

MARIA CLELIA ZURLO*

ABORTION STIGMA E SALUTE PSICOFISICA FEMMINILE

Sommario: 1. Vicissitudini e interruzioni dei percorsi della filiazione: fecondazione assistita e aborto. 2. Le logiche della filiazione nell'Interruzione Volontaria di Gravidanza. 3. Logiche della filiazione e *abortion stigma*. 4. L'intervento di sostegno psicologico nell'IGV: riformulare il paradosso. 5. Bibliografia.

1. Il tema della filiazione appare negli ultimi decenni al centro di vivaci discussioni e trasformazioni rilevanti. Le questioni sollevate da fecondazione assistita e aborto sono tra le principali questioni poste dalla bioetica. Da un lato, infatti, i progressi scientifici nel campo delle tecniche biomediche e della fecondazione assistita hanno reso possibile affrontare ostacoli prima insormontabili e realizzare una serie di ipotesi di concepimento prima inimmaginabili. Dall'altro, le modificazioni derivanti dai mutamenti sociali, giuridici e culturali hanno reso possibile, in direzione opposta, la realizzazione del rifiuto di avere un figlio, con l'interruzione volontaria di gravidanza.

Nel panorama degli studi interdisciplinari sollecitati da tali mutamenti, la ricerca psicologica di orientamento psicoanalitico è impegnata nel lavoro di analisi e riflessione sugli effetti di tali modificazioni sulla vita psichica individuale, di coppia e familiare, e sui modi in cui il desiderio di un figlio viene a declinarsi e a trovare espressione e realizzazione nella società contemporanea. In questo orizzonte fecondazione assistita e aborto divengono esempi emblematici delle nuove possibili configurazioni contemporanee del desiderio di filiazione e degli interdetti rispetto alla realizzazione di esso.

L'approccio dinamico al funzionamento psichico proprio della psicoanalisi fin dalle sue origini ha posto l'accento sul gioco di forze che caratterizza la vita psichica. In questo gioco di forze, generato dal desiderio e dalla spinta alla sua realizzazione, si verificano associazioni, compromessi, ma anche conflitti e inibizioni reciproche tra i più diversi impulsi. La vita

* Professore Associato di Psicologia Dinamica, Università degli Studi di Napoli Federico II.

psichica è dunque concepita dinamicamente come ricerca di un equilibrio, di un'armonizzazione tra impulsi e desideri consci e inconsci, a livello intrapsichico, e tra mondo interno e realtà esterna, a livello intersoggettivo e nell'interazione con la realtà esterna.

In questi termini il desiderio di filiazione si iscrive in una dinamica intrapsichica intrinsecamente complessa, ambivalente e conflittuale, e, contemporaneamente, in un contesto reale, sociale, culturale, medico, di realizzazione o non realizzazione di tale desiderio. In una simile prospettiva, quindi, fecondazione assistita e aborto sono interventi medici che vanno a rapportarsi, in maniera opposta, alla medesima dinamica tensionale tra desiderio di filiazione e suoi interdetti.

Nel caso della fecondazione assistita il desiderio di filiazione si confronta con una interruzione involontaria, un interdetto nella sua realizzazione, interdetto che può derivare da un impedimento interno, da un conflitto intrapsichico insoluto che trova espressione nel corpo, nelle infertilità psicogene, e/o da un impedimento esterno alla psiche, un impedimento fisico, che non può tuttavia non avere a sua volta risonanze sul piano psichico conscio e inconscio. Nel caso dell'intervento di aborto volontario, invece, l'interruzione è voluta, ed esprime, seppure in maniera simmetricamente opposta, attraverso la negazione e il rifiuto, un'analogia dinamica conflittuale insoluta tra filiazione e interdetti alla sua realizzazione.

Sia nel caso della fecondazione assistita che in quello dell'aborto la dinamica interna tra desiderio di filiazione e suoi interdetti si definisce rispetto al contesto relazionale di appartenenza, e alle caratteristiche sociali, culturali e giuridiche, da un lato, e mediche, dall'altro, che vengono a creare, nel loro insieme, l'orizzonte di realizzabilità del desiderio individuale. Entrambi gli interventi esprimono quindi, in direzioni opposte, la complessità della filiazione umana, e il suo continuo trasformarsi nell'intreccio tra mutamenti provenienti dai progressi biomedici, mutamenti derivanti dall'evoluzione socioculturale e giuridica, e inevitabili mutamenti sul piano del vissuto psicologico conscio e inconscio della filiazione, che volta a volta viene strutturandosi in ciascun individuo.

