

Ariette Garih

Psichiatra, Hopital Cochin Port-Royal - Paris

**LA PRESA IN CARICO DI FAMIGLIE DOPO LA
MORTE DI UN BAMBINO**



Indice

Introduzione

I. Specificità dell'accoglienza psicologica delle famiglie in lutto

II. Le prime sensazioni

1. sensazione di siderazione (sbalordimento)
2. sensazione di rifiuto
3. sensazione di rivolta
4. sensazione di non poter più comunicare
5. sensazione di ambivalenza in rapporto ai propri bambini vivi
6. sensazione di colpa
7. sensazione di perdita dei riferimenti

III. Ruolo dell'équipe medica:

- a. presa in carico precoce
- b. presa in carico somatica
- c. prevenzione
 1. per i fratelli
 2. per i nonni
 3. per la coppia

IV. La nuova gravidanza e il bambino successivo

V. Il pediatra e il ginecologo

Conclusioni

INTRODUZIONE

La morte improvvisa di un lattante lascia sempre le famiglie in uno stato di siderazione (sbalordimento). Per parlarci di ciò che esse sentono, alcuni aggettivi ritornano regolarmente: sorpreso, esacerbato, indignato, prostrato, tormentato, smarrito, spezzato. Attraverso queste parole, si sente bene fino a che punto questo avvenimento è tanto inatteso, quanto violento e insopportabile.

Il dolore è maggiore.

Nel 18° secolo, il 90% dei bambini non raggiungeva l'età di tre anni. I secoli precedenti erano caratterizzati da numerose gravidanze di cui si sapeva che la metà circa si sarebbero concluse con la morte del bambino.

Oggi ciò appare inverosimile e inammissibile; le famiglie si sentono contemporaneamente paralizzate e perse.

La morte è diventata un argomento tabù; non bisogna parlarne troppo, disturba. La morte deve restare asettica.

I riti di lutto sono scomparsi in molti casi; gli addolorati sono soli di fronte alla loro sofferenza e cercano di nascondere l'espressione della loro tristezza. Si sentono dire: "Su, non piangere, ne avrai altri..." "sii forte, è un incidente, non bisogna pensarci più..."

Chi è vulnerabile mette a disagio!

"Bisogna" essere operativi ed efficaci. Far sparire ad ogni prezzo questo "passo falso", tamponare il malessere e andare avanti.

Sfortunatamente, dagli incontri che abbiamo con le famiglie che vengono a consultarci, capiamo che non è così semplice! Constatiamo che quando una famiglia è colpita dalla morte improvvisa, le tracce sono solide e per tutta la vita.

C'è un "prima" e un "dopo".

Tutti gli interlocutori successivi avranno un ruolo attivo da svolgere, in particolare il ginecologo, la ostetrica, o ancora lo psicoterapeuta. Il loro comportamento sarà decisivo! Non devono in alcun modo restare in disparte, ma capire che, anche se la domanda non è formulata esplicitamente, le famiglie contano totalmente su di loro.

Molte opere tentano di descrivere il problema della morte improvvisa del lattante e quello del lutto in generale (vedi bibliografia).

Ci auguriamo qui di precisare e analizzare i diversi aspetti riguardo all'accoglienza ed eventualmente il proseguimento delle famiglie in lutto che vanno a consultare un consultorio.

Rievocheremo, in particolare, attraverso numerosi esempi clinici, i particolari legati all'accoglienza e alla terapia delle famiglie in lutto:

Potremo allora meglio comprendere ciò che differenzia queste famiglie dalle altre e le ragioni per cui è indispensabile avere una formazione specifica per appoggiarle.

I. SPECIFICITA' DELL'ACCOGLIENZA PSICOLOGICA DELLE FAMIGLIE IN LUTTO

Le famiglie che vengono a consultarci all'Ospedale Port-Royal nel servizio di consultorio sulla morte improvvisa del lattante, sono, sicuramente, sempre casi di famiglie provate dal decesso del loro bambino.

La nostra équipe è composta da pediatri, puericultrici, una psicologa, una psicoanalista e un ricercatore.

Queste famiglie ci sono spesso inviate da un medico, da un'associazione, da amici e altre vengono di loro iniziativa.

Le loro domande sono varie, ma ciò che si aspettano, in ogni caso, è di incontrare "qualcuno che possa capire e forse spiegare; in ogni caso qualcuno che possa aiutarle a sopravvivere".

L'aiuto e il sostegno psicologico non cessano qualche settimana dopo la morte, ma durano fino alla fine circa del primo anno del bambino successivo (se ce n'è uno) e in ogni caso, almeno un anno secondo la domanda, con una frequenza variabile.

In nessun caso essi desiderano trovarsi di fronte ad una persona muta. Si sentono totalmente spossati e cercano qualcuno che possa dar loro un minimo per ristabilire dei legami con la vita.

Dopo aver preso atto del dolore violento sentito dai genitori, e di tutto ciò che vi si connette, il terapeuta tenta di rassicurarli spiegando loro che è un periodo in cui i sentimenti sono ambivalenti e che il loro dolore è ben fondato; questa devastazione che sentono è del tutto naturale;

Ciò permette loro di esprimere liberamente, con l'intensità che è propria, i sentimenti oppressivi che li invadono.

Il dialogo che potrà instaurarsi dipenderà dai primi momenti dell'incontro. Questi primi minuti sono essenziali, tanto per l'atteggiamento adottato dal terapeuta, quanto dalle sue parole.

Il paziente ha assolutamente bisogno di sentire l'interesse che gli è rivolto, empatia e molta disponibilità.

In nessun caso di ciò che chiamiamo, in psicanalisi, una neutralità benevola: questa non basta e può essere addirittura nociva.

Sarà sentita, quasi automaticamente, come indifferenza, vedi perfino incompetenza: "Ho subito capito che il medico si metteva in disparte: non so se voleva proteggersi o se non ne sapeva niente. Tacendo non rischiava di fare passi falsi. Era insopportabile continuare a parlare con qualcuno che mi sembrava così inconsistente e distaccato".

Il loro sconforto è così intenso che non possono intravedere nessun futuro: "Tutti i giorni mi dico: ancora un giorno di più o un giorno di meno, non so che cosa bisogna pensare".

"La mia sofferenza mi fa pensare ad un uragano; mi taglia come una lama... delle lame o più esattamente, delle lacrime profonde". (gioco di parole tra "lame" - lama e "larme" dalla pronuncia quasi identica - lacrima)

"Da quando mio figlio è morto, ho voglia di spegnere la mia vita".

"Sono così depresso in questo momento che mi chiedo quale piatto della bilancia sia più pesante: quello che contiene le ragioni del morire o quello che contiene le ragioni del vivere".

Fa questa scelta perché sente che non ha scelta, senza tuttavia credere che qualcuno possa aiutarlo: "Vengo a trovarla, ma in fondo, so bene che non mi renderà mio figlio".

