

## **Quando la vita comincia con un addio: il sostegno alle donne, alle coppie che perdono un bambino in gravidanza o nel dopo parto**

Claudia Ravaldi, Psichiatra Psicoterapeuta  
Presidente Associazione CiaoLapo Onlus  
Presidente Centro Studi matermundi

*Sono convinta che non esista nessun quadro in grado di rappresentare in tutta la sua atrocità un'immagine di dolore disperato, senza rimedio nè confine. Se io potessi dipingere questo quadro, la tela mostrerebbe semplicemente una donna che guarda giù, verso le sue braccia vuote.*  
C. Bronte, Emma

Quando un bambino muore durante la gravidanza o dopo la sua nascita le donne e le coppie sono chiamate ad affrontare un lutto multiplo; molteplici sono le perdite contenute nella perdita di un figlio "nascituro", atteso e idealizzato, molteplici le sfaccettature che, come frammenti di uno specchio rotto, si insinuano nella mente delle madri, all'interno della coppia e nelle dinamiche della famiglia intera. Il lutto prenatale e perinatale non è un evento puntiforme e definito, dalla durata e dai confini netti, ma piuttosto una valanga di emozioni, pensieri e vissuti, dai confini incerti e dalla durata indefinita, spesso pervasiva al punto da condizionare e modulare le relazioni nella coppia e nella famiglia, anche in modo transgenerazionale.

Con la morte di un bambino in gravidanza o dopo la nascita si perde, in prima istanza, lui, il figlio; quel figlio con cui i genitori hanno stabilito nel tempo, (breve o lungo che sia stato), un legame speciale e unico, creatosi nella mente, prima, nel corpo, poi.

Lo scambio madre-figlio, e diade – triade, si rinforza con il passare dei mesi della gravidanza, ma inizia fin dal concepimento, quando il bambino si fa spazio tra le pieghe uterine e nella mente della coppia. Numerosi sono gli studi sulla vita prenatale e sulle modificazioni cerebrali e neurochimiche delle madri che delineano questo "scambio" attivo, questo "ri-conoscimento" unico e specifico tra la madre ed ogni suo figlio. La morte interrompe, ma non cancella, il legame costituito e rinsaldato dal vissuto psichico e dalle settimane di gravidanza, così come non annulla la proiezione nel futuro di "come sarebbe potuto essere se..." presente nelle narrazioni di anziane donne, dopo decenni dalla perdita, e diversi altri figli nati.

La perdita non annulla l'investimento emotivo e psicofisico della madre e della coppia, ma lo pone come in sospeso; priva la coppia del destinatario di molteplici cambiamenti e acquisizioni, ma non ha effetto retroattivo. Non si può "fingere che nulla sia accaduto", non si può tornare ad uno stato psichico precedente al concepimento: una volta attivato il processo di genitorialità, non si può tornare indietro, a livello pre-genitoriale, e questo dato è quanto mai noto a migliaia di donne che affrontano una perdita in gravidanza, precoce o tardiva che sia.

La morte di un nascituro è un vero e proprio ossimoro: morire e nascere, morire prima di nascere, nascere morti, sono espressioni brutali, drammatiche, lapidarie.

Lasciano senza parole, senza possibilità di replica, e pongono i genitori di fronte al mistero della vita, dell'alfa e dell'omega, che bizzarramente hanno invertito il loro cammino, durante il processo gravidico.

Anche il disinvestimento nel futuro e la perdita di fiducia, spesso soltanto transitoria, nella vita, il blocco della spinta creativa dovuto alla nuova consapevolezza dell'ineluttabilità della morte, è un altro tipo di lutto presente nella perdita perinatale: la coppia, fino a quel momento proiettata nel futuro e pronta ad accogliere in seno alla famiglia un terzo, o quarto/quinto componente, vede la morte, nelle sembianza del figlio atteso. Questo scacco avviene mentre la coppia è concentrata in una spinta creativa e generativa e dunque irrompe in modo particolarmente violento e traumatico nella mente dei genitori e nella loro vita.

Un altro lutto, più nascosto degli altri e più difficilmente condivisibile, è il lutto della capacità generativa personale, più spesso a carico delle madri, ma presente anche nei papà: in questo caso alcuni autori parlano di profonda ferita narcisistica, dovuta

al venir meno, alla messa in discussione di un'importante funzione personale. E' questo lutto, più spesso che gli altri due, a pervadere in modo inconscio la mente delle madri e a spingere le coppie, in una sorta di frenesia riparatrice, a cercare immediatamente una nuova gravidanza, per scongiurare il pericolo, il timore, l'ossessione dell'incapacità a procreare.

