinica, che spesso la donna, in gravidanza, non è disposta a sperimentarsi in lavori emotivamente delicati e che presuppongono un ampio dispendio di energie, per il timore di destabilizzarsi, seppure in modo controllato e momentaneo. In tal caso, è consigliabile motivare la donna a frequentare i corsi di accompagnamento alla nascita offerti dal servizio sanitario pubblico o privato o a partecipare ai vari gruppi di sostegno tra mamme, oppure a imparare tecniche di respirazione, rilassamento e presa di contatto con il corpo, in modo da ridurre il possibile senso di solitudine, sviluppare risorse e la consapevolezza di ciò che sta vivendo. Infine, sarebbe importante che gli operatori che lavorano nell'ambito della medicina, dell'ostetricia e della psicologia perinatale, infantile, familiare, approfondissero le conoscenze cliniche su questo argomento incentivando un adeguato lavoro di rete tra i diversi professionisti di questo settore e migliorando gli standard di cura attuali.

Bibliografia

Ahmadi Tehran, H., Tashi, S., Mehran, N., Eskandari, N., Dadkhah Tehrani, T. (2014). *Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study*. Iranian Journal of Reproductive Medicine, 12(7), 471-480.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Walls, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Alderdice, F. (2017) *The experience of stillbirth*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35(2), 105-107.

Alhusen, J.A. (2008). *A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment*. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 37(3), 315–328.

Al-Maharma, D., Abujaradeh, H., Mahmoud, K. F., Jarrad, R. A. (2016). *Maternal grieving and the perception of attachment to children born subsequent to a perinatal loss*. Infant Mental Health Journal, 37(4), 411-423.

Amstrong, D.S. (2004). *Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 33(6), 765-773.

APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Tr.it. *Manuale diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.

Bayle, B. (2008), *Négations de grossesse et gestation psychique*. In *Actes du premier colloque sur le français déni de grossesse*. Édition Universitaires du Sud: Toulouse, 75-90.

Bennett, S.M., Litz, B.T., Lee, B.S., Manguen, S. (2005). *The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180-187.

Bennett, S.M., Litz, B.T., Maguen, A., Ehrenreich, I. (2008). *An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss*. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 485-510.

Bernhardt, B.A., Soucier, D., Hanson, K., Savage, M.S., Jackson, L., Wapner, R.J. (2013), *Women's experience receiving abnormal prenatal chromosomal microarray testing results*. *Genetics in Medicine*, 15(2), 139-145.

Blackmore, E.R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., O'Connor, T.G. (2011). *Previous perinatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety*. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 373-378.

Boszormnyi-Nagy, I., Spark, G.M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row. Tr. it. *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio, 1988.

Bowen, M. (1991). *Family reaction to death*. In: F. Walsh, M. McGoldrick (eds), *Living Beyond Loss. Death in the Family*, 79-92. New York: Norton.

Brouwers, E.P.M., van Baar, A.L., Pop, V.J.M. (2001). *Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development*. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95-106.

Bulleri, L., De Marco, D. (2013). *Le madri interrotte. Affrontare e trasformare il dolore di un lutto pre e perinatale*. Milano: Franco Angeli.

Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, AE.P., Downe, S., Cacciatore, J., Siassakos, D. (2016). *From grief, guilt pain and stigma to hope and pride-a sistematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth*. BMC Pregnancy and Chilbirth, 16(9), 1-12.

Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K.L.S., Jones, H. (2008). *Stillbirth and the couple: a gender-based exploration*. Journal of Family Social Work, 11(4), 351-372.

Cain, A.C., Cain, B.S. (1964). *On Replacing a Child*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 3, 443-456.

Caldwell, C., (1997). *I modi del non sentire*. In: M. Giannantonio, (2013). *Trauma, attaccamento e sessualità. Psicoterapia integrata-corporea e bodywork per le ferite invisibili*, 59-65. Milano-Udine: Mimesis.

