
EDITORIALE

“Quando nasce il bambino è il momento in cui realizzi la morte”.
Un’ostetrica

In una stanza d’ospedale si incrociano i destini di tre donne. Per qualche giorno si scruteranno, si attaccheranno, si proteggeranno. Gli uomini nello sfondo.

“Forse non è soltanto il ventre che ci squarciano qua dentro, anche l’anima ci tolgono”, dirà una di loro. Sul confine imponderabile tra la vita e la morte, in uno stato psichico sospeso, ciascuna di loro affronterà una alternanza di stati mentali di portata cataclismatica: colpa, incapacità, vergogna, rivelazione, delusione, tradimento dei sogni e delle speranze, profezie che si avverano, il dono e la grazia, l’attesa angosciosa.

La prima delle tre donne avrà una interruzione inattesa di gravidanza; l’evento segnerà uno squarcio nello scudo della ragionevolezza e della convenzionalità, l’aiuterà a trovare parole mai dette e a riconoscere proprio nel momento della perdita di non essere mai stata *“così vicina alla vita”*.

La seconda, una gravidanza tardiva accompagnata dall’attesa esaltata di qualcosa di imponderabile che sta per accadere, perde imprevedibilmente il bambino durante il parto: toccare questo confine estremo significherà per lei come morire.

La terza è una giovane donna che decide alla fine di un tormentato conflitto di portare avanti la sua gravidanza solitaria, quasi riscattando le altre due. Questo le consentirà di riallacciare la relazione con la madre interrotta da tempo.

Sono le protagoniste di *Alle soglie della vita*, film di Bergman del 1959. Su questo confine inatteso ed irrepresentabile tra la vita e la morte che coincide con la generatività accadono eventi intrapsichici e relazionali di estrema densità, che mettono in tensione l’identità personale, il significato dei legami fondamentali, la proiezione nel futuro di un individuo e del suo gruppo familiare. Su questa soglia le madri, i padri e gli operatori sono costretti a vivere emozioni di impatto catastrofico e a far fronte a decisioni imprevedute.

Appartengono all’area del lutto in gravidanza e dopo il parto eventi quali

l'aborto spontaneo, l'interruzione volontaria e terapeutica di gravidanza, la morte in utero, la morte subito dopo la nascita. Il termine perinatale si riferisce ad un periodo compreso tra la 28° settimana di gestazione fino alla fase neonatale, compresa tra pochi minuti e i 28 giorni di vita.

Dal punto di vista epidemiologico la morte pre e perinatale è fenomeno significativo con tassi di incidenza per aborto spontaneo e morte intrauterina tra il 15-20% di tutte le gravidanze; in Italia circa una gravidanza su sei¹.

Ma come possono coesistere dal punto di vista psichico la promessa e l'annuncio di vita con una morte inattesa? Che cosa possono avere in comune?

La morte, così come l'origine, risultano irrapresentabili perché non trovano una dimensione spaziale e temporale in cui essere collocate; sarebbe come concepire un non-luogo o l'immortalità: *“La morte al momento della nascita aggiunge la non rappresentabilità della morte a quella dell'origine”*², indipendentemente che si tratti di evento naturale o intenzionale, subito passivamente o deciso per circostanze mediche o ambientali-relazionali.

La nascita di un figlio, in quanto evento di profondo cambiamento nel ciclo di vita di una persona, è accompagnata da un movimento psichico ambivalente di desiderio e rifiuto, più o meno consapevole. Ogni nascita sembra mettere in gioco *naturaliter* un fantasma di morte della madre e/o del figlio. La cultura mette in scena tale fantasma in forme diverse dal mito alla tragedia fino alla parabola più drammatica dell'infanticidio.

