

19. Morte endouterina: corporeità materna e dramma perinatale

di *Loredana Cena*

19.1. Gravidanza: intercorporeità nel concepimento e intracorporeità nella gestazione

Il progetto generativo, iniziato in fantasia con la maturazione sessuale, trova la sua concretizzazione con il concepimento, prosegue con la gestazione del feto e poi del bambino e il corpo femminile ne diventa lo scenario: progetto intercorporeo con il partner e intracorporeo con il bimbo. Il corpo della donna in gravidanza è un corpo che ne contiene un altro: la madre durante la gestazione si trova nella condizione di essere una e duplice, un corpo che ne contiene un altro e che, nello stesso tempo è sé e non sé (Ferraro, Nunziante Cesàro, 1992).

La gravidanza si delinea come un processo evolutivo fondamentale nello sviluppo dell'identità femminile: Stern (1998) in *Nascita di una madre* descrive come la donna sviluppi una nuova identità dopo il parto. L'assetto psichico assume profonde modificazioni che coinvolgono anche il mondo affettivo relazionale: un bambino reale le cresce nel ventre e uno immaginario prende forma nella sua mente. Durante il periodo della gravidanza possono accentuarsi conflitti, ansie e frustrazioni connesse all'evento, ma è anche un periodo in cui si sviluppano nuove relazioni tra la donna in attesa, il nascituro, il partner e tutto il contesto relazionale. La gravidanza è una esperienza psicosomatica per eccellenza, attraverso una circolarità tra dimensioni fisiche e psichiche: da un evento psichico (il desiderio di un figlio) e il rapporto sessuale (esperienza sia fisica che psichica) prende avvio il processo fisico della gestazione, la quale, a sua volta, promuove processi mentali (in particolare per la madre di rielaborazione delle proprie esperienze passate e di progetti e aspettative future) che, a loro volta, hanno ricadute (somatiche) sull'andamento della gravidanza (Imbasciati, Cena, 2015a,b).

La Deutsch (1945), la Bibring (1959), la Benedeck (1959), la Pines (1972), la Soifer (1985) individuano fasi evolutive nella gestazione ed evi-

denziano aspetti di crisi e sviluppo. Altri autori hanno esplorato le rappresentazioni (Ammanniti *et al.*, 1995) presenti nella mente delle madri e dei padri: Stern ha messo in evidenza come le madri, i padri e i loro bimbi costituiscano una particolare popolazione clinica e come tale vada esaminata (Stern, 1985). Le ricerche in letteratura rilevano come il progetto generativo sia caratterizzato dal riemergere nella coppia di rappresentazioni riferite sia al divenire genitore, con una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un coinvolgimento affettivo ed emotivo nei loro confronti, sia contemporaneamente con una identificazione al bimbo desiderato e atteso, e al riemergere di rappresentazioni relative a se stessi come bambini.

Ogni donna vive la propria gravidanza e maternità, a seconda delle esperienze personali e del contesto in cui vive. La relazione madre-bambino si instaura già in epoca prenatale. La prossimità ed il cordone ombelicale che lega il corpo materno con quello fetale creano un contatto, che costruisce quello che sarà chiamato “il primo legame” (Brazelton, Cramer, 1991), concretizzato nella trasmissione transplacentare sensoriale, umorale, neuroendocrina, di scambi nutrizionali ed emozionali. Infatti gli stati d’animo, le sensazioni, le emozioni, i pensieri ed i sentimenti delle madri si traducono in variazioni del suo corpo e dell’intero suo organismo, che sono recepite dal feto, dai suoi incipienti apparati sensoriali (coclea, vestibolo, recettori tattili, pressori, muscolari), ma anche dalla recezione delle modulazioni umorali dell’organismo materno (che sono sempre connesse ai di lei eventi psichici) e pertanto vengono ad essere trasmesse per via transplacentare diventando altrettanti messaggi, recepiti e in qualche modo codificati nel costituendo Mindbrain del feto. Il “Bonding” (Klaus, Kennel, 1982) è quel primo legame madre-bambino che condiziona lo sviluppo psico-fisico del feto, ed avrà un riferimento nel suo attaccamento prenatale. Cranley (1981) definì il costrutto dell’attaccamento prenatale, sostenendo che non nasce dal momento in cui la madre percepisce i movimenti del bambino dentro di sé, ma da un coinvolgimento psichico, ed ovviamente fisico, antecedente, forse fin dal concepimento.