Il paziente è preoccupato solo per il lutto che lo opprime in questo momento preciso e non sente nessun interesse per la sua vita.

Sa bene che è vivo, pur sentendosi un po' morto; appare molto sfasato e non riesce a trovare dei punti fissi. I suoi riferimenti sono oscillanti.

La sua richiesta è ambivalente perché desidera soffrire meno e, nello stesso tempo, non vuole separarsi dalla sua sofferenza.

Si chiede come vivere dopo una tale perdita e anche se è possibile. Ha paura di se stesso e delle sue reazioni. Non si riconosce e si sente emarginato dagli altri. Ha la sensazione di non poter praticamente comunicare con nessuno.

Il "paziente" è totalmente smarrito e la minima cosa gli richiede uno sforzo smisurato.

Scrivo paziente tra virgolette perché in realtà il nostro atteggiamento non può assolutamente essere lo stesso che avremmo con un paziente che pone una domanda di terapia classica.

La difficoltà per il terapeuta sta nel fatto che si tratta di un paziente che deve, malgrado tutto, essere considerato come tale e preso in carico in una relazione terapeutica.

La presa in carico sarà particolare: si tratta di un paziente in lutto.

In effetti, così come me l'ha formulato un paziente che è venuto a consultarmi dopo la morte di suo figlio di sei anni, la richiesta d'aiuto, almeno in un primo tempo, è precisa: "Capite, io non sono ammalato, sono un uomo ferito; non penso di aver bisogno di una cura molto lunga; non sarei certamente mai andato a consultare uno psicoanalista in tempi ordinari, ma, ahimè, soffro in modo intollerabile e ho bisogno di essere accompagnato per fare il punto in me dopo ciò che è successo".

Questa domanda, espressa in forme diverse, si presenta regolarmente dopo la perdita di un essere caro.

Si tratta di tener conto della differenza di comportamento tra un paziente che desidera o è guidato ad iniziare un lavoro profondo su se stesso e sul suo percorso, e un paziente che non ha altra scelta che quella di consultarci, in seguito ad un dolore brutale, tanto la sua sofferenza è inaspettata e intollerabile.

La sua domanda è legata ad un avvenimento preciso che non può isolare e di cui soffre in modo continuo.

Non può sfuggire alle sue idee dolorose; ogni momento del giorno lo riporta alla perdita che ha subito.

Questo paziente, contrariamente a chi desidera iniziare una psicoanalisi o una terapia, non ha avuto il tempo di lasciar maturare la sua decisione ed è "proiettato" in un processo che, spesso, non gli è affatto familiare e a cui non si è mai interessato fino a quel momento.

Il terapeuta avrà una posizione difficile perché dovrà trovare parole e un atteggiamento generale che mostrino al paziente che CAPISCE realmente ed è pronto ad accompagnarlo. Avrà un atteggiamento "partecipativo" e dovrà aprire un dialogo caloroso.

Si tratta di una relazione tanto più particolare in quanto non ha vere regole come quelle stabilite abitualmente per lo svolgimento di una cura psicoanalitica.

Prendiamo l'esempio del quadro così prezioso e così preciso al momento di un'analisi, non è possibile applicarlo a certi genitori in lutto.

In questo caso, avendo i genitori perso l'insieme dei loro punti di riferimento, non si può chieder loro, per lo meno al momento del primo incontro, un rigore che non avrebbe per loro alcun senso in quel momento, pur senza lasciare il registro della relazione terapeutica.

Non ci si trova in una situazione amichevole. Si tratta di aiutare il paziente a ritrovare un senso per la sua esistenza in questo nuovo contesto.

Questi pazienti hanno bisogno di una disponibilità reale e sincera.

Si sentono fuori dal tempo e dalle leggi. La loro unità di tempo è cambiata e hanno la sensazione che le leggi, quelle dette naturali (i genitori muoiono prima dei figli e così di seguito) non si applichino per loro.

Toccherà al terapeuta "andare" verso il paziente riprendendo ciò che questi gli ha enunciato per aiutarlo a formalizzare ciò che sente.

Il terapeuta può anche porre domande riguardanti il bambino morto e i suoi precedenti; i genitori sperano spesso di parlarne, pur avendo l'impressione di "a che pro?...".

Tutto ciò li aiuta ad uscire un po' dalle loro idee ricorrenti e a passare, con l'aiuto del terapeuta, oltre le idee che li opprimono in permanenza.

Nulla ci impedisce, in seguito; di elencare le norme di condotta per un lavoro terapeutico, ma mi sembra che per i primi tempi, bisogna soprattutto accompagnare il paziente secondo la sua domanda, e far prova di grande dolcezza.

Il paziente ha bisogno di ricevere molto. Deve avere un interlocutore che gli "dia", per poter, a sua volta, dire e ripetere tutto ciò che lo devasta.

Toccherà al terapeuta, in funzione della persona che viene a consultarlo, proporre un vero sostegno, indicando, per esempio, al paziente che può telefonargli ogni volta lo desidera tra una seduta e l'altra, che non esiti a chiedergli un incontro più vicino di quanto era stato previsto. Se gli incontri sono intervallati dalle vacanze, sarebbe auspicabile indicare al paziente come raggiungere il terapeuta, o, al meno, indicargli un collega che avrà cura di preavvertire.

In breve, si tratta di far sapere al paziente che egli può veramente, per un certo periodo di tempo, appoggiarsi al suo terapeuta.

Ciò implica, evidentemente, oltre ad una formazione specifica sul lutto e i suoi strascichi, una disponibilità particolare e totale.

Il terapeuta non può proporre e assumere questo tipo di relazioni se non le sente veramente.

Se si trova in un periodo in cui ciò non gli è possibile, non deve esitare ad indirizzare questo paziente ad un collega.

Non è possibile trattare i pazienti in modo parziale

Questi non potrebbe confidare la sua sofferenza ad un terapeuta che sentisse indifferente o frettoloso.

Una paziente, che aveva perso la sua bambina di otto mesi, ha avuto il seguente dialogo durante il

suo primo consulto con il suo terapeuta:

"Ecco Dottore, ho perso tre mesi fa mia figlia P. che aveva otto mesi".

«va spesso al cimitero?» "Sì..., tutti i giorni".

"Bene, mi parli della sua infanzia".

Questa paziente, relazionandomi l'incontro, mi spiegò quanto quest'ultima frase le sembrò inopportuna in quel momento. Essa non desiderava assolutamente affrontare la sua infanzia; tutto ciò le sembrava incongruo; aveva bisogno di parlare della sua bambina e delle relazioni che le legavano. Mi disse: "Non capisco cosa quel medico volesse; in ogni caso ho veramente avuto l'impressione che non fossimo sullo stesso pianeta. Ha rotto il dialogo. Era veramente fuori luogo". Il sentimento di incomprensione in questi momenti chiave è sentito molto violentemente come un rifiuto e il paziente si sente ancora più solo e isolato dal mondo poiché, chi dovrebbe poter capire qualcosa gli appare estraneo e distante.