Campbell-Jackson, L., Bezance, J., Horsch, A. (2014). *“A renewed sense of purpose”: Mothers’ and Fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth*. BMC Pregnancy and Chilbirth, 14(423), 1-12.

Carter, D., Misri, S., Tomforh, L. (2007). *Psychologic aspects of early pregnancy loss*. Clinical obstetrics and gynecology, 50(1), 154-165.

Chung, M.C., Redd, J. (2017). *Posttraumatic Stress disorder Following Stillbirth: Trauma Characteristics, Locus of Control, Posttraumatic Cognitions*. Psychiatric Quarterly, 88(2), 307-321.

Cole, M. (2012). *Lactation after Perinatal, Neonatal, Infant Loss*. Clinical Lactation, 3(3), 94-100.

Colli, A. (2006). *La ricerca sugli interventi del terapeuta*. In: N. Dazzi, V. Linguardi, A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, 369-387. Milano: Raffaello Cortina.

Côté-Arsenault, D. (2003). *The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32(5), 623-629.

Côté-Arsenault, D., Bidlack, B., Humm, A. (2001). *Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss*. The American Journal of Maternal Child Nursing, 26, 128-143.

Côté-Arsenault, D., Donato, K. (2011). *Emotional cushioning in pregnancy loss*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29, 81-92.

Côté-Arsenault, D., Mahlangu, N. (1999). *Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: Women's experiences*. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 28(3), 274-282.

Côté-Arsenault, D., Marshall, R. (2000). *One foot in-one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss*. Research in Nursing & Health, 23, 473-485.

Côté-Arsenault, D., Morrison-Beedy, D. (2001). *Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss*. Journal of Nursing Scholarship, 33(3), 239-244.

Cree, M. (2010). *Compassion Focused Therapy with Perinatal and Mother-Infant Distress*. International Journal of Cognitive Therapy, 3(2), 159-171.

Dayan J., Bernard, A. (2013), *Déni de grossesse, infanticide et Justice*. Annales Médico-Psychologiques, 171, 494-498.

DeBackere, K.J., Hill, P.D., Kavanaugh, K.L. (2008). *The parental experience of pregnancy after perinatal loss*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 37(5), 525-537.

D'Elia, A. (2007). *Il lutto non è un fatto privato. La morte e le perdite nella letteratura familiare*. In: P.L. Andolfi, A. D'Elia (a cura di). *Le perdite e le risorse della famiglia*, 33-3. Milano: Raffaello Cortina.

De Divitiis, A.M., Luber, M. (2017). *Protocollo della terapia EMDR per la prevenzione del trauma del parto e della depressione postpartum della donna in gravidanza*. In M. Luber, (a cura di) *Trattamento dei disturbi d'ansia, del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi dell'umore. Desensibilizzazione e rielaborazione mediante i movimenti oculari. Script e schede riassuntive. I protocolli terapeutici dell'EMDR*, 431-483. Roma: Giovanni Fioriti.

De Weerth, C. (2018). *Prenatal stress and the development of psychopathology: Lifestyle behaviors as a fundamental part of the puzzle*. *Development and Psychopathology*, 30(3), 1129-1144.

Diamond, D.J., Diamond, M.O. (2016). *Understanding and treating the psychosocial consequences of pregnancy loss*. In: A. Wenzel (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of perinatal psychology*, 487-523. New York, NY, US: Oxford University Press.

DiTullio, M.C. (2019). *The Moderating Role of Emotional Cushioning Between the Grief Intensity of Perinatal Loss and Relationship Satisfaction Among Women*. Fighshare.com. Thesis.
<https://doi.org/10.25394/PGS.8061848.v1>.

El-Hage, W., Léger, J., Delcuze, A., Giraudeau, B., Perrotin, F., (2012). *Amniocentesis, maternal psychopathology and prenatal representations of attachment: A prospective comparative study*. *Plos One*, 7,1-9.