Mettere al mondo un figlio implica una serie di circuiti sensoriali e soprattutto di senso; uno dei più pregnanti ha a che vedere con il desiderio di immortalità, che si incarna nel figlio che viene al mondo. Tutta l'area che va dal concepimento alla gravidanza e alla vita pre-natale sembra essere interessata dalla dimensione dell'onnipotenza e del narcisismo³, che non riguarda solo la dimensione individuale ma anche quella collettiva della genia. In questa prospettiva la perdita di un bambino non coincide solo con l'attacco al legame parentale in fieri, con la perdita d'oggetto in un codice pulsionale, ma anche con un insulto narcisistico: è l'aspirazione all'immortalità dell'Io, in gioco nell'attesa narcisisticamente investita dei genitori e dei familiari, a subire uno scacco.

Il dolore è testimonianza del bambino perduto, ma anche di una parte di sé che non si è realizzata. Questo fa sì che *“(...) la perdita di un figlio durante la gravidanza e dopo la nascita è una forma specifica di lutto, che presenta alcune caratteristiche peculiari rispetto ad altri eventi luttuosi. La conoscenza*

¹ C. Ravaldi. La morte in-attesa. Verona: Iper testo Edizioni; 2011.

² F. Ansermet. Morte e nascita. In: La “normale” complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane. Milano: Guerini Studio; 2006.

³ B. Grunberger. Il narcisismo. Saggio di psicoanalisi. Torino: Einaudi; 1998.

di queste variabili aiuta a comprenderne meglio l'impatto e le possibili conseguenze nella vita di chi ne è colpito"⁵. Innaturale ed imprevedibile risultato di una coincidenza degli opposti, interruzione di un attaccamento in fieri, il trauma si iscrive soprattutto nel corpo della donna a rappresentare uno spartiacque, una rottura della continuità vitale non più garantita da un senso del tempo proiettato verso il futuro. L'irrapresentabilità di questo lutto è complicata dalla dimensione assolutamente privata e personale, che interessa esclusivamente la coppia di genitori anche per la impossibilità di condividere con gli altri immagini e ricordi di una vita e di relazioni che non si sono espresse. L'assenza di una elaborazione collettiva complica l'integrazione della perdita all'interno della narrativa di vita sostenendo un brusco arresto del continuum vitale e del processo di attribuzione di senso.

Il trauma psicologico è tanto più grave quanto più corrisponde alla assenza di significato e di significabilità dell'evento.

E i padri? Se ne stanno in disparte per lo più, costretti culturalmente ad un lutto ancora più invisibile, sollecitati ma anche ancorati ad incombenze pratiche; per loro la vita familiare deve riprendere attraverso la incalzante quotidianità degli impegni e delle responsabilità.

La forte sovraesposizione emotiva interessa anche gli operatori dell'area nascita (Ostetricia e Neonatologia) e li espone al rischio di traumatizzazione secondaria; lavorare sul confine impercettibile ed impreveduto tra la vita e la morte in un'altalena continua rende difficile regolare le emozioni proprie ed altrui e lasciarle affiorare attraverso le giuste parole: *"Una morte... in sala parto c'è anche la morte... Esco... respiro... e mi sento un po' stanca, questi salti emotivi sono pesanti, dentro e fuori da stanze diverse, dentro e fuori da situazioni diverse, opposte... con vissuti tanto distanti... ma la faccia, la testa e le mani che ci metto sono sempre le stesse, le mie"* (B., ostetrica). Rende difficile separare il proprio sentire da quello degli altri.

Per gli aspetti legati alla rappresentazione sociale è opportuno considerare qui anche il punto di vista sociologico, dal momento che in ogni epoca della civiltà la vita è stata fin nei suoi aspetti più intimi in stretta relazione con il senso che la cultura attribuisce alla morte. La società post-moderna ha tra le sue caratteristiche anche quella di essere post-mortale⁶, dal momento che la fenomenologia della morte e del morire è caratterizzata dal tentativo di negarla, rinviarla, vivere senza invecchiare e senza ammalarsi in una sfida al

⁵ L. Bulleri, A. De Marco. Le madri interrotte. Affrontare e trasformare il dolore di un lutto pre e perinatale. Milano: Franco Angeli; 2013.

⁶ C. La Fontane. Il sogno dell'eternità. La società post-mortale. Morte, individuo e legame sociale nell'epoca delle tecnoscienze. Milano: Medusa; 2009.

limite continuamente rilanciata. A ciò non è estranea la deriva scienziata della medicina con i suoi parossismi e paradossi tecnologici.