Chi potrà dunque aiutarlo?

Certi terapeuti prevedono un tempo di consultazione abbondantemente superiore a quello usato per una seduta "ordinaria". Fisserà per esempio l'incontro alla fine delle consultazioni. Il paziente è molto ricettivo a questo tipo di attenzioni e si sentirà preso in considerazione nella sua sofferenza.

Egli si sente "messo da parte" e ha bisogno che lo si tratti con una cura particolare. La sua perdita è così grave e il suo dolore così forte che gli sembra che nessuno possa capirlo. Potrà allora allacciare con il terapeuta il legame indispensabile alla formazione di un vero dialogo che possa permettergli un inizio di presa di coscienza sulla tragedia che lo ha colpito.

Insomma il terapeuta dovrà adattarsi a ogni caso, secondo la sua disponibilità e la sua esperienza personale e professionale, in funzione della domanda che gli è formulata (il più delle volte in modo implicito).

All'inizio, la richiesta è spesso molto vaga e il paziente si chiede egli stesso che cosa viene a cercare in questo tipo di consultazione; talvolta il paziente si sente come immobilizzato in questo suo percorso e non trova lo sbocco di un'uscita: "Capisce, da quando ho perso mio figlio, mi sento come se fossi al volante di una macchina il cui parabrezza è interamente coperto da un retrovisore. Può aiutarmi a spostare un po' questo retrovisore perché possa vedere un po' avanti?".

Osserviamo in questo passaggio che il paziente inizia la sua frase con "Capisce" e la termina con "può aiutarmi?".

Ha bisogno dunque di sentirsi capito e, spesso, molto vicino al suo terapeuta. Sente il bisogno di essere veramente spalleggiato e accompagnato da questi.

Se il terapeuta adotta una posizione distante, il paziente si sente, ancora una volta, abbandonato. Non sarà più incline a proseguire gli incontri col suo terapeuta e nella maggior parte dei casi, rifiuterà categoricamente di incontrarne un altro. Questi pazienti sono allora convinti che questo tipo di procedimento non convenga loro.

Incontriamo spesso pazienti che hanno subito un lutto parecchi anni prima e che, dopo un infruttuoso tentativo di terapia, non hanno potuto, o voluto consultare un secondo terapeuta.

Il paziente avrà allora tendenza a richiudersi per non esporsi a un'altra disillusione.

Potrà sembrare "operativo": sembrerà adattarsi meglio alla situazione ma in realtà non lo sarà affatto.

Cercherà semplicemente di evitare di confrontarsi col problema che lo opprime e, con un comportamento molto abile, sfuggirà, in apparenza, alla sofferenza.

L'energia che dovrebbe investire nella lotta contro la depressione sarà massiccia e, prima o poi, il contraccolpo sarà più violento.

Una donna che ha perso suo figlio da dieci anni e che ha avuto tre bambini nel frattempo, pur continuando la sua attività professionale, mi ha detto nel suo primo incontro: "Vengo a vederla perché ho appena fatto un tentativo di suicidio. Non capisco cosa mi succeda, mi sento terribilmente depressa mentre ho fatto tutto per lottare". Durante questi dieci anni, ho messo il mio dolore in disparte; è come se fossi stata "anestetizzata"; in qualche modo ero tagliata fuori dalle mie emozioni. Non ero né felice, né infelice, tentavo semplicemente di vivere il meno male possibile.

È solo al momento della nascita della mia ultima bambina, che ho veramente preso coscienza della morte del mio primogenito e di quanto mi manchi. Finora mi era impossibile affrontare questa sofferenza. Pensavo che sforzandomi di agire come se nulla fosse successo, le cose sarebbero rientrate nell'ordine e io sarei arrivata a non soffrire più tanto; mi accorgo che l'essere umano non possiede in sé il tasto "cancella"; non si può annullare o far sparire il nostro dolore a volontà. Il giorno stesso della morte di mio figlio mi hanno raccomandato di prendere dei calmanti e non ho potuto parlare di nulla con nessuno; mi sembrava che nessuno potesse capire e che inoltre questa storia interessasse solo me. Nemmeno mio marito voleva parlarne; credeva che non servisse a nulla rigirare il coltello nella piaga.

Mi lasciava capire per allusioni, che dovevo smettere di compiangermi nella sofferenza e che non era rimuginando che le mie idee sarebbero diventate più rosa; era meglio pensare ad altro e lasciare il posto a argomenti meno angosciosi. Ho tentato, ma era troppo faticoso, era impossibile fare come se non fosse successo nulla. Mi sento sollevata di essere finalmente esplosa".

Una cattiva presa in carico è dunque patogena e il paziente rischia (a che prezzo?) di rinchiudersi pericolosamente in se stesso.

Si sentirà isolato e si chiederà anche, talvolta, se ciò che sente non è eccessivo perché gli si chiede, volendolo consolare, "di non piangere e di essere forte, almeno con gli altri", in breve, di fare uno sforzo!

Ora, egli non riesce a fare questo sforzo poiché non si tratta ovviamente di un atteggiamento che si può controllare o indurre volontariamente. Si tratta, al contrario, di ciò che si sente e da cui si è puntualmente dipendenti.

Ciò che può apparire agli altri come un "lasciar - andare" passivo rende la persona sofferente colpevole, poiché implicitamente gli si rimprovera di "non sforzarsi" per uscire dal suo torpore, addirittura di compiacersene!

Il tempo necessario per capire ciò che è successo varia da un individuo all'altro, ed è molto controindicato volerlo ricondurre a qualche norma.

Il mutismo che ne conseguirà riguarderà non solo il terapeuta, ma anche l'insieme dei suoi collaboratori.

Sarà molto difficile in seguito proporgli il minimo aiuto.

Il terapeuta sarà a fianco del suo paziente sofferente, vicino alla realtà del paziente. Sopporterà di vederlo piangere, di sentirlo ripetere più volte le idee ricorrenti che lo tormentano; è anche colui che avrà la pazienza di aspettare il minimo segno di miglioramento (i passi avanti si alternano spesso a passi indietro) senza considerarlo per forza un acquisto.

Sarà molto attento a certi momenti difficili da vivere per il paziente, come per esempio gli anniversari della nascita o del lutto, o ancora le grandi feste familiari che potrebbero rimettere in questione i passi avanti già fatti.

Il suo sostegno sarà indispensabile in questi momenti così faticosi e difficili da comunicare.

È in effetti molto complicato spiegare a qualcuno che, poiché domani sarà quella data, che è l'anniversario della morte del suo bambino, il paziente si sentirà devastato come il primo giorno, se non di più.