Engelhard, I.M., van den Hout, M. A., Arntz, A. (2001). *Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss*. *General Hospital Psychiatry*, 23(2).

Engelhard, I.M., van den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A., Schouten, E. (2003). *Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study*. *Behaviour Research and Therapy*. 41(1) 1, 67-78.

Friedman, T., Gath, D. (1989). *The psychiatric consequences of spontaneous abortion*. *British Journal of Psychiatry*. 155, 810-813.

Frøen, J.F., Cacciatore J., McClure E.M., Kuti, O., Okhio, A.H., Islam M., Shiffman J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377 (9774), 1353-1366.

Galts, J.P. (2018). *Diagnosi prenatale: l'impatto psicologico e le esperienze dei genitori in presenza di anomalie fetali*. In: R.M. Quatraro, P. Grussu (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale. Dalla teoria alla pratica* 175-215. Trento: Erickson.

Gandino, G., Vanni, I., Bernaudo, A. (2018). *A cerchi concentrici. La complessità della perdita perinatale e le sue perturbazioni*. Novara: De Agostini Scuola.

Gaudet, C., Sejourne, N., Camborieux, L., Rogers, R., Chabrol H. (2010). *Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251.

Geller, P.A., Kerns, D., Klier., C.M. (2004). *Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions*. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 35-45.

Giannantonio, M. (2013). *Trauma, attaccamento e sessualità. Psicoterapia integrata-corporea e bodywork per le ferite invisibili*. Milano-Udine: Mimesis.

Giannantonio, M. (2014). *Memorie traumatiche. EMDR e strategie avanzate in psicoterapia e traumatologia*. Milano-Udine: Mimesis.

Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy. The CBT Distinctive Features Series*. New York-US: Routledge/Taylor & Francis Group. Tr.it. *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli, 2018.

Gold, K.J., Leon I., Boggs, M.E., Sen, A. (2016). *Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample*. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263-269.

Gold, K.J., Sen, A., Hayward, R.A. (2010). *Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss*. *Pediatrics*, 125(5), 1202-1207.

Green, M., Solnit, A.J. (1964). *Reactions to threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome*. *Pediatrics*, 34(1), 58-66.

Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W. J. (2010). *A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction*. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.

Haussaire-Niquet, C. (2004). *Le deuil périnatal*. Gap, France: Le Souffle d'Or. Tr.it. *Guarire il lutto perinatale secondo la psicosintesi*. Torino: Amrita, 2010.

Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J. Flenady, V., Gold, K.J., Mensah, O.K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Toyin Saraki, H.E, Storey, C., Wojcieszek, A.M., Downe, S. (2016). *Stillbirths: economic and psychosocial consequences*. *The Lancet*, 387(10018), 604-616.

Heller, S.S., Zeanah, C.H. (1999). *Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: A pilot study*. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 188-199.

Hesse, E. (1999). *The Adult Attachment Interview: Historical and current Perspectives*. In: J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds). *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*, 395- 433. New York: Guilford.

Hofberg, K., Brockington, I.F. (2000). *Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases*. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.

Hofberg, K., Ward, M. (2003). *Fear of pregnancy and childbirth*. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510.

Hughes, P., Turton, P., Evans, C. D. (1999). *Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7200), 1721-1724.

- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G.A., Fonagy, P. (2001). *Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth*. *The Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(6), 791-801.
- Huizink, A.C., Mulder, E.J., Buitelaar, J.K. (2004). *Prenatal stress and risk for psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility?* *Psychological Bulletin*, 130(1), 115-42.
- Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A. (2011). *Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss*. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(2), 104-111.
- Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A., Hall, L.A. (2014). *Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after perinatal loss*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44, 42-50.
- ISTAT. *Annuario Statistico Italiano 2016* (Internet). Roma: Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.istat.it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>.
- Jadva, V., Imrie, S., Golombok, S. (2014). *Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child*. *Human reproduction*, 2015, 30(2), 373-379.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves And the World Through Mindfulness*. Tr.it. *Riprendere i sensi. Guarire se stessi e il mondo attraverso la consapevolezza*. Milano: Corbaccio, 2008.
- Kasprzak, E. (2017). *Rainbow babies: The children bringing hope after loss*. BBC News. Retrieved 15 September 2019. <https://www.bbc.com/news/uk-england-38602473>.
- Kim, P. (2016). *Human Maternal Brain Plasticity: Adaptation to Parenting*. *New Direction for Child and Adolescent Development*, 47-58.
- Krosch, D.J., Shakespeare-Finch, J. (2017). *Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 425-433.