Questi tre lutti, il bambino perduto, la sfiducia nel futuro e nel mondo, la perdita della propria capacità generativa sono strettamente intrecciati e fusi, al punto che per molti genitori non è così facile, soprattutto nei primi sei-dodici mesi di lutto, differenziarli e portarli a livello conscio.

Tutti e tre questi lutti sono molto difficili da contenere senza che vengano generate profonde angosce di morte o vere e proprie fughe dissociative.

Un quarto lutto, che interessa i fratellini già presenti o i minori della famiglia allargata è dovuto all'essere tenuti in disparte rispetto all'accaduto, che diviene inenarrabile e impronunciabile, o stereotipato e svuotato dei contenuti emotivi. Molto spesso il silenzio sia angosciato che angosciato impedisce agli adulti di essere presenti in modo sufficientemente coordinato, sensibile e realistico per offrire riscontro e contenimento alle angosce, alle domande e alle curiosità dei bambini travolti dalla perdita. Questo lutto, evidente nel caso di fratelli maggiori turbati dall'attesa di un fratello che non arriverà mai, è presente anche nei gemelli "sopravvissuti" ad un gemello morto, e non andrebbe mai nascosto, sminuito o razionalizzato.

I bambini sono in grado di comprendere un argomento complesso quale la morte e i suoi effetti su chi se ne va e su chi resta, se si offre loro spazio e contenimento; questo processo è ostacolato dalle frasi fatte, dai silenzi, dai giudizi (*non fare domande che poi mamma piange, fai il bravo almeno tu, il fratellino è in cielo perché lo ha preso Gesù* etc etc).

Sovente i genitori in lutto non sono in grado, proprio perché ancora devastati dalla perdita, di occuparsi con tutte le loro energie degli altri figli, e sarebbe opportuno che potessero essere forniti loro strumenti cartacei, telematici o supporti vis a vis per affrontare anche questa parte del lutto (*"Devo avere un altro figlio, lo devo al mio maggiore: desidera una sorella, non posso lasciarlo senza"* Alessandra, un mese dopo la morte di Alessia). CiaoLapo dispone di un'area del forum sul sito [www.ciaolapo.it](http://www.ciaolapo.it) che presta consulenza specialistica ai genitori con altri figli, e da poco è disponibile una fiaba terapeutica pensata per i bambini dai 3 agli 8-10 anni, che possa fungere da ponte per una riflessione in famiglia intorno al dolore del lutto (Ravaldi C., Nella scia di una stella cadente, Iper testo ed, 2010)

Per questi motivi, e per gli effetti che questi lutti non risolti possono avere sulla mente e sull'equilibrio psicosociale dei genitori, ma anche degli altri bambini della famiglia, sarebbe opportuno aumentare la consapevolezza sul lutto in gravidanza e dopo il parto, sulle tematiche più frequenti, sulle caratteristiche psicologiche, e sui possibili esiti.

Nel sito [www.ciaolapo.it](http://www.ciaolapo.it) da oltre 5 anni, vengono raccolte numerose testimonianze di lutto prenatale e perinatale, e numerosi sono gli articoli pubblicati dall'associazione CiaoLapo Onlus su riviste italiane, per migliorare la cultura e diffondere la consapevolezza su questi temi.

Le informazioni su come affrontare il lutto prenatale e perinatale dovrebbero essere patrimonio culturalmente condiviso, e costituire una parte della formazione di tutti gli operatori dell'area materno-infantile, troppo spesso distratti dalla "cura del corpo" e dal "rimedio", per porre l'accento sul vuoto incolmabile e sul dolore inconsolabile dei genitori in lutto.

Il lutto traumatico come il lutto in gravidanza ha una durata fisiologica piuttosto variabile, da circa sei mesi secondo alcuni autori piuttosto ottimisti, fino ai due - tre anni secondo l'esperienza di altri studiosi.

Molti genitori, nonostante il tempo trascorso e nonostante la nascita di altri figli vivi, riportano in studi longitudinali numerosi disturbi, tra cui ansia e depressione, correlati alla precedente perdita.

Inoltre, la gravidanza successiva al lutto, ancorché fisiologica, è associata a notevoli livelli di ansia e sono comuni le sovrapposizioni tra le due gravidanze, e il peggioramento di alcuni vissuti legati alla perdita, dopo la nascita del fratello.

Per arginare la sofferenza della madre, della coppia e della famiglia, e incoraggiare la resilienza ed il recupero di un nuovo senso di efficacia personale e di serenità e fiducia nel futuro e nelle proprie capacità di amare e di investire di nuovo pienamente nelle relazioni, sarebbe opportuno conoscere le caratteristiche del lutto e anche accompagnare i genitori lungo il tortuoso percorso di lutto, fin dopo le gravidanze successive.