Il terapeuta è là per capire ciò e anche, perché no, per far sapere al suo paziente che ciò che egli sente è nell'ordine delle cose, che è così per la maggior parte dei casi, e che, tuttavia, ciò che inquieta il paziente (che lo sente come una vera regressione) non è definitivo.

Il terapeuta può partecipare con la sua esperienza professionale per rassicurare il suo paziente che teme di precipitare nella follia: "Sa, ai primi anniversari del lutto, avevo l'impressione di diventare pazzo. Mi sentivo di nuovo completamente perso; rivivevo ciò che era successo, ora per ora e non ne vedevo lo scopo; non sapevo come fare per uscirne. Pensavo solo a urlare. Immaginavo che pensare così mi avrebbe reso pazzo, ma non potevo farne a meno. Avevo l'impressione che il sipario fosse caduto e che il conto all'indietro ricominciasse. Ne conoscevo già l'orribile fine".

Il terapeuta potrà rispondere a questo paziente, che ciò che egli dice è normale e si tratta di un processo ordinario; il contrario sarebbe perfino inusuale.

Non si tratta di spostare il suo discorso sugli altri, né di banalizzare ciò che egli prova, ma il paziente ha, anche, bisogno di sapere (se è il caso) che non è anormale provare emozioni violente in seguito di uno shock così brutale.

Solo dopo aver percorso questa parte del percorso, il paziente può decidere, se ce n'è bisogno, per diverse ragioni, d'iniziare quello che chiamerò "una terapia classica".

Un paziente che era nella seconda parte del suo percorso (che iniziava una psicoterapia) mi ha detto: "All'inizio, quando sono venuto a vederla perché avevo perso mio figlio, i nostri incontri erano per me una questione di vita o di morte; oggi, è una questione di vita":

Per ben comprendere ciò che il paziente si aspetta dai terapeuti, andiamo a esporre nel dettaglio ciò che abbiamo ripreso e analizzato nei nostri incontri con loro.

II. LE PRIME SENSAZIONI

I primi incontri si fanno: con la madre sola con i due genitori con i genitori accompagnati dai nonni o dalla persona presso la quale il decesso è avvenuto (per esempio la balia).

Durante questi incontri, ricordiamo particolarmente i sentimenti sentiti come "bizzarri":

1. Sensazione di siderazione (sbalordimento)

I genitori non sanno più dove sono. Sono muti per lo stupore e hanno l'impressione di aver perso il senso della realtà, di non far più parte del mondo. Questa morte prematura è incredibile; non può essere vera.

"Che cosa credere? In chi credere? Di che storia si tratta? Dove siamo? Di che realtà parliamo?"

2. Sensazione di rifiuto

È normale constatare che i genitori non potendo sopportare lo shock che hanno appena subito, negano l'avvenimento: "Non è possibile, non è potuto succedere, non posso crederlo, è un incubo". Certamente, coscientemente essi constatano, come tutti intorno a loro, che il loro bambino è morto, ma interiormente per loro è impossibile crederci.

"So che ho perso mio figlio, ma in effetti, ho l'impressione che sia semplicemente in campagna, dai miei suoceri; penso che stia per tornare. D'altronde ne ho parlato a mia moglie per sapere se fossi diventato pazzo. È strano sapere qualcosa senza arrivare a crederci veramente; abitualmente, sono piuttosto razionale, ma qui, non mi ci ritrovo. Ella mi ha risposto che anche lei non poteva capire ciò che è successo; quando si sveglia, è persuasa che deve affrettarsi per andare a preparare il biberon; impiega qualche minuto per ritrovare la triste realtà."

"Sono tanto persuaso che non è successo, che mi capita di sentire il mio bambino nell'appartamento. In strada, quando vedo un bébé da lontano, guardo bene se non è il mio; ho l'impressione che potrebbe accadere, anche se, d'altronde, so che è impossibile. È come se rifiutassi a tal punto di credere da cercare continuamente una prova. Vorrei tanto che non fosse accaduto".

"Quando qualcuno, che mi aveva vista incinta, mi chiede notizie del mio bambino, sto malissimo e, nello stesso tempo, ho voglia di rispondergli come se non fosse successo nulla: in quel momento, ho quasi l'impressione che ciò non è potuto accadere; poi, mi sento malissimo perché sono obbligata a tornare di nuovo nella realtà; non posso raccontarmi frottole".

Comprendiamo là un rifiuto nel riconoscere l'avvenimento come vero, pur sapendo che è successo.

3. Sensazione di rivolta

La sensazione di rivolta è tanto più violento in quanto si tratta di una morte non spiegabile e che nessuno si aspetta.

C'è qualcosa di incomprendibile che non è ammissibile.

I genitori non ammettono che ciò succeda al loro bambino. "Perché a noi, non è giusto, non è nell'ordine delle cose; ci sentiamo messi da parte, come colpiti dal destino."

"Quando ho informato la maestra della mia figlia maggiore che il nostro bébé era morto, essa mi ha risposto: ma infine, non è possibile, non è giusto, era così piccolo; è inaccettabile; come spiegarlo ai bambini della classe?"

I genitori vedono spesso la loro rivolta attizzata dai loro interlocutori scioccati e disarmati da una notizia inattesa.

Il terapeuta servirà da ricettacolo a tutta la collera che si augurano di esprimere francamente.

4. Sensazione di non poter più comunicare

Con il coniuge, con gli altri membri della famiglia o semplicemente con l'esterno. Per loro la vita si è fermata e tuttavia, intorno, non è cambiato nulla.

Questa distanza è legata a una grande sensazione di solitudine che sembra loro non poter condividere.

I genitori pensano che solo qualcuno che abbia vissuto un identico dramma possa eventualmente parlare con loro, e sentire l'intensità dei momenti che stanno vivendo.

Il terapeuta, conoscendo bene il dramma che rappresenta la morte di un bambino potrà, parlandone coi genitori, far loro capire che è in grado di comprenderli e che essi si trovano su un terreno che

egli ha già esplorato; che gli è possibile aiutarli, anche se non può, in effetti, provare precisamente ciò che i genitori provano.

Non si tratta di provare la stessa cosa dei suoi pazienti, ma di poter valutare la devastazione, e aiutare il paziente a scaricarsene, fosse anche per un po' e momentaneamente; aiutarlo a continuare il suo percorso.

Il nostro ruolo è di aiutare i genitori a esprimere il sentimento d'isolamento poiché così, in un certo modo, essi comprendano che qualcun'altra possa capirlo e che c'è qualche forma di comunicazione fra loro e l'esterno.

5. Sensazione di ambivalenza in rapporto ai loro bambini vivi

I genitori si sentono, per un certo periodo, soprattutto i genitori del bambino morto, e si assiste a un disinteresse momentaneo per i figli maggiori.

Possono provar rancore verso gli altri figli semplicemente perché sono là; questi impediscono loro di pensare, di dedicarsi solo al figlio morto e di piangere.