Questo ne sostiene ancora di più l'irrapresentabilità ed ha come conseguenza una de-simbolizzazione della esperienza della morte, la sua decostruzione medico-scientifica, il suo permanere all'interno di una dimensione assolutamente privata; lo statuto ontologico è perso a favore della moltiplicazione delle cause e della medicalizzazione non solo della morte, ma dell'individuo stesso⁷. Rimuovere la coscienza della mortalità, sottrarla alla sfera della rappresentazione sociale e deritualizzarla rischia di accentuare il carattere di scacco ed impotenza dell'esperienza su un confine culturalmente irrisolto tra onnipotenza, limite e controllo.

Queste determinanti sociali e culturali possono aggravare la dimensione traumatica del lutto pre e perinatale; la sua elaborazione è costretta ad utilizzare modalità e tempi assolutamente personali e non più collettivi.

La costruzione condivisa di un significato dell'esperienza traumatica, che consenta di renderla umanamente sostenibile, riguarda tutti coloro che vi sono coinvolti anche professionalmente. In ogni richiesta di cura è compresa infatti non solo una prestazione tecnica, ma soprattutto un'esigenza di relazione che rimane l'aspetto fondamentale di ogni atto sanitario. Riconoscerne la centralità consente di cogliere al di là del sintomo significati più complessi, che coinvolgono i vissuti personali e possono rappresentare punti di svolta e guarigione inattesi; in questa prospettiva la relazione rappresenta un fattore di protezione non solo per la persona ma anche per l'operatore.

In questa area del lutto pre e perinatale la medicina, come scienza e come relazione, è fortemente sollecitata nelle sue difese tecnologiche ma soprattutto nella sua identità etica di disciplina che cura e sostiene facendosi carico di rituali di vita e rituali di morte. Come scrive Missonier⁸: *“L'ospedale dell'inizio del terzo millennio è un tempio moderno archetipico: il sacro non scompare, si trasforma”*. La crisi e la sofferenza emozionale possono tuttavia tramutarsi in occasione di cambiamento evolutivo, in quanto consentono di sviluppare potenzialità e risorse altrimenti inespresse, a patto di essere sperimentate in condizioni di supporto emotivo. Da un punto di vista filogenetico l'individuo appare predisposto verso risposte di adattamento positivo; i processi di cambiamento affettivo, così come le emozioni, avvengono *naturaliter*. Le emozioni, in particolare, e il loro riconoscimento rappresentano potenti agenti di cambiamento, che possono condurre verso l'autenticità, l'adattamento, la crescita e la guarigione. Un evento critico di vita può innescare, in presenza di sufficienti fattori di protezione, la forza di ristrutturare l'identità narrativa

⁷ Z. Barman. Il teatro dell'immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita. Bologna: Il Mulino; 1995.

⁸ S. Missonier. La consultazione terapeutica perinatale. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005.

ed attivare fenomeni evolutivi. La regolazione dell'affetto nel contesto diadico delle relazioni significative e il riconoscimento empatico favoriscono e sostengono questo tipo di risposta positiva. È possibile, come scrive un'operatrice, "(...) *imparare a stare nella vita ferita*": *"Il dolore, l'impotenza, l'angoscia non si possono eliminare... la scissione, la negazione portano con sé altro dolore, che se non è riconosciuto si accumula contagiando i rapporti con i propri familiari, i colleghi di lavoro, i genitori dei bambini. Se non è possibile eliminare il disagio, lo si può trasformare in energia positiva, in empatia"* (P., infermiera).

Il processo di riconoscimento delle emozioni è esperienza recettiva, ha a che vedere con l'essere/sentirsi riconosciuti anche quando le parole mancano o non bastano ed è accompagnato da affetti vitali, che sottolineano che il processo trasformativo è possibile; è sempre diadico, non in senso necessariamente relazionale, ma in quanto il *click* avviene tra ciò che è sentito come me e il non-me⁹. Questa è la funzione di auto-regolazione che consente di integrare il cambiamento in modo rapido e di mantenere il senso di continuità vitale. È possibile ridurre l'impatto del trauma prendendo in considerazione, tra l'altro, l'esperienza della relazione di attaccamento della persona e sostenendo l'elaborazione delle esperienze recettive affettive attraverso la cura, l'empatia, il riconoscimento.