In questo senso l'approccio psicodinamico colloca le dimensioni giuridiche, che regolamentano questi interventi, e quelle biomediche, che li rendono materialmente possibili, sullo sfondo, considerandoli come inaghirabili aspetti contestuali con cui la psiche degli individui coinvolti interagisce nel tentativo di risoluzione del conflitto e di realizzazione dei propri desideri consci e inconsci.

2. La ricerca sugli effetti psicologici dell'esperienza abortiva è stata a lungo influenzata dal violento scontro ideologico tra abortisti e antiabortisti, e solo negli ultimi tempi è passata dallo sterile dibattito tra chi affermava l'ineluttabilità degli effetti psicopatologici dell'aborto e chi negava tali effetti al più fecondo studio dell'interazione tra condizioni interne ed esterne, tra caratteristiche individuali e di personalità della donna e caratteristiche del sistema sociale che la circonda nel determinare i diversi modi in cui tale esperienza può essere affrontata.

L'interazione tra caratteristiche individuali e caratteristiche situazionali determina infatti in modo sostanziale il vissuto e gli esiti dell'esperienza abortiva, e dunque l'intensità dello stress e del disagio psicologico che possono derivare da essa. La ricerca sul tema si è dunque volta all'individuazione dei fattori di rischio e di quelli protettivi rispetto al rischio di *abortion trauma* o allo sviluppo di una *sindrome post-abortiva*.

In tal senso le ricerche hanno messo in evidenza caratteristiche individuali e situazionali che si associano in modo significativo ad un incremento dello stress e delle emozioni negative sperimentate nel ricorso all'aborto, e, quindi, al rischio di più gravi conseguenze sulla salute psicologica della donna: la giovane età; la carenza di supporto sociale da parte del contesto relazionale di appartenenza; la limitatezza delle strategie adattive individuali; l'intensità dei significati individuali attribuiti alla gravidanza (Cozzarelli, 1993; Cozzarelli, Sumer & Major, 1998; Major et al., 2000).

Dal punto di vista psicodinamico la scelta abortiva a livello conscio ha per lo più a che fare con il non sentirsi pronti ad assumere il ruolo genitoriale sul piano individuale e relazionale, di coppia, ma tali aspetti sono resi molto più complessi in ragione delle dimensioni inconscie ed emozionali ad essi sottesi, dimensioni, queste, che richiedono un approfondimento ed un'attenta considerazione, se si vogliono prevenire i molteplici effetti negativi che possono derivare da una esperienza abortiva traumatica.

L'attivazione e l'emergenza del desiderio di un figlio, anche nel caso del rifiuto di esso e del ricorso all'aborto, comporta sempre una riattivazione di interrogazioni sulle proprie origini, di conflitti di separazione, di problematiche riguardanti l'elaborazione della differenza tra i sessi e tra le generazioni, di conflitti e vicissitudini che hanno caratterizzato lo sviluppo del Sé e delle relazioni oggettuali. Essa è dunque caratterizzata dal riemergere di fantasmi edipici e preedipici, di fantasmi originari riguardanti la vita intrauterina, la scena primaria, la castrazione e la seduzione. Si tratta dunque di un processo in cui avviene l'attivazione e la rielaborazione di quesiti e problematiche strutturanti l'individuo e la sua identità individuale e sessuale.

I diversi percorsi che la filiazione può intraprendere sono difatti caratterizzati dalla trasmissione dei contenuti e delle modalità di funzionamento psichico da una generazione all'altra, laddove la vita psichica di ciascun soggetto viene sempre più a definirsi all'interno di spazi intersoggettivi che ne precedono l'avvento e la strutturazione psichica e identitaria: spazi familiari; spazi intergenerazionali; spazi sociali (Zurlo, 2009). La questione che si pone quindi al centro dei diversi percorsi possibili della filiazione è quella che concerne ciò che si riattiva nei futuri genitori in rapporto a quanto è stato loro trasmesso e a quanto ciascuno di essi, a sua volta, trasmette, con le esigenze di lavoro psichico che ne derivano. Entrano dunque in gioco le basi della trasmissione e della strutturazione dello psichismo individuale. In questo orizzonte vanno interpretate le scelte di interruzione volontaria di gravidanza, che dovrebbero essere affrontate esplorando ciò che la gravidanza riattiva in rapporto a quanto è stato trasmesso a entrambi i membri della coppia e in rapporto a quanto essi non possono, non vogliono o non riescono a trasmettere (anche in relazione alle esigenze di lavoro psichico che derivano dalla trasmissione e che non sempre risultano affrontabili da parte dell'individuo).