I figli fanno dei loro genitori "dei prigionieri della vita", li obbligano a continuare mentre il loro solo desiderio sarebbe di fermarsi.

I bambini si aspettano dai loro genitori un atteggiamento da adulti che questi sono nell'impossibilità d'avere (avendo essi stessi bisogno di essere coccolati, protetti, circondati d'affetto).

I problemi si pongono tanto più acutamente, in quei momenti, in cui ognuno in famiglia cerca il suo nuovo posto e, paradossalmente, ognuno si aspetta la stessa cosa dall'altro: essere trattato con più attenzione.

In altri momenti, al contrario, i genitori sovraccaricano i figli maggiori e danno loro un ruolo motore che questi assumono con fatica: si sentono di dover assicurare una responsabilità di sostegno che non corrisponde al loro stato.

È necessario parlarne perché i genitori se ne accorgano e possano, eventualmente, porvi rimedio.

È auspicabile mettere in evidenza gli atteggiamenti che non corrispondono all'ordine normale delle cose. Ciò è tanto più difficile in quanto il periodo stesso si situa fuori dalla normalità.

Il terapeuta talvolta può anche rassicurare i genitori che dubitano tanto di se stessi in quel momento, spiegando che non sono, come pretenderebbero, dei cattivi genitori e che è importante per i loro figli avere dei genitori che continuino a giocare tale ruolo.

Certi genitori diventati ansiosi da quel momento, temono il peggio per i loro figli maggiori e non sanno più che atteggiamento adottare.

Hanno paura di vederli sparire a loro volta e hanno, in effetti, molte difficoltà a mettere dei divieti, o ancora a prendere decisioni riguardanti i loro figli: "Non so più che cosa bisogna dire ai miei figli; quando permettere o quando proibire ciò che ci chiedono; ho tanta paura di sbagliare. E se succedesse qualcosa, anche a loro? Sono stato così inutile con il bébé.

Mi chiedo che tipo di padre io sia e che strada posso mostrare ai miei figli. Come potranno avere ancora fiducia in me?"

È auspicabile far sapere ai genitori che queste sono reazioni del tutto naturali e, parlandone con il terapeuta, i genitori possono prendere coscienza dei loro blocchi e degli effetti disastrosi che questi potrebbero comportare.

Hanno bisogno di sentirsi spalleggiati, e talvolta un po' guidati, da qualcuno dall'esterno.

Non si tratta evidentemente di dire ai genitori ciò che dovrebbero fare coi loro figli, ma di aiutarli a fronteggiare le situazioni che devono affrontare, giorno per giorno, nel tempo.

Lasciar esprimere loro ciò che li ostacola, li aiuta a trovare la posizione che sperano di adottare di fronte ai figli che li sollecitano.

Una posizione di totale neutralità non farebbe che aumentare i loro dubbi; le domande che il terapeuta pone loro li aiutano a svelare qual è il problema in quel momento.

6. Sensazione di colpa

Sorge come dopo qualunque lutto, ma con più intensità in quanto una delle funzioni dei genitori è di proteggere il proprio figlio e in questa situazione, la "protezione" non ha funzionato.

Questa sensazione è rafforzata dalla giovanissima età del bambino e dalla sua morte prematura.

Quando si perde un genitore, si ha, tra l'altro, l'impressione di essere abbandonati da lui (il che provoca un'aggressività nei suoi confronti); quando si perde un bambino, i genitori hanno questo stesso sentimento (senza sentirsi il diritto di provare aggressività verso il nostro lattante morto) raddoppiato da quello, terrificante, di aver abbandonato il proprio bambino.

Essi lo formulano in modi molto diversi, ma nella maggior parte dei casi, prima o poi, hanno l'idea che, malgrado tutto, forse, avrebbero potuto salvare il loro bambino se...

"È la prima volta che andavo dal parrucchiere dopo il parto; non avrei dovuto. Se fossi stata là, non sarebbe successo".

"Non avremmo dovuto accettare di passare le feste di fine anno lontano da casa nostra; mi chiedo se questo viaggio non gli sia stato fatale".

"Il rumore dei lavori sopra di noi forse l'ha disturbato. Piangeva molto. Avremmo fatto meglio a cambiargli camera o traslocare dai miei genitori per la durata dei lavori".

"Era la sua prima settimana al nido. Forse sarebbe stato meglio affidarlo a una balia?".

"È morto dalla sua tata. Aveva abbastanza esperienza? Sarebbe stato sicuramente meglio sorvegliato al nido".

Questa sensazione è aumentata dalla mancanza di spiegazioni riguardo la morte improvvisa: "non si muore senza motivo".

Non si sarebbero forse accorti di un sintomo, di un segnale? Che cosa non hanno visto?

Numerose "ricostruzioni del momento dopo" sono effettuate e molte ipotesi restano senza seguito.

Si tratta di esprimere il conflitto tra l'onnipotenza e le incertezze della vita.

Le reazioni variano anche in funzione della collocazione del bébé fra i fratelli. Quando si tratta di un primo figlio, la madre si rimprovera spesso di non aver "saputo fare" e di essere incapace di allevare un bambino (il che sarà un handicap nel rapporto col bambino seguente se ciò non è ripreso con qualcuno):

I genitori perdono anche il loro stato, sono stati genitori, lo sono ancora ... ma senza bambino. Non sanno cosa rispondere quando si chiede loro se hanno figli.

Si chiedono se "sapranno" essere genitori, se lo potranno.

Tutti gli elementi obiettivi che si possono esporre loro, non bastano a persuaderli poiché il loro senso di colpa resta.

I genitori che hanno già uno o più figli sembrano spesso un po' meno destabilizzati. Hanno una "prova" che possono essere "buoni genitori".

Ciò ci è d'altronde confermato dall'insistenza con cui sperano di venire a vederci con il bébé seguente "per mostrarcelo", anche se questo è seguito altrove.

Abbiamo notato che:

se possono dirci e ripeterci i loro dubbi e ciò che immaginano che avrebbero potuto fare per salvare il loro bambino,

se manteniamo un ascolto benevolo, avremo anche l'accesso per trasmettere loro i dati obiettivi che placano la loro colpa e spiegano la reale impossibilità per essi di impedire la morte.

L'organico esiste; c'è, fino ad oggi, un "così" contro cui essi non possono fare nulla. È ciò che chiamiamo la prova della realtà.

7. sensazione di svalorizzazione di se stesso

Questa sensazione scaturisce direttamente dal precedente.

I genitori hanno una sensazione di sconfitta, dubitano delle loro qualità e delle loro certezze. La ferita è grande e mette in pericolo l'equilibrio che esisteva prima.

Insomma, tutti i valori oscillano e fanno posto a un grande dubbio.