Durante la gravidanza, nella evoluzione di quello che viene indicato come lo sviluppo della “maternità interiore” (Mori, 2008), soprattutto se si tratta della prima, la donna ripercorre i primi stadi del proprio sviluppo: il processo di individuazione-separazione verso la propria madre, le paure e le fantasie inconscie associate alla fasi iniziali della gravidanza concorrono, nella strutturazione e definizione del senso di maternità, e nell’esperienza di attaccamento vissuta con la propria madre.

Nonostante la gestazione proceda secondo buone condizioni psicofisiche, possono essere presenti sentimenti ambivalenti: la scelta materna non è mai completamente libera da conflitti, scandita spesso da vissuti opposti; pienezza e perdita, fusione e separazione, ripetizione e cambiamento (Fer-

raro, Nunziante Cesàro, 1985) possono suscitare paure e fantasie nella donna, tra cui fare del male al bambino, o di partorirne uno anormale.

Il periodo della gravidanza viene suddiviso da Brazelton e Cramer in tre momenti, connessi all'evoluzione dello sviluppo psicofisico della madre e del feto (Brazelton, Cramer, 1991): nel corso del primo, il concepimento, la donna dovrà accettare il "corpo estraneo" che si è impiantato in lei, affinché possa crescere e svilupparsi. Sono dunque implicati meccanismi immunitari e antimmunitari. Verso il quinto mese di gravidanza, secondo stadio, con i primi movimenti il feto si manifesta come un essere vitale, che si sta sviluppando nel grembo materno; nel terzo stadio, ultimi mesi di gravidanza, i movimenti fetali e i loro livelli d'attività cominciano a organizzarsi in cicli, la mamma può riconoscerli e spesso sapere in anticipo quando si manifesteranno (Brazelton, Cramer, 1991; Schaffer, 1977). I movimenti fetali, che la madre non può controllare, né vedere se non attraverso il monitor ecografico, possono anche generare angosce per quanto sta accadendo nel proprio corpo. Si possono attivare delle difese: si può idealizzare il piccolo, rappresentarselo come un essere perfetto, un bambino immaginario, di cui lei sarà il genitore ideale (Brazelton, Cramer, 1991; Brustia-Rutto, 1996; Romito, 1992; Soifer, 1985).

Raquél Soifer ha identificato alcune angosce specifiche della gravidanza: all'inizio della gestazione, al secondo e terzo mese (in corrispondenza della formazione della placenta), verso i tre mesi e mezzo (al percepire i primi movimenti fetali); al quinto mese (al palese instaurarsi dei movimenti fetali); al settimo mese (in corrispondenza del rivolgimento interno del feto), all'inizio del nono mese, nei giorni che precedono il parto (Soifer, 1985). All'inizio della gestazione constatare l'assenza delle mestruazioni può causare angoscia, in quanto manifestazione tangibile dei primi cambiamenti corporei e prova del doversi adattare al nuovo stato (Soifer, 1985). La donna nel suo divenire madre può vivere in modo conflittuale la gravidanza, attraverso sentimenti di amore e di rifiuto per il figlio che dovrà nascere. Dal secondo mese possono comparire nausee e vomiti, che rivestono un doppio significato, rassicurano della realtà della gravidanza, e contemporaneamente rappresentano il rifiuto della realtà e la difficoltà ad accettare il nuovo stato: nausee e vomiti sono espressione del conflitto tra rifiuto e accettazione della gravidanza, tra desiderio e paura dell'attesa di un bambino (Deutsch, 1945; Langer, 1951). A volte è l'ansia determinata dall'incertezza di essere incinta, che può provocare questi sintomi, in altri casi prevale la componente persecutoria del proprio rifiuto e la donna ne ha paura, volendo espellere ciò che è cattivo (rigettare la maternità stessa) e conservare ciò che è buono, il bambino (Brustia-Rutto, 1996): nell'alternarsi di vomiti e voglie si manifestano i vissuti di ambivalenza verso il feto (la modalità trattenere/espellere caratterizza ora gli impulsi protettivi e ostili