Lamb, E.H. (2002). *The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting*. The Journal of Perinatal Education, 11(2), 22-40.

Lamba, N., Jadvva, V., Golombok., S. (2018). *The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates*. Human Reproduction, 30, No, 373–379.

Lawn, J.E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., Cousens, S. (2016). *Stilbirths: rates, risk factor and acceleration towards 2030*. The Lancet, 387(100018), 587-603.

Levine, P.A., Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eye. Awakening the ordinary miracle of healing*. Berkley, CA: North Atlantic Books. Tr.it. *Il trauma visto da un bambino. Pronto soccorso emotivo per l'infanzia e l'adolescenza*. Roma: Astrolabio, 2009.

Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G., Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G., Pasquini, P.G., Cirrincione, R., The Italian Group for the Study of Dissociation (2000). *Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102(4), 282-289.

Markin, R.D. (2018). *"Ghosts" in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss*. Psychotherapy (Chigago, III), 55(3), 275-288.

McCarty, W.A. (2002). *The power of belief: What babies are teaching us*. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Healt, 16(4), 341-360.

- McSpedden, M., Mullan, B., Sharpe, L., Breen, L.J., Lobb, E.A. (2017). *The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization*. *Death Studies*, 41(2), 112-117.
- Moulder, C. (1994). *Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 65-67.
- Murphy, S., Shevlin, M., Elklit, A. (2014). *Psychological Consequences of Pregnancy Loss and Infant Death in a Sample of Bereaved Parents*. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1).
- Nynas, J., Narang, P., Kolikonda, M.K., Lippmann, S. (2015). *Depression and anxiety following early pregnancy loss: Recommendations for primary care providers*. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(1), 1-14.
- Odgen, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton. Tr.it. *Il trauma e il corpo* Sassari: Istituto di Scienze Cognitive, 2012.
- Odgen, P., Pain, C., Fisher, J. (2006). *A Sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation*. *Psychiatric clinic of North America*, 29, 263-279.
- O'Leary, J. (2004). *Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy*. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1).
- O'Leary, J. (2005). *The trauma of ultrasound during a pregnancy following perinatal loss*. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 183-204.
- O'Leary, J. (2009). *Never a simple journey: Pregnancy following perinatal loss*. *Bereavement Care*, 28(2), 12-17.
- O'Leary, J.M., Thorwick, C. (2006). *Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(1), 78-86.

Onofri, A., La Rosa, C. (2015). *Il lutto. Psicoterapia cognitivo evolutiva e EMDR*. Roma: Giovanni Fioriti.

Perricone, G., Morales, M.R. (2009). *Madri in corsia. La competenza genitoriale nell'ospedalizzazione pediatrica*. Roma: Carocci.

Prigerson, H.G., Shear, S.C., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J.R.T., Rosenheck, P.A., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.B.W., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J., Zisook, S. (1999). *Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test*. Archives of General Psychiatry, 34, 1450-1454.

Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: Norton. Tr.it. *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti, 2014.

Ravaldi, C., Cialdi, E., Biagini, A., Pontello, V., Mello, G., Vannacci A. (2008). *Il lutto in gravidanza*. Toscana Medica, 8, 66-68.