La regolazione degli affetti deve agire precocemente, la persona non può essere lasciata sola di fronte ad emozioni opprimenti; in condizioni di supporto il sollievo emozionale si attiva rapidamente. Nell'intersezione costante tra ciò che è comune e condiviso e ciò che è proprio vengono tracciati i primi abbozzi di rappresentazione. Sulla base di questo movimento pendolare sé/altro opera il riconoscimento empatico, che è un modo per dare un nome a ciò che si immagina avvenga nell'altro e a ciò che l'altro prova senza riuscire ad esprimerlo attraverso le parole. Questo movimento di riconoscimento è l'anticipazione di una attività mentale, un'attività di sostegno che permette di avviare all'interno di sé un esercizio narrativo, un ricordo attivo e creatore che aiuta il soggetto di fronte ad un trauma ad inscrivere i danni subiti in una storia che può essere assimilata.

Questo numero della RSF si interroga sugli aspetti psicologici legati agli eventi di perdita nell'area della medicina pre e perinatale, in cui lo sfumato confine tra la vita e la morte è attraversato da molteplici quesiti tuttora aperti. Lo fa nella consapevolezza di attraversare una frontiera difficile in cui la testimonianza di genitori ed operatori rappresenta una guida efficace.

⁹ D. Fosha, D.J. Siegel, M.F. Solomon, ed. *Attraversare le emozioni. Nuovi modelli di psicoterapia*. Milano: Mimesis; 2012.

François Ansermet, medico, psicanalista e ricercatore nell'ambito della procreazione medicalmente assistita e delle moderne biotecnologie interroga il complesso intreccio esistenziale posto dalla morte prenatale e introduce le riflessioni del numero di RSF con queste parole: *“La lista di domande inedite poste dalla medicina prenatale è infinita ... Ciò che è certo è (che) ... (le) nuove tecnologie trascinano coloro che vi si sottomettono e coloro che le applicano alle frontiere di ciò che è oggi pensabile. Ne deriva un senso di vertigine per tutti”*. La coincidenza della morte con la nascita si scontra con un legame impossibile da concepire tra inizio e fine di una vita inscrivendo l'evento della perdita nella dimensione del trauma sotto il segno della disperazione fondamentale. La morte al momento della nascita, ed ancor più la morte prima della nascita, aggiunge la non rappresentabilità della morte a quella della origine. I progressi della medicina prenatale con il conseguente cambiamento di status del feto, che è già percepito come bambino attraverso l'immagine ecografica, obbligano sempre più a confrontarsi con tale irrepresentabilità. Utilizzando una prospettiva psicodinamica l'Autore descrive le dinamiche pulsionali e narcisistiche collegate e come il lavoro ricostruttivo del lutto debba passare attraverso uno spostamento dell'oggetto primariamente investito.

Laurent Cherlonneix, biologo dell'Università Paris-Diderot, nel suo contributo prende spunto dalla lettura di Derrida di alcune fondamentali pagine freudiane per sottolineare l'unidualità dei fenomeni vitali – dalla regolazione vita-morte cellulare alle scariche neuronali fino ai contenuti dell'inconscio e di conseguenza delle parole, delle azioni e delle realizzazioni umane. In particolar modo si propone di superare l'idea che non esisterebbe una corrispondenza tra neuroscienze e teoria freudiana dell'inconscio. La posta in gioco è il pensiero di un'interiorità umana inconscia ricondotta a una polarità vita/morte. Così, la trama propriamente umana di questa interiorità non è esclusa per principio da ciò che nelle profondità dei nostri corpi fanno a se stesse le nostre cellule e le loro componenti..