Talvolta, il dubbio diventa così potente che il buon senso scompare: ho avuto il caso di una paziente che; dopo aver perso il suo quinto bambino, si augurava di adottarne. Alla mia domanda riguardo l'adozione, mi rispose: "Io non so più farli. Per i primi quattro non c'è stato alcun problema, ma a partire da ora, ciò che emana da me è cattivo, è più sicuro adottarne!".

Quale dimostrazione dell'intensità con cui essa sentiva la ferita narcisistica! Gli incontri seguenti erano veramente necessari per permettere a questa paziente, e a suo marito, di ritrovarsi e di capire questa domanda, e infine di riparare al meglio il loro narcisismo ferito.

"Ho paura a intraprendere qualunque cosa; mi sento talmente inutile che penso di essere incapace di fare le cose più semplici; non oso nemmeno più cucinare, ho l'impressione che tutto brucerà! Non ho più fiducia in me e sono sicura di avere la sfortuna; faccio il minimo per non correre rischi".

Si tratta qui, di aiutare questa madre a ritrovare un minimo di stima in sé, per permetterle di fronteggiare il "semplice" quotidiano.

Questa svalorizzazione irrazionale del sé la rende handicappata nel quotidiano.

Si metterà di traverso nelle attività banali dei tempi normali, come per esempio, andare a trovare il neonato di un'amica, per paura che questa semplice visita "getti il malocchio sul neonato".

D'altronde, le madri sentono da parte del circondario una reticenza ("Non vale la pena che tu venga all'ospedale, potrai venire più tardi a casa, prenditi il tuo tempo") che non sanno come interpretare: sia che le loro amiche vogliano proteggerle, sia che esse non abbiano voglia di vederle.

Una madre che aveva portato all'ospedale un abito alla nascita del bambino della sua amica, ha constatato che questa apriva immediatamente i regali (tre amiche erano arrivate contemporaneamente) ma non il suo. Non ha mai visto il be portare questo vestitino e ne è stata, a torto o a ragione, molto ferita.

Per questa paziente era come se la morte improvvisa del neonato fosse percepita, da sé o dagli altri, come contagiosa.

La mancanza di fiducia testimoniata dall'esterno confermava e rafforzava la sua sensazione di svalorizzazione.

8. Sensazione di perdita dei riferimenti

L'impressione di essere amputata fa perdere momentaneamente i propri riferimenti.

Come abbiamo visto precedentemente, i genitori hanno difficoltà a mettersi di fronte al quotidiano poiché, giustamente, le loro referenze abituali sono scomparse, le loro certezze anche.

Non ci sono più punti fissi per essi; la sola prospettiva è quella della mancanza. A questo punto il terapeuta prova anche ad aiutare i genitori a ritrovare i loro desideri.

Essi, infatti, si autorizzano molto difficilmente a ridere, a provare piacere, a fare dei progetti e osano appena vivere.

Si chiedono se ne avranno ancora voglia e da quando ne avranno diritto. Si sente spesso: "Ieri, mi sono sorpreso a ridere". Come se fosse diventata una impossibilità e, un giorno la vita avrebbe potuto riprendere il sopravvento, a loro insaputa.

I genitori hanno paura di ridere perché è "come se avessero per un momento dimenticato"; "soprattutto non bisogna che ciò scappi" e poi "gli altri potrebbero pensare che io sia felice mentre soffro tanto", "è vergognoso"...

"Non sopporto lo sguardo degli altri quando rido, ho l'impressione che pensino che risalgo la china, mentre non faccio che evadere tre secondi, è insopportabile per me sentirmi valutato su delle mimiche della vita quotidiana. Non posso tuttavia urlare per tutto il giorno per gridare al mondo il mio dolore! Di tanto in tanto, provo anche a partecipare alle conversazioni e immediatamente dopo, riparto con le mie idee ossessive".

"Ho l'impressione di non sapere più qual è il mio posto quando siamo con amici; d'altronde non so nemmeno più, talvolta, chi siano i miei amici. Quelli che sentivo più vicini prima, non sempre si sono mostrati all'altezza, altri, al contrario, sono stati formidabili. Ho l'impressione di essere in una lavatrice che sta centrifugando!".

III. IL RUOLO DELL'EQUIPE MEDICA

A. Presa in carico precoce

Più la presa in carico della famiglia è precoce, migliori sono le possibilità di prevenzione.

Adattiamo il nostro ascolto a ogni caso, lasciando che i genitori raccontino la loro storia (che è significativa da molto prima dell'episodio di cui si tratta e che ci aiuta a meglio capire le reazioni attuali); abbiamo cura di non confrontare questo caso con un altro, ogni storia è unica.

Trascrivere la cronologia dei fatti in un dossier rassicura i genitori sia sulla non scomparsa completa e definitiva del bambino morto (traccia ufficiale), sia sull'eventualità della presa in carico in questo stesso luogo di un bambino futuro.

I genitori sanno che possono chiamarci più volte al giorno se lo desiderano e spesso, molto tempo dopo, ci dicono quanto fosse confortante avere un posto per sé quando si sentivano sbilanciati.

Fin dai primi incontri, tentiamo di scoprire se i genitori hanno avuto nel passato, prima di questo avvenimento, episodi patologici.

Ciò con lo scopo di orientarli eventualmente verso una presa in carico psicologica più importante, nei nostri servizi la psicoterapia non si pratica.

Stabiliamo un dialogo (e soprattutto non un monologo) che permetta ai genitori un progressivo ritorno alla nuova realtà.

I genitori devono sentirsi capiti e ascoltati.

Cerchiamo di non imporre una linea di condotta o un "modo buono" di pensare.

Siamo là per ascoltare, per ricevere e aiutare ciascuno a trovare la propria strada per fronteggiarla.

È un ruolo particolarmente delicato perché, come abbiamo visto prima, presuppone una conoscenza abbastanza completa dei problemi incontrati da queste famiglie.

Si tratta per il terapeuta di essere sempre all'ascolto poiché i "passi falsi" provocano immediatamente la rottura del dialogo.

È una relazione di fiducia che deve stabilirsi e un lungo cammino da percorrere insieme. Li

rassicuriamo spiegando loro che è un periodo in cui le sensazioni sono ambivalenti.

Li aiutiamo a capire che ciò che provano non è chiaro, hanno voglia di morire e di vivere contemporaneamente; si sentono bene in certi momenti e malissimo in altri..., sanno che confessando ciò a un professionista, non saranno giudicati e non riceveranno consigli.

Potranno mettere un po' d'ordine nelle loro idee, senza dover fornire spiegazioni. Il terapeuta è allora una specie di garante della loro memoria e delle loro emozioni.

Si può, durante questi incontri, parlare del bambino morto, pronunciare il suo nome, rammentare dei ricordi (piacevoli o no), mostrare foto o rievocare tutti i dispiaceri, senza provocare imbarazzo.

Il terapeuta gioca allora un ruolo di collegamento tra la morte e la vita.