Gli studi che hanno approfondito le vicissitudini dell'instaurarsi della genitorialità (Zurlo, 2009) descrivono come tale processo implichi una ripresa e una rielaborazione delle esperienze infantili al fine di riorganizzare la propria identità, il proprio ruolo e il proprio posto a livello individuale, di coppia, familiare e transgenerazionale.

Tale rielaborazione comporta due movimenti identificatori che caratterizzano questo percorso di ricerca all'interno di se stessi e della propria storia: un movimento di ricerca e di riscoperta del bambino che ciascuno è stato e un movimento di ricerca dei genitori che si sono avuti per costruire un personale significato dell'essere genitore. Tuttavia, la clinica nel campo della psicopatologia perinatale indica come tale processo di recupero e ripresa delle proprie basi identitarie possa configurarsi in molti modi diversi. Infatti, laddove il passato è caratterizzato da traumi e ferite non elaborate, il lavoro di rielaborazione delle identificazioni e di presa di distanza e differenziazione tra le generazioni non può essere intrapreso o portato a compimento. In questi casi possono verificarsi situazioni in cui il rapporto con la procreazione diviene problematico.

Prendendo in considerazione l'esperienza dell'aborto, tali problematiche possono emergere in modi diversi: esse possono rendere molto più difficile e sofferta l'elaborazione della propria scelta, la presa di coscienza e l'elaborazione del vissuto di non sentirsi pronti sul piano individuale o relazionale a divenire genitori. In questi casi il conflitto, l'incapacità di

confrontarsi con l'esperienza della gravidanza può giungere a creare un corto circuito sul piano psichico, con intensi vissuti di angoscia e di senso di colpa, rispetto a cui si può reagire solo attraverso la rimozione e la cancellazione del vissuto, che rimane così incistato, congelato nella psiche, producendo effetti traumatici.

Se quindi l'esperienza di una gravidanza in un momento in cui non si è pronti ad assumerne la responsabilità comporta sempre una riattivazione di significati profondi e richiede sempre una rielaborazione di essi, ancor più importante diviene tale elaborazione nei casi in cui l'incapacità di assumere una gravidanza indesiderata non è un pensiero di cui esplorare le risonanze profonde, ma un non pensiero vissuto nel terrore, nell'angoscia, nel rifiuto e nel diniego.

3. La scelta abortiva si iscrive nel complesso intreccio tra vissuto intrapsichico, soggettivo, e condizioni esterne, legate alla dimensione medica dell'intervento di interruzione di gravidanza, da un lato, ed alla dimensione giuridica, che riconosce nel nostro paese il diritto all'IVG e ne regola la prassi, dall'altro.

Qui di seguito è mia intenzione approfondire le caratteristiche di tale intreccio, ed a tale scopo farò riferimento ad un filone di studi di approccio psicoanalitico sulla natura multidimensionale dei legami di filiazione, sviluppato negli ultimi decenni proprio per cercare di interpretare i mutamenti contemporanei delle modalità di instaurazione di tali legami.

A partire dagli anni '80 Jean Guyotat è stato spinto dallo studio della psicologia e della psicopatologia dei legami di filiazione a distinguere "tre logiche" di tale legame, logiche che funzionano anche come diversi vettori di trasmissione di significati da una generazione all'altra: la *filiazione istituita*, la *filiazione fantasmatica e narcisistica* e la *filiazione da corpo a corpo* (Guyotat, 1980).

La filiazione istituita è la filiazione quale processo socialmente e culturalmente definito. Essa rinvia all'insieme di usanze, leggi e riti che, all'interno di ogni raggruppamento umano, codificano e ridefiniscono l'evento della procreazione e i ruoli dei soggetti coinvolti e fanno sì che un bambino sia designato dal gruppo come figlio di una determinata madre e di un determinato padre.

Strettamente intrecciati con la dimensione istituita della filiazione sono gli aspetti della filiazione riguardanti il vissuto dell'individuo mediante il quale quest'ultimo situa se stesso nella catena delle generazioni rispetto ai suoi ascendenti e ai suoi discendenti. Tali aspetti riguardano la dimensione psichica, fantasmatica della filiazione, e sostanziano la *filiazione imma-*

ginaria e narcisistica, la quale si radica nella rete di relazioni in cui ogni individuo è inserito fin dalla nascita.