Vanna Iori sottolinea come la nascita in quanto accadimento eccezionale sia comunque un “inatteso” che sorprende e sconvolge presentandosi come un'apertura a possibilità non immaginate, non pensate, non pre-viste. Evento in grado di trasformare le biografie personali, i corpi e le relazioni rappresentando la svolta più decisiva nel corso della vita adulta dove l'irrompere dell'inatteso è un interrompere la continuità e rompere l'ordine preesistente; come tale necessita di essere iscritto in un nuovo orizzonte di senso. L'A. si chiede: *“Che accade allora quando tutto questo ‘normale’ spiazzamento è ulteriormente sovvertito dalla morte dentro la nascita?”*. In quest'area di esperienza l'imprevedibile assume il carattere di paradosso e di assurdo, di doppio imprevisto. Nel lutto pre e perinatale la madre fa

esperienza della propria morte, è una “superstite”, sola con i suoi progetti nascenti senza più il destinatario della progettualità. In assenza di un recupero di senso la separazione rimane una ferita che non può rimarginarsi perché le spiegazioni mediche oggettivanti non parlano di soggetti-persone, ma di corpi-oggetto, di patologie, di complicazioni. La morte di un figlio prima della nascita pone di fronte al dilemma della relazione tra il limite e la possibilità. L'esplorazione interiore è la via per ritrovare la forza di quella trasformazione che cerca un rinnovato senso all'esistenza. Se la struttura dell'*initium* (come ogni nascita e rinascita) è propria dell'essere umano, anche ogni dolore può essere l'inizio di una rinascita. Attraversare l'esperienza della perdita e del lutto è un dolore che trasforma. Ma guardarsi dentro e accettare di rielaborare il lutto significa decidersi per un significato. È la dolorosa nuova gestazione che apre un nuovo inizio di progettazione esistenziale. La memoria vissuta è la memoria autobiografica, la memoria emozionale, la memoria che porta in sé e fa rinascere immagini e ricordi dotati di una nuova significazione personale.

Cinzia Baccaglini, psicologa e psicoterapeuta, dedica il suo contributo a descrivere come la sofferenza psichica post-abortiva, in particolare nel secondo trimestre di gravidanza, sia area clinica di notevole impatto. Dai dati riportati dalla letteratura emerge come la pratica abortiva lasci nel lungo periodo significative cicatrici emozionali. La sofferenza interessa la donna e le altre figure di riferimento nelle dimensioni non separabili del biologico, dell'intrapsichico, del relazionale e dello spirituale. Il lutto pre e peri-natale è un evento di vita che può fungere da fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in tutti i membri della famiglia. Lo spettro della sofferenza psichica post-abortiva può interessare diversi quadri clinici e trova la propria specificità in una dimensione traumatica. L'A. sottolinea l'importanza di una valutazione specifica e di un accompagnamento psicologico non solo per la madre, ma anche per il padre, i fratelli ed il personale sanitario. Anche i genitori che decidono di non praticare l'aborto terapeutico ed arrivare al parto di un “feto terminale” necessitano di supporto specifico.

L'attenzione di **Ravaldi e Vannacci** si rivolge agli operatori ed alla tempesta di emozioni negative, che può ostacolare le buone pratiche di cura: il senso di impotenza, di inutilità, il rifiuto del dolore dell'altro, il profondo vissuto di fallimento professionale. Il rischio in agguato è legato alla assunzione di un atteggiamento tecnicistico caratterizzato dal distacco emotivo, dalla freddezza, dalla negazione del problema. È documentato in letteratura che esiste una correlazione significativa tra “modalità” di assistenza e di cura e “intensità” del lutto dei genitori. La morte perinatale pone l'operatore di fronte a una serie di problematiche, che investono direttamente sia la sua competenza professionale sia gli aspetti più personali ed emotivi legati al suo rapporto con

la morte e alla sua capacità di accudire la sofferenza emotiva propria e altrui. Per gli operatori il momento della diagnosi di morte e quello immediatamente successivo sono tra i più difficili da gestire nella prassi quotidiana, al punto da ostacolare la loro capacità di “stare” con la madre e di “accompagnarla” nel percorso decisionale necessario ed ineluttabile che segue ad un lutto. Questa difficoltà personale, che spesso riflette una più ampia difficoltà dell’Equipe a gestire la morte e la sofferenza emotiva, può riflettersi in cattiva pratica assistenziale ed è responsabile di quella che i genitori definiscono “*omissione di soccorso emotivo*”. L’abbandono da parte degli operatori, la carenza di cure sono fattori predisponenti ad una traumatizzazione secondaria che può aggravare il fisiologico decorso del lutto.