nei confronti del feto); espellerlo con il vomito e reincorporarlo con le voglie (Soifer, 1985). Marie Langer descrive anche come l'angoscia all'inizio della gravidanza possa essere connessa a un eventuale senso di colpa per aver rubato il bambino alla madre e alla paura della sua vendetta. Questo timore viene rafforzato dall'invidia infantile per la capacità creatrice materna e dall'odio provato in seguito al suo realizzarsi (Langer, 1951).

Un ritardo eccessivo nella percezione dei movimenti fetali, al quinto mese, potrebbe implicare una negazione, difesa di quelle donne nelle quali si confondono gestazione e amenorrea (Soifer, 1985). L'angoscia a questo punto della gestazione può manifestarsi sotto molteplici forme: paura del figlio "questo sconosciuto", paura della responsabilità assunta (una paura che cresce di pari passo con le dimensioni della pancia), paura di morire di parto (Deutsch, 1945; Oakley, 1985; Rich, 1977); paura di generare un bambino deforme. Questo timore non sempre viene fugato dalla presenza delle nuove tecnologie che consentono di rilevare eventuali anomalie e si può manifestare sotto forma del timore di non essere in grado di generare un bambino sano, o di non essere in grado di allevarlo bene (Brazelton, Cramer, 1991). Nella donna ha luogo una doppia identificazione: col feto e con la madre. "L'Io della donna incinta deve trovare un armonico compromesso tra la sua identificazione con il bambino, che è proiettata verso il futuro, e la sua identificazione con la madre, che è rivolta verso il passato" (Deutsch, 1945, p. 143). La tendenza regressiva può attivare conflitti e reazioni patologiche, la madre può sentirsi minacciata nella propria identità per il manifestarsi di forti sentimenti di fusione con la propria madre: se il processo avrà uno svolgimento positivo, l'identificazione col feto consentirà alla madre di non percepirlo come un corpo estraneo e un parassita del proprio corpo.

Fino al quinto mese la mamma e il bambino sono una cosa sola, nel momento in cui inizia la percezione dei movimenti del feto, diventa più esplicita la relazione (Soifer, 1985). Al termine del quinto mese l'aumento delle contrazioni uterine provoca un nuovo intensificarsi delle angosce (Soifer, 1985). Dopo i sei mesi e mezzo si verifica il rivolgimento interno del feto: l'abbassamento e la nuova collocazione del bambino sono funzionali al proseguire del processo di separazione dalla madre in vista dell'avvicinarsi del parto; il peso e la stanchezza aumentano, così come l'angoscia causata da fantasmi di svuotamento. Possono riacutizzarsi ulteriori angosce (di separazione, di morte, persecutorie). Con l'abbassamento del bambino comincia la separazione fisica e il processo di separazione psicologica. La gravidanza può essere considerata anche secondo due periodi: dal concepimento al quinto-sesto mese, in cui si sperimenta la fusione, e dal sesto mese fino alla nascita, in cui si sperimenta la separazione.