Tra dimensioni fantasmatiche e istituite della filiazione esiste dunque un costante intreccio. Ma, negli ultimi decenni, con la crescente medicalizzazione della procreazione, tale intreccio si è complicato ulteriormente con l'emergere di una terza dimensione del legame di filiazione, quella della *filiazione da corpo a corpo*. Il legame di filiazione da corpo a corpo va distinto dagli altri in quanto è caratteristico della rappresentazione medica e biomedica della filiazione. Secondo tale rappresentazione la filiazione consiste nel "mettere in relazione parti del corpo e prodotti del corpo". A tale proposito Guyotat aggiunge: «L'approccio biomedico si sviluppa a partire dallo studio di queste relazioni e quando si parla del legame di sangue si tratta soprattutto di una rappresentazione di un legame tra prodotti del corpo (il sangue), parti del corpo da principio in stretta relazione tra loro (il bambino nel grembo della madre) che poi si separano come nel parto»¹. La logica della filiazione da corpo a corpo, ossia la logica che proviene dalla medicina e dalla biomedicina, è centrata sul rapporto tra parti e prodotti del corpo ed ignora i rapporti sociali, i desideri e le aspettative connessi alla filiazione.

Tra le diverse dimensioni e logiche della filiazione descritte esiste, come abbiamo detto, un costante intreccio, che diviene particolarmente evidente quando ci si trova in presenza di singolarità o anomalie della filiazione. Guyotat sottolinea a tale proposito come ogni anomalia della filiazione istituita o biologica attivi nei soggetti coinvolti la dimensione fantasmatica e immaginaria della filiazione accentuandone le dimensioni narcisistiche.

L'osservazione delle diverse esperienze che possono influenzare la filiazione istituita e biologica, in connessione con i loro riflessi sul piano fantasmatico, ha dato dunque origine a una specifica prospettiva di comprensione psicoanalitica di molti meccanismi psicopatologici propri dei legami di filiazione problematica. Affrontare attualmente il tema della filiazione in una prospettiva psicoanalitica significa quindi esplorare l'impatto e gli effetti delle suddette esperienze sulla vita psichica degli individui da esse coinvolti, sulla costruzione della loro identità personale, sulle loro relazioni di coppia e familiari.

Applicando tale prospettiva di riflessione alla scelta di interruzione volontaria di gravidanza, possiamo sottolineare come essa rinvii non solo a difficoltà sul piano della filiazione immaginaria e fantasmatica, a dimen-

1 J. GUYOTAT, *Tre logiche del legame di filiazione* (1995), in M.C. ZURLO (a cura di), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori, Napoli, 2013, Seconda Edizione, 277-287, 285.

sioni intrapsichiche che ostacolano l'elaborazione dei processi di instaurazione della genitorialità imponendone l'interruzione, ma anche alla parallela presenza di anomalie sul piano della filiazione istituita.

Infatti, sebbene siano passati oltre 35 anni dalla promulgazione in molti paesi (compresa l'Italia, con la Legge 194/78) di leggi che hanno legalizzato l'interruzione volontaria della gravidanza assicurando formalmente il diritto delle donne alla libertà di scelta in ambito procreativo, e sebbene sia stato stimato che, ad esempio, negli USA una donna su tre ricorra all'aborto nel corso della sua vita riproduttiva (Jones & Kooistra, 2011), la sostanziale legittimità della pratica dell'aborto per i medici e per le pazienti che si sottopongono ad essa rimane ancora oggi problematica.

Sul piano della filiazione istituita, quindi, la regolamentazione giuridica, che generalmente offre legittimità e contribuisce sul piano del vissuto psichico a orientare e sostenere il normale processo individuale di elaborazione e creazione di senso nei soggetti coinvolti (senso delle proprie scelte, dei propri comportamenti), sembra non funzionare per la pratica abortiva, dando origine a un vuoto rappresentativo che, malgrado la legge, lascia le donne che ricorrono all'IVG, ma anche i medici e gli infermieri che praticano tali interventi, soli e non di rado esposti al rischio di stigmatizzazione e discriminazione sociale.

Il fenomeno dell'*abortion stigma* consiste nell'etichettamento e nella discriminazione delle donne che si sottopongono a IVG (Major & Gramzow, 1999; Kumar, Hessini & Mitchell, 2009; Cokrill & Nack, 2013). Tale fenomeno è stato rilevato ed è oggetto di studio in molti paesi, anche sul versante della stigmatizzazione dei medici (Harris, Debbink, Martin & Hassinger, 2011) e delle infermiere (Lipp, 2011) che praticano l'IVG, ed è testimoniato, da un lato, da ricerche sulla discriminazione nei luoghi di lavoro (difficoltà di carriera dei medici che praticano l'aborto), sulle minacce e le violenze in certi casi subite da parte di militanti anti-abortisti (Joffe, 2010), e sui non rari disturbi derivanti dallo stress connesso a tutto ciò, e, dall'altro, dalle alte percentuali di medici obiettori di coscienza (in Italia 7 ginecologi su 10 sono obiettori di coscienza). Tutto ciò si riflette peraltro nella riduzione dei servizi in cui esso si pratica, ma anche e soprattutto nel difficile clima che tali fenomeni determinano all'interno dei servizi e intorno alle donne che ricorrono all'aborto.