La condivisione empatica e compassionevole del dolore espresso dai genitori, che nasce dal dare dignità alla presenza di un bambino che ha vissuto pochissimo, spesso mai, al di fuori dell’utero materno può facilitare l’instaurarsi di un buon percorso di separazione ed attivare quella sorta di rete protettiva di sostegno per evitare che dallo stress legato all’evento luttuoso si passi ad una sofferenza strutturata. In questa prospettiva la cura non è più soltanto basata sulla tecnica, ma anche sulla relazione empatica con quella madre e con quella coppia genitoriale. Nella maggior parte dei casi può essere opportuno facilitare un incontro con il bambino *reale* rispettando i tempi della madre e del padre. Gli operatori possono portare la loro cura, nel rispetto del vissuto e dell’esperienza di maternità e di paternità di quei genitori e conferendo dignità al loro legame col bambino morto; i genitori, sentendosi accuditi e parte attiva del percorso decisionale, possono iniziare il loro processo di elaborazione del lutto attivando risorse interne e imparando a integrare la perdita nel percorso della loro vita.

Ci sono spesso dei grandi assenti sullo scenario di una buona elaborazione del lutto perinatale, i fratelli. **Ravaldi e Ginanni** sottolineano le difficoltà di condividere l’esperienza del lutto con i più piccoli, al di là di evitamenti e banalizzazioni. Gli studi citati indicano l’importanza di offrire spiegazioni semplici ed il più possibile verosimili sull’accaduto ai bambini, al fine di dare loro la possibilità di osservare e integrare ciò che sta succedendo, dentro la loro famiglia e dentro di loro, a livello emotivo ed esperienziale. Affrontare il lutto insieme ai minori offre loro l’opportunità di mostrare e vivere il dolore e al tempo stesso di sentirsi protetti e contenuti dagli adulti di riferimento, pur nella consapevolezza che niente potrà essere più come prima; tutto questo investe profondamente il sistema famiglia e le relazioni di cura e supporto al suo interno. Il bambino può quindi trovarsi a vivere una duplice perdita: quella del fratellino/sorellina con conseguenti comportamenti di rifiuto, protesta, regressione, ritiro e sentimenti di delusione, rabbia, tristezza, colpa e senso

di impotenza; e quella dei genitori e degli altri familiari come li conosceva prima dell'evento nella loro capacità di attaccamento. Eventi ed esperienze traumatiche precoci che interferiscono con le modalità di attaccamento possono essere fattori predisponenti di disturbi mentali in età adulta. I bambini vanno accompagnati nella comprensione ed elaborazione del dolore di una perdita tenendo conto di ciò che sono in grado di capire della morte in relazione all'età, le caratteristiche personali e la relazione con il fratellino che non c'è e guidati verso una riorganizzazione dei legami affettivi. Esiste una specificità del processo di elaborazione del lutto nelle fasi precoci di vita, i tempi del lutto infantile sono generalmente più brevi grazie alla presenza di meccanismi di difesa, che permettono ai bambini di non provare emozioni troppo intense per un lungo periodo di tempo. Gli Autori evidenziano alcuni passaggi chiave nell'accompagnamento al lutto da parte degli adulti di riferimento: la comunicazione della notizia, il supporto all'incontro con il fratellino morto e la creazione dei ricordi, la partecipazione ai funerali. Una buona cultura del lutto perinatale comincia con l'individuare un linguaggio di parole e di gesti condivisibili coi bambini in lutto: questa condivisione consentirà ai bambini di strutturare un approccio con la morte e con il morire autentico, possibile, e quindi più facilmente integrabile nel loro percorso di vita.