Il processo di differenziazione – separazione – individuazione scandisce la nascita psicologica dell'individuo: la propria individualità si struttura infatti a partire dalla possibilità del bambino di esplorare il mondo intorno a sé, attraverso le dinamiche di avvicinamento – allontanamento che la madre ed entrambi i genitori consentono al figlio, dopo il parto. Per la madre e i genitori si tratta di ampliare i propri spazi interni, la propria identità, nella quale dovrà essere compreso il figlio: Winnicott (1960) fa riferimento all'accoglienza del “bambino immaginario”, che deve integrarsi agli “spazi psichici” dei futuri genitori. In gravidanza incomincia per la donna il faticoso compito di riconoscere l'altro come diverso da sé: attraverso il processo di differenziazione consente che il bimbo si costituisca come individuo, persona distinta. Fondamentale è il ruolo paterno nel sostenere la diade madre-bambino: il padre potrà permettere ed incoraggiare la separazione.

Verso la fine della gestazione la paura e le ansie possono riacutizzarsi per la preoccupazione del parto: una difesa estrema contro l'angoscia può dare origine ad un parto anticipato, modo per sottrarsi all'attesa e alle pauri, attraverso il meccanismo di evacuazione/espulsione, spostato in questo caso sul parto (Soifer, 1985). Nei giorni che precedono il parto la madre può non avvertire i movimenti del bambino, a volte per un giorno intero, il che acutizza notevolmente la sua angoscia e fa temere per la incolumità del bimbo, che si muove effettivamente di meno, perché la sua crescita ha ridotto lo spazio intrauterino. Alla fine della gestazione, con il parto i genitori dovrebbero essere pronti ad incontrare il bambino così tanto fantastico: il rischio può essere quello di non riconoscere in quel figlio quello che si attendevano.

Quando invece una coppia riceve la diagnosi di infertilità e il figlio desiderato, programmato, atteso, non può essere procreato, il progetto generativo rimane bloccato e per poter essere realizzato c'è bisogno dell'intervento, esterno alla coppia, di una PMA. Se la coppia decide di intraprendere questo percorso, esso può rivelarsi tortuoso e spesso insidioso, trasformarsi in un labirinto da cui non sempre si esce con una gravidanza e una nascita felice (Imbasciati, Cena, 2015a,b, 2017). Dopo la “preparazione” del corpo della donna, con un'alterazione dei suoi processi ormonali, interventi più o meno invasivi ed estenuanti tentativi di fecondazione assistita, gli embrioni possono non attecchire nell'utero, il feto non crescere, le insidie possono ancora essere numerose, la vita è fragile e imprevedibile e il figlio può andare perduto, in fasi diverse della gestazione.

Il corpo della donna vive *incarnati* questi eventi, che si possono trasformare in drammatiche separazioni e nuove perdite. L'infertilità nella storia dell'umanità è sempre stata una insidia dolorosa per la coppia che vuole generare, ma soprattutto per la donna: nella storia biblica l'infertilità di Sa-

ra da cui nascerà poi Isacco è emblematica, così come quella di Elisabetta che partorirà Giovanni, straordinari figli nati miracolosamente.

Nella nostra epoca l'infertilità è stata affrontata, con la PMA, che però non riesce sempre a risolvere il problema della coppia, la quale deve affrontare questi dolorosi vissuti e confrontarsi poi con la propria identità con conseguenze spesso devastanti per la salute fisica e psichica. I figli potranno arrivare oppure continuare ad essere cercati e mai raggiunti: il dramma dell'infertilità è *incarnato* nel corpo femminile attraverso l'attesa, la speranza e poi la disperazione per i tentativi non riusciti, per i fallimenti delle tecniche della PMA e per l'angoscia a seguito di una nuova perdita, quella dell'embrione o del feto/bambino.

La *sofferenza incarnata* nella corporeità della donna, per la propria incapacità a generare, può tramutarsi in sensi di colpa una dinamica e in ambivalente presenza di fantasmi di morte (infertilità, perdita del bimbo) e di vita (speranze e promesse con la PMA) anima i vissuti della donna, della coppia, dello staff dei medici e degli operatori che accompagnano i percorsi di cura.