Diversi autori, dunque, in diversi paesi, analizzando il vissuto delle donne che ricorrono all'aborto, hanno sottolineato la problematicità dell'esercizio di tale diritto sancito dalla legge, e gli effetti di tale fenomeno sul piano della salute psicologica delle donne. Del resto, l'intrinseca e imprescindibile ambiguità della legalizzazione dell'aborto trova espressione in tutte le legisla-

zioni, e fin dal primo articolo della Legge 194, che non può non sottolineare la necessità di tutelare la vita, e di considerare quello all'aborto un diritto cui ricorrere come ultima *ratio*, solo ove lo si ritenga indispensabile.

Nell'esperienza vissuta molte donne che ricorrono all'aborto sentono di dover mantenere il silenzio al riguardo per evitare giudizi e incomprensioni; si tratta spesso, anche in seguito, di un argomento tabù, che rischia di rovinare la reputazione di una persona. Segreti legati a un'esperienza di aborto sono mantenuti spesso per anni.

Gli autori che hanno approfondito le ambiguità del ricorso al diritto di aborto parlano opportunamente di un *paradosso della legittimità* (Harris et al., 2013); il carattere paradossale assunto dal vissuto delle donne che fanno ricorso all'aborto è stato rilevato in Francia da Sophie Divay (2004), che sottolinea l'esperienza di *devianza legale* con cui esse devono confrontarsi; Mette Løkeland (2004) descrive in Norvegia gli effetti della distinzione tra conquista sul piano del diritto (avvenuta anche in Norvegia come in Italia nel 1978) e mancata conquista sul piano morale, sottolineando l'importanza di affrontare una battaglia morale, in tema di aborto, per tutelare non solo il diritto delle donne, ma anche la salute psicologica delle donne e dei medici. Da più parti, quindi, si rileva il carattere ambiguo del contesto culturale e legale in tema di aborto.

A tale proposito a me preme qui sottolineare che, nel caso del ricorso all'aborto, si verifica una peculiare situazione di anomalia in relazione alla filiazione. Infatti, solitamente l'appoggio sulle formazioni culturali collettive sostiene e modella la psiche degli individui ad esse appartenenti, integrandosi con l'esperienza derivante dagli altri appoggi della vita psichica derivanti da quanto trasmesso a livello conscio e inconscio all'interno delle relazioni familiari di provenienza. Quanto già detto, elaborato e rappresentato da credenze, riti, miti, ma anche norme e leggi propri del contesto sociale e culturale di riferimento, viene assunto e può essere elaborato e fatto oggetto di rappresentazione da parte degli individui ad esso appartenenti. Così ogni cultura non orienta e organizza solo l'agire degli individui che ad essa appartengono (fornendo un sistema di riti e procedure in cui ciascuno può lecitamente canalizzare i propri impulsi libidici e aggressivi, prescrivendo l'oggetto e la meta delle pulsioni reputate normali e regolando in tal modo le relazioni di ciascun individuo con se stesso, con il proprio corpo, e con gli altri), ma orienta e organizza anche i processi di elaborazione e mentalizzazione delle esperienze vissute.

È inevitabile rilevare che ciò non si verifica nel caso dell'aborto. Nel caso dell'aborto, infatti, la simbolizzazione fornita dal riconoscimento giuridico del diritto ad esso non si configura come protezione dal vissuto di

un'anomalia, ma comporta sempre uno scarto, che impone nella donna che ricorre a tale provvedimento non solo un'imprescindibile riformulazione personale della propria scelta, ma anche una personale e soggettiva riformulazione e confronto con la legittimazione di essa. Nel contesto descritto, in cui il riferimento alla logica istituita permane ambiguo, assume quindi un forte ruolo il funzionamento psichico della donna e del contesto relazionale, di coppia e familiare al quale ella appartiene.

Nel caso dell'aborto diviene infatti centrale, nel determinare o prevenire eventuali effetti psicopatogeni del ricorso ad esso, la capacità della donna di appropriarsi della propria scelta, di ricercare e trovare – in se stessa e/o in chi la circonda – modalità tollerabili di legittimazione e di attribuzione di significati accettabili ad essa. Di conseguenza, a mio parere, ogni modello di intervento e di counseling che accompagni il percorso di interruzione volontaria della gravidanza dovrebbe andare proprio nella direzione della ricerca di possibili modalità personali di elaborazione dell'esperienza dell'IGV.