Per fare questo, sarebbe opportuno ridurre al minimo l'impatto traumatico del lutto, evitando ad esempio traumatizzazioni aggiuntive legate alla cattiva gestione della perdita da parte degli operatori, e dunque dovrebbero diventare di uso comune le semplici linee guida che CiaoLapo Onlus ha recepito da altre associazioni internazionali ed ha adattato in questi anni all'esperienza di migliaia di genitori ed operatori italiani.

I genitori e i familiari, fin dai primi momenti dopo la diagnosi infausta dovrebbero poter entrare gradualmente in contatto con queste dimensioni della perdita, concentrandosi progressivamente sui diversi tipi di lutto e sentendosi contenuti nelle loro angosce, compresi nel loro dolore ed assistiti nel loro processo decisionale.

CiaoLapo ha edito e promuove i 20 passi dell'assistenza al lutto in gravidanza o dopo il parto

(da C. Ravaldi La morte in-attesa in stampa), per offrire a tutti gli operatori uno spunto di riflessione sul difficile tema del lutto, e offrire ai genitori la migliore assistenza possibile.

1. **Riconoscere il lutto.** Il lutto è parte imprescindibile del paziente che sto assistendo: prenderlo in considerazione fa parte dell'assistenza professionale. L'accompagnamento partecipe crea una sinergia operativa tra staff e genitori, nel rispetto del loro dolore ma anche delle diverse opzioni possibili.
2. **Utilizzare tutto il tempo** a disposizione, senza fretta. La fretta può essere una reazione naturale in circostanze difficili, da cui vorremmo allontanarci, ma è importante considerare che i genitori non avranno altre occasioni per affrontare questa esperienza nel migliore dei modi; è importante spendere il tempo necessario affinché niente sia lasciato al caso e tutto venga svolto nel miglior modo possibile. In sala travaglio, in sala parto, e in terapia intensiva, quando ci si appresta a seguire genitori di un bambino già morto o che sta per morire, il tempo dovrebbe adattarsi alle esigenze (cliniche ma anche psicologiche) dei genitori.
3. Favorire la **continuità dell'assistenza**. Facilitare il passaggio definito di consegne da un turno all'altro e l'uniformità tra i vari membri dell'equipe (se ognuno riferisce il proprio parere, questo può confondere i genitori). Affiggere un simbolo riconoscibile sulla porta, sul letto o sulla cartella (come l'adesivo-farfalla messo gratuitamente a disposizione dall'associazione CiaoLapo Onlus) in modo che tutto lo staff venga velocemente a conoscenza dell'accaduto e si comporti di conseguenza (uniformità dell'informazione e uniformità nella comunicazione, uniformità nel passaggio di consegne).
4. Proteggere il dolore e **salvaguardare lo spazio** per una comunicazione efficace. Se possibile scegliere un luogo protetto (se non c'è una stanza vuota, andare in medicheria, in cucina, e chiudere la porta, avvertendo gli altri membri dello staff, che per qualche decina di minuti la stanza sarà impegnata). Cercare di disporre sempre almeno di una buona mezz'ora per raccogliere le idee sul da farsi, passo dopo passo. Dopo le prime comunicazioni, lasciare i genitori in un luogo tranquillo senza troppe persone nella stanza. Se non è possibile disporre di una stanza lontana dall'ostetricia, chiedere alle altre puerpere la cortesia di limitare gli ingressi in camera.
5. **Stare con i genitori, nel qui ed ora.** Non anticipare i passi successivi di questo delicato percorso, ma affrontarne un pezzo alla volta; ciò che si può fare dopo la nascita del bambino, o cosa si farà nei giorni a seguire sono momenti che meritano riflessioni e tempo. Concentrarsi e far concentrare la donna sul parto e sostenerla. In terapia intensiva, concentrarsi sul qui e ora ha una doppia valenza: permette ai genitori di entrare in contatto gradualmente con la realtà delle cose, di trascorrere tempo con il bambino non nell'attesa del futuro, tristemente incerto, ma per il tempo che rimane. L'equipe per prima può stimolare lo "stare nel presente" già con la comunicazione (Poco fa...e adesso, tra qualche minuto faremo, etc).
6. Rispettare il diritto di ogni genitore di **ricevere informazioni esaurienti**, chiare ed adeguate nel momento più opportuno per lui. Ogni fase decisionale (dal parto, alle terapie

ricevute, alle indagini post mortem, alla sepoltura) merita tempo e attenzione. Informare i genitori sulle procedure mediche e sugli esami diagnostici che verranno effettuati alla madre e al bambino. Dare informazioni attendibili sull'autopsia e sui suoi obiettivi.