Infertilità e cure con esiti negativi o con la morte del bambino faticosamente procreato e poi perduto, magari più volte, rendono più complesso il processo di elaborazione del lutto (cfr. cap. 20). La coppia e la donna possono andare incontro a situazioni psicopatologiche di ansia, depressione, stress e PTSD (cfr. cap. 17). La sofferenza viene amplificata in modo esponenziale e, se non riconosciuta, può esitare in processi irrisolti, che possono restare latenti, non consapevoli e riemergere quando si riaffaccia la speranza e la possibilità di una nuova gravidanza o genitorialità (anche per i casi di eventuale ricerca di affidi o adozioni, se l'infertilità non può essere risolta). L'infertilità e la PMA sono esperienze spesso devastanti per una coppia, e devono poter essere elaborate per non esitare in rischi di psicopatologie.

19.2. Corporeità materna: scenario del dramma perinatale

Processi neuropsicobiologici di fallimento del progetto generativo, possono insidiosamente presentarsi in diversi momenti della gestazione: vanno tenuti in considerazione gli aspetti interiori, simbolici connessi a doppia via con i processi biologici della dimensione psicosomatica della gravidanza.

Nei casi di aborto spontaneo e di morte endouterina la donna e il suo corpo costituiscono lo scenario primario del dramma perinatale. La temporalità in cui avviene il doloroso evento, nelle prime fasi della gestazione o successivamente per morte endouterina, così come in seguito per nascita

prematura o nel periodo neonatale, assumono per la donna significazioni specifiche, a seconda delle fasi evolutive della gestazione¹.

Le patologie della fisiologia riproduttiva, i *miscarriage*, sono un fenomeno frequente nei paesi occidentali, di società ad economia avanzata che comportano complesse difficoltà nelle scelte genitoriali. L'apparente prevalenza delle scoperte scientifiche, l'espandersi di tecnologie troppo spesso non sottoposte a prova di efficacia, hanno indotto nelle donne una falsa sicurezza sulle possibilità di prevenire o risolvere i problemi in campo riproduttivo, generando aspettative sempre più irrealistiche: la morte, come evento naturale del ciclo vitale, è sempre meno presente nell'esperienza quotidiana, in un mondo in cui anche l'invecchiamento è procrastinato dalle migliori condizioni di vita e negato dai miti di bellezza e della giovinezza.

La morte endouterina – *stillbirth* – a volte può venire equiparata all'aborto naturale, ma tra questi due tipi di perdita ci sono processi psichici differenti: i movimenti fetali indicano un confine che non è solo legale, ma relazionale e di comunicazione madre-bambino. Se l'aborto avviene agli inizi di una gravidanza, prima della percezione dei movimenti fetali, i vissuti del bambino immaginario sono connessi prevalentemente a "fantasie" e alla percezione del battito cardiaco, o visiva durante le ecografie, ma con l'avanzamento della gravidanza la presenza del bimbo può essere percepita quotidianamente attraverso i movimenti fetali, che comportano vicissitudini psichiche e fantasie materne diventando l'indicatore principale del benessere fetale, segnando una linea di demarcazione tra la vita e la morte: nei casi di *stillbirth*, il silenzio e l'assenza di movimento diventano l'espressione della tragica realtà della morte endouterina.

Uno degli aspetti più caratteristici della gravidanza è il cambiamento che progressivamente avviene nel corpo della madre, scenario delle vicende della filiazione. Tale fenomeno comporta conseguenze biologiche e psicologiche, queste ultime profondamente legate ai mutamenti esterni visibili e alla percezione di sé: tutti i processi che avvengono all'interno del corpo di ognuno di noi influenzano l'immagine che abbiamo di noi stessi. Ogni

1. Un evento di perinatal loss interrompe bruscamente il percorso di "transition to parenthood", il progetto generativo e genitoriale della coppia e della famiglia. Le precoci interazioni genitore-bambino e l'attaccamento al bambino da parte del genitore dovranno poter essere metabolizzati: queste vicende comportano vissuti di fallimento, di sconfitta, di morte. Seguendo Bowlby, possiamo notare come i processi di perdita siano antitetici ai normali processi di attaccamento che costituiscono il ciclo di vita: qui si tratta di una madre che perde il suo bambino, con una morte che è biologicamente inaspettata e causa di una sofferenza intensa; ogni membro della famiglia, nonni, fratelli, parenti elabora con modalità proprie la dolorosa esperienza di perinatal loss e il clinico deve prestare per ognuno una sensibile e attenta considerazione.

nostra percezione corporea proviene dalle sensorialità interne, mentre una percezione dell'immagine di noi è influenzata da come gli altri ci percepiscono.