4. L'*abortion* stigma consiste in un'attribuzione negativa ascritta alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, la quale costituisce un "marchio" a livello interno ed esterno (Kumar & Mitchell, 2007). Subire l'attribuzione di uno stigma può: influenzare le decisioni e i comportamenti individuali; dare origine a situazioni conflittuali nelle relazioni di coppia, familiari e sociali; influenzare la qualità dei servizi con cui la donna entra in contatto; e avere un impatto negativo sulla salute fisica e psichica della donna (Major & Eccleston, 2004; Major & O'Brien, 2005; Link & Phelan, 2006).

Le ricerche sugli effetti dell'*abortion* stigma sulla salute psicofisica delle pazienti sottoposte ad esso (Shellenberg & Frohwirth, 2009) hanno portato a rilevare una distinzione tra effetti di uno *stigma percepito* (che si riferiscono alla percezione individuale riguardo i sentimenti degli altri nei confronti dell'aborto e delle donne che ricorrono a esso), effetti di uno *stigma sperimentato* (che si riferiscono a esperienze dirette di rifiuto da parte di partner, familiari, amici a seguito di un aborto, nonché ad esperienze di violenza fisica, verbale o emotiva), e, infine, effetti di uno *stigma internalizzato* (che si manifesta attraverso sentimenti di vergogna, senso di colpa, angoscia, autosvalutazione).

Al riguardo, non si possono non considerare ancora una volta determinanti le caratteristiche del funzionamento di personalità della singola donna, che influenzano l'intensità della percezione dello stigma, le modalità dell'esperienza della stigmatizzazione e della reazione ad essa,

nonché le conseguenze e gli esiti dell'eventuale internalizzazione dello stigma. Tale distinzione serve anche a individuare gli eventuali fattori predisponenti nella donna allo scopo di aiutarla ad affrontarli. Infatti, il processo di internalizzazione dell'*abortion stigma* percepito o sperimentato influenza direttamente l'autostima e il senso di sé, può dare quindi origine a vissuti ansiosi e depressivi, può indurre a isolarsi, e a nascondere e mantenere segreta l'esperienza, può perfino determinare in non rari casi una sindrome da stress post-traumatico (PTSD), influenzando la salute psicologica e riproduttiva successiva (Fitzpatrick, Wilson, 1999; Shellenberg & Frohworth, 2009). Laddove, quindi, la donna avrebbe bisogno di dare espressione e significato ai sentimenti, contraddittori e ambivalenti, di rimorso, colpa, perdita e sollievo, che accompagnano l'esperienza abortiva, la stigmatizzazione incoraggia il segreto e lascia tali vissuti inespressi e inelaborati (Kluger-Bell, 2000) incrementando sentimenti di indegnità e autosvalutazione, timore del giudizio altrui, percezione della condanna sociale.

È perciò importante promuovere la consapevolezza del fenomeno dell'*abortion stigma* e degli effetti dannosi di esso, ma è anche importante riflettere su come predisporre interventi di *counseling* che aiutino la donna che ricorre all'aborto a dipanare la complessa rete di difficoltà psicologiche in cui si trova inevitabilmente coinvolta.

Un primo e significativo aspetto degli interventi di *counseling* con donne che ricorrono all'IVG deve, a mio parere, riguardare il fronteggiamento del carattere di *legittimità paradossale* del diritto di scelta di ricorrere all'aborto. Il diritto ad abortire ha infatti il carattere peculiare di non proteggere dalla colpa e non risulta improprio riflettere su come esso dia origine a una scelta effettuata seguendo una prescrizione paradossale, in quanto l'aborto è, in un certo senso, legittimo e illegittimo allo stesso tempo. In altri termini, la donna che ricorre all'aborto si confronta con una prescrizione paradossale del tipo: «hai il diritto e la libertà di abortire, ma sei colpevole di esercitare tale diritto».

Gli studi che hanno sottolineato il carattere patogeno delle comunicazioni paradossali hanno una lunga tradizione e sono stati inaugurati in ambito psichiatrico dai ricercatori della scuola di Palo Alto (Watzlawich, Helmich, Beavin, Jackson, 1967; Watzlawich, 1973). Il loro precursore è stato H. Searles (1959). Successivamente anche nell'ambito della psicoanalisi francese autori come Paul Claude Racamier (1969; 1973; 1978), Didier Anzieu (1975), e René Roussillon (1991) hanno sottolineato come la comunicazione paradossale possa avere un effetto disorganizzatore sul funzionamento della psiche di colui o colei che vi è sottoposto/a, e determinare nel con-

tempo una situazione di imprigionamento della vittima in una condizione di discredito e stigmatizzazione.