7. **Rispettare i desideri della coppia.** Non dirigere o controllare le scelte della coppia ma presentare alternative, "ci sono diverse scelte, alcuni genitori scelgono di..., altri decidono di...". Le alternative a disposizione andrebbero conosciute e menzionate tutte.

8. **Rispettare il bambino.** Riconoscere la dignità intrinseca di quel bambino è il passo fondamentale che permette a tutti noi operatori di agire in un modo rispettoso dei vissuti e delle esigenze dei genitori. Il comportamento dell'operatore verso il bambino può influenzare notevolmente la scelta dei genitori nel vederlo e nel toccarlo. Un operatore impaurito o imbarazzato riguardo alla morte e al corpo del bambino morto, comunicherà paura imbarazzo e chiusura anche ai genitori. Alcuni semplici accorgimenti sono indice di una buona assistenza globale, come la delicatezza nelle manovre, chiamare il bambino per nome, chiedere ai genitori il permesso di vestirlo/lavarlo, chiedere loro se desiderano partecipare o pensarci autonomamente. Anche riporre il bambino, possibilmente avvolto in una coperta, in un'altra stanza in una culla, per il tempo che resterà in sala parto o in reparto, senza "impacchettarlo" subito per mandarlo in anatomia patologica o in sala mortuaria è molto importante ai fini del lutto dei genitori.

9. **Presentare alla coppia la possibilità di vedere il bambino.** Passaggio cruciale per l'elaborazione del lutto, specifico per ogni coppia e momento prezioso ed unico per salutare il proprio figlio, è un momento che merita sostegno e appoggio. In molti casi i genitori necessitano di tempo per decidere cosa fare. Molto spesso a un primo rifiuto, dettato sia dallo shock che dalla paura della morte, segue la curiosità, il desiderio e la volontà di incontrare naturalmente il bambino. L'approccio del personale è di fondamentale importanza per permettere ai genitori di chiarire a se stessi cosa desiderano fare. Informare i genitori dei tempi "tecnici": quando sarà possibile vedere il bambino, per quanto tempo, e per quante volte, spiegare che nella prima mezzora dopo il parto (o dopo la morte se questa avviene fuori dall'utero) il corpo del bambino è morbido e caldo, come quello di un neonato normale e in vita.

10. **Preparare i genitori all'incontro col bambino.** Il personale incaricato dovrebbe poter raccontare com'è il bambino prima di presentarlo ai genitori, soprattutto in caso di neonati pretermine, con malformazioni o in stato di macerazione, spiegando quello che vedranno e soffermandosi sugli aspetti positivi. Coprire le eventuali deformità con un cappellino o una coperta, e descrivere sempre ai genitori cosa vedranno. Presentare anche le diverse opzioni su come è possibile vedere il bambino: immediatamente o dopo aver fatto il bagno, avvolto in una coperta, in una culla.

11. **Creare dei ricordi tangibili del bambino.** In ogni caso, anche se i genitori decidono di non vederlo, è opportuno informarli che è possibile raccogliere delle informazioni e dei piccoli ricordi del bambino, che saranno conservati in una busta chiusa all'interno della cartella, a disposizione dei genitori negli anni a seguire. Questa "seconda possibilità" permette ai genitori, col "loro tempo", di trovare il coraggio di affrontare la morte del loro bambino e di conoscerlo, di renderlo parte della propria esperienza. I genitori che dispongono di ricordi (raccolti dal personale o dai parenti) li apprezzano grandemente, e ne riconoscono il grande valore per la loro elaborazione del lutto. Raccogliere pochi e semplici ricordi del bambino (peso, altezza, bracciale identificativo, metro usato per misurarlo, impronta delle mani e dei piedi, certificato di nascita o di battesimo etc...): ciò è di grande conforto per molti genitori, soprattutto qualche mese dopo la perdita, quando l'assenza del bambino è più difficile da sopportare. I ricordi del bambino: le foto, una ciocca di capelli, l'impronta dei piedi o delle mani, un certificato di nascita (pur senza valore legale) con data, peso, altezza e nome di battesimo (eventualmente da lasciare in cartella per richieste successive). A questi fini può essere utilizzato il libretto prodotto e distribuito gratuitamente da CiaoLapo Onlus "I ricordi di un piccolo Principe" e "I ricordi di una Piccola Principessa".

12. **Lasciare i genitori con il proprio bambino** per quanto desiderano, ospitando se necessario anche altri familiari (compresi, se presenti, i fratelli maggiori).