La gravidanza è il vivere di due organismi in uno spazio condiviso: in tale spazio il bambino è ospite, dal punto di vista biologico è un parassita, poiché non fornisce nulla che contribuisca alla sopravvivenza dell'organismo che lo contiene e al contrario sopravvive grazie ad esso (Ferenczi fa riferimento al bambino come ad un endoparassita: Ferenczi, 1913; Brustia-Rutto, 1996). Questo elemento può essere vissuto come una minaccia per l'identità materna, così come per la madre percepire una modificazione della propria immagine può comportare la perdita del primo Sé corporeo (Brustia Rutto, 1996; Ferraro, Nunziante Cesàro, 1985). Tale perdita necessita di una elaborazione primaria, di un "lutto" intrinseco al processo di gestazione stesso, perché possa avvenire nella donna una completa accettazione del nuovo stato. Il cambiamento esteriore testimonia quello che avviene interiormente: la madre dovrà fare spazio sia fisicamente, sia mentalmente al suo bambino; per "fargli spazio" dovrà quindi morire e rinascere, superare diverse crisi d'identità nella evoluzione dei nove mesi della gestazione, dell'attesa.

Secondo Ferraro e Nunziante Cesàro (1985) dallo spazio cavo originario che caratterizza il corpo femminile, durante la gestazione, si passa ad un corpo saturato: l'accettazione dell'esistenza di un organismo ospite-parassita comporta anche l'accettazione dei cambiamenti che quest'ultimo provoca, primi fra tutti i mutamenti corporei, fenomeni biologici interni, e relativi alla propria immagine esteriore. La comprensione da parte della donna che una tale rivoluzione è necessaria e funzionale ad accogliere un figlio indica che è in atto una elaborazione dei vissuti legati alla gravidanza (Langer, 1951). Per accogliere il bambino è necessario rendere concava l'immagine corporea, che significa partecipare a ciò che avviene naturalmente a livello fisico, essere pronte a ricevere, a fare spazio (Ferraro, Nunziante Cesàro, 1985). La capacità di accogliere e di formare uno spazio interiore è alla base non solo della gravidanza fisiologica, ma della maternità "psichica": dallo spazio reso cavo e riempito del ventre materno, si passa allo spazio cavo dell'abbraccio materno che delimita e contiene (*holding*) il bambino (Brustia-Rutto, 1996).

Le vicende connesse allo spazio cavo e alle dinamiche pieno-vuoto hanno una lunga storia nello sviluppo della femminilità: non hanno un inizio in gravidanza, ma appartengono ai vissuti psichici dello sviluppo corporeo della bambina e poi della donna (Imbasciati, 1990); sono vicende spesso connesse con gli orifici e le cavità corporee (e fantasie infantili di espulsione del bambino con la stessa modalità con cui vengono espulse le feci): l'immagine corporea non è sempre un'immagine unitaria, in differen-

ti momenti una o alcune parti assumono un rilievo maggiore. Questi vissuti fanno parte di un processo funzionale a certe fasi di sviluppo, che può generare delle sproporzioni. Come sottolinea Schilder, ogniqualevolta una singola parte acquista un rilievo preminente, la simmetria e l'equilibrio interni dell'immagine corporea saranno sconvolti: in gravidanza esiste questa sproporzione (Schilder, 1935); la donna incinta vede aumentare sempre di più le dimensioni di alcune parti del proprio corpo, soprattutto il ventre e il seno, può quindi non riconoscersi più in questo nuovo corpo e talvolta sentirsi brutta (Ferraro, Nunziante Cesàro, 1985). Nel momento in cui i cambiamenti fisici sono evidenti, l'angoscia può manifestarsi attraverso diverse forme: come il timore di vedersi de-formata e di non poter più tornare come era prima (il fatto che la maternità sia una condizione di non-ritorno può estendersi anche a queste preoccupazioni relative all'aspetto fisico).