La stretta connessione evidenziata tra situazioni paradossali e rischio di stigmatizzazione è centrale nella lettura del fenomeno dell'*abortion stigma* che propongo in questa sede, e da essa deriva la messa a fuoco di specifici elementi caratterizzanti l'intervento psicologico con le pazienti che ricorrono all'aborto al fine di prevenire e affrontare il rischio di *abortion stigma*.

Del resto, come sottolinea opportunamente René Roussillon (1991) nelle sue ricerche teoriche sul paradosso in riferimento alla teoria e alla pratica psicoanalitica, due sono le forme di paradosso trattate ed approfondite: da un lato, il paradosso patogeno, quello approfondito dagli studiosi della scuola di Palo Alto, riferito alla comunicazione paradossale e al carattere disorganizzante e sostanzialmente di attacco nei confronti della capacità di pensare da essa rappresentato; e, dall'altro, il paradosso creativo, quello approfondito, in direzione opposta, da Winnicott (1971), che sottolinea come la paradossalità caratterizzi i processi e i fenomeni transizionali, ossia i processi di creazione di legami di pensiero personali e autentici. Winnicott sottolinea anche come la tolleranza del paradosso e la creazione di uno spazio transizionale siano condizioni intrinseche a qualunque intervento trasformativo e terapeutico.

In questa prospettiva Roussillon si è soffermato a riflettere sul fatto che la trasformazione del paradosso patogeno in paradosso creativo sia al cuore di ogni processo terapeutico e, in modo particolare, degli interventi nei confronti di patologie determinate da processi comunicativi paradossali patogeni. Non a caso – riprendendo e rielaborando concettualizzazioni provenienti dalla teoria sistemica e dalla teoria psicoanalitica – Roussillon descrive l'intervento terapeutico come intervento basato sulla meta-comunicazione, ossia sull'esplicitazione del carattere paradossale della situazione patogena e sulla riformulazione e modifica da parte dello psicologo del contesto di significazione all'interno del quale si inserisce il sintomo.

Ritengo che la teorizzazione descritta risulti estremamente utile per la messa a punto di interventi di sostegno psicologico alle donne che ricorrono all'aborto. Infatti l'analisi da parte dello psicologo della situazione paradossale prima descritta costituisce un passaggio fondamentale, un elemento fondante del *setting* di intervento in questo contesto. Peraltro, sono convinta che la dimensione paradossale sia centrale anche nel fenomeno di stigmatizzazione del personale medico e infermieristico dei reparti in cui si pratica l'IVG, e che l'esplicitazione del carattere paradossale del mandato e della pratica medica in questo campo dovrebbe costituire un passaggio

fondamentale anche negli interventi di sostegno e prevenzione degli effetti dell'*abortion stigma* sul personale medico e infermieristico.

Precisando ulteriormente gli elementi centrali dell'intervento di sostegno psicologico alle pazienti che ricorrono all'aborto, possiamo aggiungere che, all'interno del *setting* così definito, potrà inserirsi il lavoro volto all'esplicitazione e all'elaborazione del vissuto della donna. In tal senso sarà necessario accompagnare le oscillazioni tra sentimenti diversi, connessi alla legittimazione della propria scelta e, nel contempo, all'inevitabile senso di colpa da essa derivante, ed esplorare i modi soggettivi di vivere, percepire e interpretare l'esperienza di *devianza legale* (Divay, 2004) rappresentata dal ricorso all'aborto. Dovranno altresì essere esplorate le difese soggettivamente attivate (isolamento e conservazione di un segreto pesante da sopportare, etc.) per affrontare, nel corso dei colloqui, i contenuti non-detti e indicibili, e le rischiose tendenze al diniego.

Si tratta anche di far riemergere e aiutare a legittimare, al di là del senso di colpa, le ragioni e i motivi della scelta abortiva, che molto spesso sono: la giovane età; il bisogno di proseguimento della propria definizione identitaria attraverso gli studi e la formazione; problemi d'ordine economico; problemi relazionali con il partner; la più o meno consapevole immaturità sul piano individuale e relazionale all'assunzione del ruolo genitoriale.

In questo senso sarebbe opportuno predisporre un dispositivo di sostegno che preceda l'intervento medico e miri a esplorare la struttura di personalità, le modalità adattive e difensive, le credenze individuali (con particolare riferimento a quelle religiose), ma anche il contesto culturale e relazionale di appartenenza della donna, che influenza le possibilità di condividere l'esperienza, sancendo in alcuni casi l'assoluta impossibilità di farlo.

Tutti i temi descritti sono attualmente oggetto di approfondimento nella mia pratica clinica e di ricerca, nella ferma convinzione che solo in questo modo sia possibile restituire al diritto all'aborto il suo vero significato di promozione di una procreazione responsabile al di là di possibili errori di percorso.