13. **Offrire informazioni sui rituali funebri** e religiosi, sul battesimo, sulle procedure di sepoltura e sui diversi servizi possibili. Tali informazioni si danno sempre dopo il parto o dopo l'ultimo saluto al bambino in terapia intensiva, si ripetono più volte, per essere sicuri che i genitori abbiano avuto modo di pensare a cosa preferiscono fare.

14. **Sostenere senza pretendere di consolare** (il dolore del lutto, è per definizione inconsolabile finché non elaborato, e l'elaborazione richiede molto tempo). Non tentare di

razionalizzare la perdita, di per sé non razionalizzabile. Evitare frasi tipo “Ne farai altri” o “Hai già un bambino a casa”, “E’ stato meglio così”, “E’ la volontà di Dio”, “E’ la natura che provvede quando c’è qualcosa che non va nel bambino” “Ne puoi sempre avere un altro”. E’ molto più adeguato dire frasi come “Mi dispiace”, “Deve essere davvero difficile” o, “Come posso aiutarti?”.

15. **Sostenere senza pretendere di influenzare** o forzare per una scelta piuttosto che per un’altra, significa esserci e prestare la propria professionalità, a sostegno di qualsiasi decisione, offrendo quando possibile un ventaglio di opzioni decisionali.

16. **Rispettare e validare le emozioni dei genitori per quel figlio.** L’età del bambino non ha alcuna importanza per stabilire l’entità della perdita: è importante comprendere che il legame genitore – bambino inizia molto prima della nascita, e che il nascituro è da tempo parte della sua famiglia. Rassicurare i genitori sul fatto che le loro espressioni di dolore e le intense emozioni associate alla perdita sono normali

17. **Riflessioni e non consigli.** Offrire ai genitori spunti di riflessione sulle singole opzioni, utilizzando la narrazione di esperienze analoghe, materiale informativo cartaceo.

18. Vivere il momento in **piena consapevolezza**, condividi la tristezza e le sensazioni di difficoltà con i genitori. Questo non significa affatto avere un comportamento non professionale. I genitori apprezzano grandemente medici, ostetriche e infermieri che esprimono sinceramente ed adeguatamente le loro emozioni, anche con le parole (*Mi addolora molto, oppure, sono molto colpito, mi dispiace, vorrei poter fare qualcosa per voi...*)

19. **Trattare quel bambino con la dignità che ogni essere vivente che non è più, ma è stato merita di ricevere.** E’ diritto di ogni bambino avere un proprio luogo dignitoso dove riposare in attesa della sepoltura, essere accudito per come è possibile, essere trattato con rispetto.

20. Là dove la nostra esperienza assistenziale termina, il lutto dei genitori è appena all’inizio: **rispettare i tempi della coppia** e fornire indicazioni e materiale d’aiuto per una buona elaborazione del lutto. Indicare le risorse psicosociali possibili (web, cartacee, gruppi di automutuoaiuto) riduce lo stress dei genitori e migliora la percezione dell’assistenza.

## Bibliografia

1. RAVALDI C., *Quando una vita dura nove mesi: la cura della famiglia colpita da morte perinatale*, Educazione Prenatale, ANEP, num 12-13, Giugno – Dicembre 2008
2. RAVALDI C., VANNACCI A., *La gestione clinica del lutto perinatale Strategie di intervento e linee guida internazionali*, La care in perinatologia, vol 3, Maggio 2009
3. RAVALDI C., MELLO G., PONTELLO V., RIMEDIOTTI L., RICCA V., VANNACCI A. *Aspetti psicologici della morte intrauterina. Ricerca, esperienze e protocolli di intervento*. Psicobiettivo, 2009 Fascicolo 3
4. RAVALDI C., TORRINI D., BIAGINI A., LAPI F., RICCA V., VANNACCI A. *Vivere il lutto nella professione assistenziale: sequele post – traumatiche e rischio di burn-out negli operatori sanitari*. Psicobiettivo, 2009 fascicolo 3
5. RAVALDI C., *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza o dopo il parto*. Boopen editore 2009
6. RAVALDI C., VANNACCI A., *Risvolti psicologici nella morte perinatale* in *Gravidanza e contesti psicopatologici dalla teoria agli strumenti di intervento a cura di PL Righetti*, Franco Angeli editore, 2010
7. RAVALDI C., *Nella scia di una stella cadente. Storia di due gattini e di un fratellino speciale* Iper testo Ed., 2010
8. BYDLOWSKI M. "Il debito di vita", Ed. Quattroventi, 2000
9. HAUSSAIRE NIQUET C “Guarire il lutto perinatale, secondo la psicointesi”, Ed Amrita, 2011