La corporeità della madre costituisce dunque uno scenario denso di significati simbolici e Nunziante Cesàro (1992) fa riferimento ai significati connessi al corpo femminile come "spazio cavo e corpo saturato" e alla gravidanza come "agire" tra fusione e separazione: lo "spazio cavo" del corpo della donna con il concepimento si trasforma in uno spazio saturato, con una nuova vita che cresce e si sviluppa per i nove mesi di gestazione. La madre con il suo utero, diventa contenitore che gradualmente si dilata per assumere la forma e circoscrivere la corporeità del feto che cresce: diventa contenitore fisico e psichico del bimbo, lo protegge in uno spazio fisico e lo contiene in uno spazio mentale. Winnicott scriveva che i bambini nascono quando vengono pensati, per indicare come ci sia un concepimento fisico e psichico del bimbo da parte della madre, ma anche del padre; da cui prenderebbe forma il complesso percorso del diventare genitore. La corporeità paterna e le funzioni maschili sono la polarità dialettica per il costituirsi del concepimento e l'inizio della vita: dall'intercorporeità di due che si incontrano e si uniscono, un corpo maschile e uno femminile, si forma una nuova vita e inizia un processo intracorporeo nella donna, di un nuovo corpo che si sviluppa nel ventre della madre.

Secondo Ferraro e Nunziante Cesàro l'identità femminile viene contrassegnata nel corso del suo iter evolutivo, dalla bambina alla donna (Imbasciati, 1990), dal potenziale "cavo" del suo corpo, che può essere saturato in modo duraturo dall'esperienza della gravidanza, assumendo anche significati perturbanti: un corpo gravido può configurarsi, come luogo di una «scelta materna» mai veramente libera da conflitti, luogo della pienezza e della perdita, della fusione e della separazione fattuali; può configurarsi per la donna come luogo simbolico della propria nascita, antitetica alla nascita del figlio. La gravidanza come "agire", potrebbe assumere i significati della realizzazione di un progetto della donna e della coppia che può avere

connotazioni non sempre positive, implicando processi connessi ad una ripetizione della vita e a cambiamenti, riproponendo una drammatica continuità della vita e della morte, nell'intreccio tra esperienze e significati più o meno condivisi dalla coppia.

Il trauma/dramma della morte endouterina – *stillbirth* – si colloca nell'ambito della complessità di questi vissuti e assume connotazioni duplici per la donna: il dolore per la morte del bimbo e la sofferenza di dover partorire un bimbo morto. Nell'assistenza ostetrica esistono protocolli su cui si conviene per l'espletamento del parto, naturale o indotto, ma non c'è concordanza invece sulla gestione emotiva e comportamentale a livello di assistenza psicologica: la donna e la coppia sono spesso lasciati soli. Con la morte del bimbo la donna viene colpita nella sua identità di madre, una madre non sufficientemente buona, un corpo femminile che si trasforma da contenitore di vita a contenitore di morte.

Nei casi di aborto spontaneo, *stillbirth* o morte neonatale non resta niente: l'utero è vuoto e le immagini comuni di una madre con in braccio il suo bambino non possono sussistere; in questa dolorosa esperienza “nascita/morte” devono paradossalmente coesistere contemporaneamente. La madre sente che il suo utero è stato “cattivo”, è diventato una “tomba” per il bambino; non può esercitare la funzione genitoriale, c'è un senso di perdita “ho fallito, non sono riuscita a diventare madre, odio il mio corpo...”