Redlinger-Grosse, K., Bernhardt, B.A., Berg, K., Muenke, M., Biesecker, B.B (2002). *The decision to continue: the experiences and needs of parents who receive a prenatal diagnosis of holoprosencephaly*. American Journal Medical Genetics, 112(4), 369-378.

Reid, M. (2007). *The loss of a baby and the birth of the next infant: the Mother's experience*. Journal of Child Psychotherapy, 33(2), 181-201.

Roberts, L.R., Montgomery, S.B. (2015). *Mindfulness-based Intervention for Perinatal Grief after Stillbirth in Rural India*. Issues in Mental Health Nursing, 36(33), 222-230.

Rothman, B.K. (1986). *The tentative pregnancy: how amniocentesis changes the experience of motherhood*. New York: Norton.

- Rousseau, P. (1988). *Le deuil périnatal: Psychopathologie et accompagnement*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 17, 285-294.
- Sabbadini, A. (1988). *The replacment child*. Contemporary psychoanalysis, 24(4), 528-547.
- Saisto, T., Ylikorkala, O., Halmesmäki, E. (1999). *Factors associated with fear of delivery in second pregnancies*. Obstetrics and Gynecology, 94(5), 679-82.
- Schore, A.N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York-London: Norton & Company. Tr.it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Schwab, G. (2012). *Replacement children: The Transgenerational Transmission of Traumatic Loss*. In: Assmann, A., Shortt, L. (eds.), *Memory and Political change*, 17-33. Basingstoke: Palgrave Macmillan Memory Studies.
- Scollato, A., Lampasona, R. (2013). *Tokophobia: When fear of childbirth prevails*. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 1(1), 1-18.
- Shapiro, F. (2000). *EMDR: desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill Italia.
- Steele, K., Boon, S., van der Hart, O. (2017). *Treating Trauma Related Dissociation. A Pratical, Integrative Approach*. New York: W.W. Norton & Company. Tr. it.: *La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo*. Milano-Udine: Mimesis, 2017.
- Trulsson, O., Radestad, I. (2004). *The silent child-Mothers' experiences before, during, and after stillbirth*. Birth, 31(3), 189-195.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D.H., Fainman, D. (2001). *Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy afet stillbirth*. The British Journal of Psychiatry, 178(6), 556-560.

University of Royal Holloway London (2014). *Preparing for parenthood: Pregnant women show increased activity in right side of brain*. ScienceDaily, 6 May 2014.
<http://www.sciencedaily.com/releases/2014/05/140506204038.htm>.

Van den Bergh, B.R., Marcoen, A. (2004). *High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8 and 9 years olds*. Child Development, 75(4) 1085-1907.

Van den Bergh, B.R., Mulder, E.J., Mennes, M., Glover, V. (2005). *Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanism. A review*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2 (2), 237-258.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). *The Haunted Self Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Tr.it. *Fantasm del sé*. Milano: Raffaello Cortina, 2011.

Van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 15(6).

Vollmann, S.R. (2014). *A legacy of loss: Storie of replacement dynamics and the subsequent child*. OMEGA - Journal of Death and Dying, 69(3), 219- 247.

Wojcieszek, A., Boyle, F.M., Belizan, J.M., Cassidy, J., Cassidy, P., Erwich, J.J.H.M., Ferrales, L., Gross, M.M., Heazell, A.E.P. Leisher, S.H., Mills, T., Murphy, M., Petterson, K., Ravaldi, C., Rudiaz, J., Siassakos, D., Silver, R.M., Storey, C., Vannacci, A., Middleton, P., Ellwood, D., Flenady, V. (2016). *Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an International survey of parents*. BJOG: An International journal of Obstetrics & Gynaecology, 125(2), 193-201.

Wurmser, H., Rieger, M., Domogalla, C., Kahnt, A., Buchwald, J., Kowatsch, M., Kuehnert, N., Buske-Kirschbaum, A., Papousek, M., Pirke, K.M., von Voss, H. (2006). *Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum. A prospective longitudinal study*. Early Human Development, 82(5), 341-349.