5. Bibliografia

- ANZIEU, D. (1975), *La résistance paradoxale: une auto-destruction du groupe*, in Anzieu D. (1975), *L'inconscient et le groupe*, Dunod, Paris, 137-150.
- COKRILL, K., NACK, A. (2013), "I'm not that type of person": *Managing the Stigma of having an abortion*, in *Deviant Behavior*, 34(12):973-990.

- COZZARELLI, C. (1993), *Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion*, in *Journal of Personality & Social Psychology*, 65(6):1224-1236.
- COZZARELLI, C., SUMER, N., & MAJOR, B. (1998), *Mental models of attachment and coping with abortion*, in *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(2):453-467.
- DIVAY, S. (2004), *L'avortement: une déviance légale*, in *Médecine & Hygiène*, 28(2):195-209.
- FITZPATRICK, K.M., WILSON, M. (1999), *Exposure to Violence and Posttraumatic Stress Symptomatology Among Abortion Clinic Workers*, in *Journal of Traumatic Stress*, 12(2):227-242.
- GUYOTAT, J. (1980), *La struttura del legame di filiazione*, in M.C. ZURLO (a cura di), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori, Napoli, 2013, Seconda Edizione, 73-114.
- GUYOTAT, J. (1995), *Tre logiche del legame di filiazione*, in M.C. ZURLO (a cura di), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori, Napoli, 2013, Seconda Edizione, 277-287.
- HARRIS, L.H., DEBBINK, M., MARTIN, L., HESSINGER, J. (2011), *Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop*, in *Social Science and Medicine*, 73:1062-1070.
- HARRIS, L.H., MARTIN L., DEBBINK M., HESSINGER J. (2013), *Physicians, abortion provisions and the legitimacy paradox*, in *Contraception*, 87:11-16.
- JOFFE, C. (2010), *Dispatches from the abortion wars. The costs of fanaticism to doctors, patients, and the rest of us*, Beacon Press.
- JONES, R.K., & KOOISTRA, K. (2011), *Abortion Incidence and Access to Services in the United States, 2008*, in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43:41-50.
- KLUGER-BELL K. (2000), *Unspekable losses: healing from miscarriage, abortion and other pregnancy loss*, New York: Harper.
- KUMAR, A., HESSINI, L., & MITCHELL, E.M. (2009), *Conceptualising abortion stigma*, in *Culture Health and Sexuality*, 11:625-639.
- KUMAR, A., & MITCHELL, E.M. (2007), *Exploring the social construction and conscious dismantling of abortion stigma*, in *Culture Health and Sexuality*, 9:S17-S18.
- LINK, B.G., & PHELAN, J.C. (2006), *Stigma and its public health implications*, *Lancet*, 367:528-529.
- LIPP, A. (2011), *Stigma in abortion care: application to a grounded theory study*, in *Contemporary Nurse*, 37(12):115-123.
- LØKELAND, M. (2004), *Abortion: the legal right has been won, but not the moral right*, in *Reproductive Health Matters*, 12(24 Supplement):167-173.
- MAJOR, B., COZZARELLI, C., COOPER, M.L., ZUBEK, J., RICHARDS, C., WILHITE, M. et al. (2000), *Psychological responses of women after first-trimester abortion*, in *Archives of General Psychiatry*, 57(8):777-784.
- MAJOR, B., & ECCLESTON, C.P. (2004), *Stigma and Social Exclusion*, in ABRAMS, D., HOGG, M.A., MARQUES, J. M. (Eds.), *Social Psychology of Inclusion and Exclusion*, Psychology Press, New York, 2005, pp.63-88.

- MAJOR, B., & GRAMZOW, R.H. (1999), *Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4):735-745.
- MAJOR, B., & O'BRIEN, L.T. (2005), *The social psychology of stigma*, in *Annual Review of Psychology*, 56:393-421.
- RACAMIER, P.C. (1973), *Entre humour et folie*, in *Revue Française de Psychanalyse*, 37(4):655-668.
- RACAMIER, P.C. (1978), *Les paradoxes des schizophrènes*, in *Revue Française de Psychanalyse*, 42(5-6):871-885.
- ROUSSILLON, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, PUF, Paris.
- SEARLES, R. (1959), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard. Paris, 1977.
- WATZLAWICK, P., HELMICH BEAVIN, J., & JACKSON, D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., & FISCH R. (1973), *Changes*, Astrolabio, Roma, 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
- ZURLO, M.C. (2009), *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli, Milano.
- ZURLO, M.C. (2013), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli, Seconda Edizione.