Questi incontri permettono anche ai genitori di cominciare a intravedere certi progetti; fanno di nuovo parte dei vivi poiché evocano il futuro.

Sono i tempi di riflessione su ciò che è successo che permettono di introdurre il futuro.

Tentiamo di rassicurare i genitori riguardo la "normalità" di ciò che provano e delle diverse tappe che attraversano: "È sicura che non sono diventata pazza?", "Anche gli altri sentono le stesse cose che sento io?", "Ne ha visto qualcuno che si è ripreso?", "Non ho più voglia di niente, non sono più io".

Quando un terzo dice loro che, anche se non si dimentica mai, il dolore si stempera, essi provano (senza arrivarci subito) a crederci e ad aggrapparsi a una parola che li tiri verso il futuro.

Parallelamente a questo aiuto puramente psicologico, la presa in carico somatica è indispensabile.

B. La presa in carico somatica

I genitori hanno bisogno di essere rassicurati che verrà fatta un'indagine meticolosa degli avvenimenti da essi relazionati.

Vogliono che tutti gli elementi siano presi in considerazione, senza tralasciare la minima informazione.

Si aspettano chiarimenti e ipotesi.

Chiedono precisazioni mediche sulla morte improvvisa, perché sono, in genere molto lontani da questo problema, e si augurano di parlarne in modo dettagliato con un medico.

Per ciò che riguarda l'autopsia, vogliono avere una descrizione precisa di ciò che sarà fatto al loro bambino, e conoscere lo stato in cui sarà loro reso; chiedono spesso i motivi per cui è auspicabile che diano il loro assenso, e cosa possono sperarne.

Gli incontri con i medici sono indispensabili per la lettura dei risultati dell'autopsia.

Se non si è potuta trovare nessuna causa per spiegare la morte, i genitori sono spesso delusi e talvolta increduli.

Il medico darà le informazioni che possiede e assisterà i genitori nella loro sofferenza di fronte a ciò che resta inspiegabile fino a quel momento.

In caso di autopsia positiva, il medico potrà fornire una diagnosi e delle spiegazioni sulla morte. Ciò modificherà evidentemente le reazioni dei genitori, poiché sapranno di cosa il loro bambino è morto. Per la maggior parte dei genitori che incontriamo, ciò procura "un sollievo" di poter capire cosa è accaduto.

"Prima di avere i risultati dell'autopsia, mi sentivo colpevole; ora va meglio da questo punto di vista, perché c'è una vera ragione; non avrei sopportato di non avere nessuna spiegazione; per me è come un incidente; si sapeva bene che le malformazioni cardiache esistono".

È possibile, in questi casi, fare una diagnosi e parlare della morte, ma, in ogni modo, i genitori hanno bisogno di avere commenti e parlarne con un professionista.

Durante la gravidanza successiva, il medico potrà anche spiegare la prevenzione organizzata per il futuro bebè, e gli esami che saranno effettuati.

Queste spiegazioni sono essenziali per la sicurezza dei genitori.

Sapranno che il medico prenderà tutte le precauzioni possibili tenendo conto degli antecedenti familiari.

C. Prevenzione

Questi incontri sono, infine, destinati a stabilire una prevenzione:

- per i fratelli
- per la coppia
- per una nuova (eventuale) gravidanza per il futuro bambino
- per un buon mantenimento delle relazioni tra le generazioni (nonni)

1. Per i fratelli:

Un figlio maggiore a cui i genitori non hanno potuto dire ciò che è successo, si sente perso.

Crede che gli si nasconda qualcosa e la mancanza di chiarezza provoca una grande confusione da cui non può uscirne da solo.

Diventa pauroso e ansioso.

Il nostro ruolo è di aiutarlo a parlare degli avvenimenti per evitare l'insorgere dei sintomi che appaiono dopo la morte del lattante.

Per esempio un bambino a cui i genitori (non potendo pronunciare la parola morte) avessero detto che il fratellino dorme, potrebbe facilmente diventare insonne, temendo di sparire a sua volta.

Se gli si dice che suo fratello è "partito", sopporterà malissimo le separazioni (fossero anche per un quarto d'ora!).

Può perdere in parte la fiducia che ha nei genitori e il dialogo diventerà difficile.

Sentirà anche lui la solitudine citata sopra. Non può parlarne a nessuno.

D'altronde, per il fatto che il suo fratellino sia scomparso, i genitori se ne occupavano veramente bene? Non l'avrebbero forse abbandonato?

Avrà dei dubbi sulla capacità dei genitori di prendersi cura di lui e ne proverà insicurezza.

È un periodo in cui il bambino si chiede qual è il suo ruolo in questa storia ("dopo tutto, io non l'amavo tanto questo bébé, e se ciò l'avesse ucciso?").

Il suo bisogno di rassicurazione è tanto più vivo in quanto si tratta, nella maggior parte dei casi, del suo primo confronto con la morte e con il definitivo.

Il bambino è disarmato per il cambiamento di atteggiamento dei genitori.

Non capisce perché, sono, all'improvviso, così diversi, nervosi, tristi e smarriti.

E lui, allora, non conta? Perché i segni d'affetto si fanno rari? E non come prima?

La disillusione dell'onnipotenza dei genitori e il cambiamento della loro immagine sono difficili da ammettere e da capire.

Non sono affatto più gli stessi genitori e non è facile lamentarsene.

I bambini sono pronti a tutto per aiutare i loro genitori a uscire dalla depressione.

Ciò mi è stato ben dimostrato nel primo incontro con una madre e suo figlio (Cédric) di sei anni e mezzo (Eloise era morta un mese prima).

La madre ha pianto molto quel giorno e alla fine dell'incontro il bambino (in presenza della madre) .. mi disse: "Sai, ho un'idea per aiutare la mamma: dille che da oggi, invece di chiamarmi Cédric, mi può chiamare Eloise"...

Spesso i genitori non sono coscienti degli sforzi fatti dai loro bambini "per aiutarli".

Il prezzo di questi sforzi è molto spesso troppo alto e difficile da giustificare.

Il ragionamento dei bambini non è tuttavia sempre esplicito, tocca al terapeuta metterlo in luce per aiutare i genitori a rispondervi.

Il bambino è felice e sollevato di poter parlare a un terzo del suo dolore, della sua collera e delle sue preoccupazioni.

Cerca, anche lui, di trovare un posto stabile in seno alla nuova configurazione familiare.

I fratelli e le sorelle non si credono in diritto di esprimere tutta l'intensità della gamma di sentimenti che provano, e, in particolare, la violenza della loro sofferenza.

Hanno l'impressione che la sofferenza dei genitori primeggi: "Io non provavo niente di fronte a ciò che i miei genitori dovevano sentire; la sofferenza dei genitori non è paragonabile".