Le angosce e i fantasmi di morte che possono aver contrassegnato la gravidanza sembrano purtroppo essersi realizzati, e per la donna i vissuti sono doppiamente drammatici e traumatici. I fantasmi di morte che hanno attraversato i vissuti materni durante la gestazione diventano reali con il prevalere di un fantasma di “cattiva madre”. Per la donna la doppia identificazione con la propria madre e con il figlio deve fare un vorticoso e inaspettato percorso a ritroso: la madre dovrà comunque partorire un bimbo, anche se è morto, e la sua vita non sarà mai più “come prima”. Dovrà risolvere le duplici identificazioni che hanno scandito la gestazione psichica; quella con sua madre, perché lei non diventerà mai più la madre di quel bimbo lì, e anche l'identificazione con il figlio deve concludersi, trasformarsi; dentro di lei ora c'è un bimbo morto, che deve essere espulso perché è una minaccia per la sua vita: la donna può difendersi da questi angosciosi vissuti traumatici con meccanismi di negazione e di dissociazione: “non voglio vedere il bambino, non l'ho fatto io... non è successo nulla, toglietemi questo ingombro dal ventre...”

La perdita del bambino è connessa anche alla risoluzione di altri processi fisiologici iniziati con la gestazione: il corpo della madre è biologicamente preparato all'allattamento, ma questo non potrà più essere espletato.

Secondo Nunziante Cesàro la corporeità materna e le vicissitudini fantasmatiche connesse ai processi biologici della gravidanza, sarebbero il "luogo" da cui partire per una rielaborazione psichica dei processi connessi al concepimento e alla gestazione, dunque per la madre anche del dramma a seguito della interruzione involontaria della gravidanza o della morte endouterina e della elaborazione del lutto, affinché con il suo corpo possa accogliere una nuova maternità.

Bibliografia

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Benedek T. (1959), "Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Bibring G.L. (1959), "Some considerations of the psychological process in pregnancy", *The psychoanalytic Study of the Child*, 16, 113-121.
- Brazelton T.B. (1981), *On becoming a family*, Delacorte, New York.
- Brazelton T.B., Cramer B.G (1991), *Les premiers liens*, Calmann Lévy, Paris.
- Brustia Rutto P. (1996), *Genitori. Una nascita psicologica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cranley M.S. (1981), "Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy", *Nursing research*, 30, 281-284.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna. Studio psicoanalitico. Vol. 2: La donna adulta e madre*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1957.
- Ferenczi S. (2009), *Opere. 1913-191. Vol. 2*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ferraro F., Nunziante Cesàro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*, FrancoAngeli, Milano.
- Ferraro F., Nunziante Cesàro A. (1992), *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*, Ricerche di psicologia, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. I. Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano
- Imbasciati A., Cena L. (2015b), *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. II. Genitorialità e origine della mente del bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Klaus M., Kennel J. (1982), *Parent-Infant bonding*, Mosby, St. Louis.
- Langer M. (1951), *Maternità e sesso*, Loescher, Torino, 1981.
- Mori G.F. (2008), *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino (Ricerche per il nostro tempo)*, Borla, Roma.

- Nunziante Cesàro A. (1992), "Gravidanza e maternità: vissuti e rappresentazioni", in Ammaniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 53-64.
- Oakley A. (1985), *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.
- Pines D. (1972). "Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality", *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Rich A. (1977), *Nato di donna*, Garzanti, Milano.
- Romito P. (1992), *La depressione dopo il parto*, Il Mulino, Bologna.
- Schaffer H.R. (1977), *L'interazione madre-bambino, oltre la teoria dell'attaccamento*, FrancoAngeli, Milano.
- Soifer R. (1985), *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*, Borla, Roma.
- Stern D.N. (1985), "Representation of relationship experience", in Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di), *Relationship Disturbance in Early Childhood: A developmental Approach*, Basic Books, New York.
- Stern D.N., Bruschiweiler Stern N., Freeland A. (1998), *The birth of a mother*, Basic Book. Trad. it. *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano, 2000.
- Winnicott D. (1960), *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Trad. it. Armando, Roma, 2002.