Agnès Contat, psicomotricista, descrive l'esperienza di rianimazione psico-corporea nell'intervento di una Equipe multidisciplinare in un quartiere multietnico di Parigi nel sostegno al dolore di madri straniere, che hanno appena perso il loro bambino. L'incontro terapeutico diventa un dialogo che parte dal corpo mentre sull'espressività corporea si innesta gradualmente la parola, che è rimasta a lungo incarcerata nel ricordo. La distensione ed il massaggio, questo momento di pausa, si configurano come piccolo spazio proposto all'altro per ritrovarvisi, riprendersi, aggrapparsi, fenomeno di condivisione tra due persone, interstizio, brancolamento delle sensazioni. A poco a poco verrà il presente ed è uno degli scopi della distensione, questa ridefinizione attraverso il corpo per aiutare le famiglie ad *"(...) attraversare la prova, a ricostruirsi, a continuare"*. Si tratta, scrive Contat *"(...) soprattutto per me, nella mia esperienza, di una possibilità di lasciare dire, lasciare passare, di una possibile traduzione per la paziente, tra l'inespresso e l'espresso, di un dolore, di una ribellione o di un senso di colpa, incommensurabili"*. Il riposizionamento nel qui-ora tramite la terapia psicomotoria permette poco a poco, in tali tempeste affettive e corporee, la comparsa di un embrione d'avvenire.

Bologna, Bonner, Fagandini e Paterlini presentano un lavoro molto interessante condotto con medici ed ostetriche in un reparto di ostetricia, sul tema dei vissuti degli operatori sanitari in situazioni di morte endouterina fetale

e di interruzione volontaria di gravidanza. Il materiale raccolto, esaminato sia in un'ottica psicoanalitica che psicosociale, rappresenta, in maniera viva e diretta, la ricchezza, la complessità e la problematicità dell'impegno professionale, costantemente intrecciato con il registro personale, sia pur differenziato tra ostetriche e medici.

Come sottolinea **Piera Bevolo**, psicologa e psicoterapeuta, le esperienze di lutto in gravidanza rappresentano percorsi di difficile elaborazione per la loro natura intrinseca di "paradosso" emotivo: affrontare il dolore della perdita nel momento in cui si sta costruendo una relazione con il figlio che arriverà è percepito come "inconcepibile". Tra l'altro gli aspetti emotivi e i complessi processi di elaborazione interiore chiamano in causa potenti dinamiche controtransferali. Il racconto di un caso clinico accompagna la complessa trasformazione identitaria della paziente e la rivisitazione dei legami fondamentali che la gravidanza comporta, non senza movimenti ambivalenti, fino alla irruzione brusca della morte del feto. La "caduta verticale" si accompagna alla oscillazione tra pensieri persecutori e pensieri onnipotenti, al timore della propria distruttività, al desiderio di non farsi sommergere dal dolore, alla paura di dimenticare, all'odio verso il mondo esterno che inconsapevole ed ottuso verso il dolore propone alla paziente come cura un'altra gravidanza. Gli aspetti della ri-traumatizzazione legati agli anniversari del concepimento, della nascita presunta, della lattazione complicano l'elaborazione della ferita. Il lavoro di accompagnamento terapeutico esplora l'ambivalenza, il timore che pensare ad una nuova gravidanza significhi far torto al bimbo perduto, l'angoscia che si possa ripetere una esperienza di perdita, la preoccupazione di non avere le "qualità" per essere madre. La ripresa di una funzione di *reverie* terapeutica permettere ai pensieri sul nuovo bambino e sul nuovo percorso terapeutico di emergere e di farsi spazio. Paziente e terapeuta, in un percorso di consapevole specularità, si interrogano su come sia possibile far convivere dentro di sé aspetti vitali e componenti morte per far crescere una nuova vita e consentire lo strutturarsi di una nuova relazione a favore della vita.

*Maria Bologna, Yvonne Bonner,
Piergiuseppina Fagandini, Marcella Paterlini*