Infatti non è paragonabile (non essendo nessun dolore paragonabile, né identico), ma i fratelli hanno generalmente il riflesso di voler minimizzare la loro pena, volendo risparmiare ai genitori preoccupazioni supplementari: "Soffrono già molto; è meglio appartarsi e essere discreti; non vale la pena di aggiungerne".

Il terapeuta appare sufficientemente solido per sopportare ciò che i genitori non sono ancora pronti a sentire.

Aiutiamo le famiglie a trovare una nuova struttura un po' meno instabile. Il flusso è patogeno.

Per esempio, abbiamo spiegato a Cédric che egli è il primogenito, che ogni bambino ha il suo posto e che non si tratta di rimpiazzare Eloisa. Nessuno può rimpiazzare nessuno. La sua mamma e il suo papà lo amano per ciò che è.

Sicuramente i suoi genitori sono molto dispiaciuti di non aver più Eloisa con loro, ma non per questo non lo amano, anche se non riescono a dirglielo in questo momento.

Soprattutto non deve cercare di essere un altro, in particolare Eloisa, per essere amato e aver diritto alla sua vita.

Insomma, cerchiamo di recuperare le situazioni che sono (o che potrebbero diventare) patologiche. Assistiamo spesso bambini che sono nella fase di diventare "i genitori dei loro genitori"; i chiarimenti forniti permettono loro di trovare il posto che loro conviene.

I bambini a cui si è potuto spiegare in modo chiaro ciò che è successo dalla morte, non presentano segni particolari, né grandi difficoltà in seguito.

Vorremmo illustrare qui attraverso il tema fatto in classe da una bambina (quinta classe, dodici anni): "Vi è capitato di subire un brutale cambiamento: trasloco, inizio della scuola, nascita di un fratello o di una sorella, divorzio. Raccontate come l'avete vissuto":

"Quando avevo tre anni, ho avuto un brutale cambiamento: avevo una sorellina: E. ora, un pomeriggio, quando aveva quasi un anno ... eravamo tutti a casa con E., la neonata. I miei genitori erano molto fieri di questa così bella neonata. Io avevo già due sorelle maggiori: C. e J. Ero contentissima di avere finalmente una sorellina a cui potevo dare consigli coccolare, occuparmi di lei... sfortunatamente E. non riuscì più a respirare e morì. I pompieri arrivarono e cercarono invano di salvarla.

Da allora noi giochiamo a "Bambino morto e i pompieri". Una delle mie sorelle faceva "la morta". Io chiamavo i pompieri e l'altra faceva i pompieri. Era molto triste non avere nessuno con cui giocare. Nessuno che mi considerasse la grande, quella che sapeva già tutto. Trovavo ciò ingiusto e ne volevo a Dio e ai pompieri. Ne volevo a Dio perché l'aveva ripresa da questo mondo e ai pompieri perché non avevano potuto salvarla.

In seguito decisi di non avere più una sorellina. In ogni modo, non potevo farci nulla. Non era colpa mia. O accettavo ciò come un destino, o me ne facevo un complesso per tutta la vita. Scelsi la prima soluzione. Non bisogna dimenticare, ma neppure pensarci sempre".

2. Per i nonni:

Il terapeuta può anche essere di aiuto per il mantenimento delle relazioni tra le generazioni.

In effetti, i nonni hanno un ruolo molto difficile e non sempre sono pronti a sostenere anche i loro figli in questa prova.

Sono molto infelici e non sanno che comportamento tenere. Riescono difficilmente ad aiutare i loro figli e si sentono impotenti.

In effetti, se i nonni fanno parte del loro sgomento con troppa intensità, i loro figli non sono in grado di consolarli e gliene vogliono: "dopo tutto, è a noi che è capitato".

Se al contrario, nascondono il loro dolore e lo esprimono solo moderatamente, i figli li credono indifferenti!

I nonni sono rilanciati sulla -loro gioventù (capita che anch'essi abbiano perso un figlio e la loro piaga non si sia richiusa, hanno bisogno di parlarne).

Si trovano anche di fronte a una rottura nella loro discendenza e alla loro morte.

Si sentono talvolta colpevoli di essere vivi, mentre il bambino, "di cui non era il turno", è morto.

Le relazioni variano in funzione di quelle che esistevano prima, dalla parte che essi hanno eventualmente preso riguardo al futuro di questo bambino e di ciò che hanno potuto dire chinandosi sulla culla al momento della nascita.

Tutti questi dati emergeranno dopo la morte del bambino con eventuali interpretazioni legate alla nuova configurazione.

Talvolta, i conflitti tra le generazioni scoppiano con forza: "Sicuramente, coi vostri nuovi metodi, date il biberon a qualunque ora e, poi, non si sanno quali effetti ciò possa avere".

"Era proprio necessario andare quel giorno dai vostri amici?".

Queste ferite sono difficili da pacificare se non c'è un mediatore, perché sotto c'è troppa collera continua.

Un nulla basta perché tutto scoppi e le relazioni si rompano, mentre l'unità della famiglia è giustamente così preziosa.

3. Per la coppia:

Nella coppia, aiutiamo a restaurare un dialogo che diviene talvolta raro o difficile.

Capita spesso che i coniugi non provino le stesse cose nello stesso momento e, sentendosi lontano l'uno dall'altro, compaiano un rancore e una distanza.

Sorgendo ciò in un periodo di fragilità morale, le diversità già esistenti diventano più ampie e il conflitto si instaura.

La collera e la rivolta legate alla morte possono essere rovesciate sul coniuge attribuendogli un sentimento di indifferenza.

Si sente dire: "Al momento in cui ho più bisogno di lui, egli si occupa completamente della sua vita professionale", a cui l'uomo risponde: "Se non sono forte, se non faccio in modo che la vita continui, come uscirne? È il mio ruolo!"

La madre prova un dolore e una frustrazione fisica, mentre il padre soffre altrettanto, avendo a cuore di restare il pilastro della famiglia.

I loro modi di espressione non si trovano né allo stesso livello, né allo stesso tempo.

La presenza di un terzo permette loro di parlarsi più sinceramente, poiché il rischio di esplodere è minimo.

Il nostro ruolo è, di permettere ai genitori di parlare e di sciogliere, nel caso, i malintesi, affinché possano assumere, insieme, questo lutto.

Dopo una morte improvvisa non è raro vedere alcune coppie separarsi, altre, al contrario, si riavvicinano e diventano più solide di prima.

IV. La nuova gravidanza e il bambino successivo

Per ciò che riguarda il progetto di una nuova gravidanza, i genitori non sono sempre d'accordo:

Si trova nell'uno o nell'altro un'ambivalenza legata o al desiderio di "andare avanti", o allo stesso tempo la paura di cancellare ancora di più il bambino morto (arrivando alla paura "di ucciderlo una seconda volta"); il desiderio di un bambino non è molto stabile.

Notiamo d'altronde, che, anche già incinte, certe donne sono ancora ambivalenti.

Spesso solo alla fine del secondo mese si accorgono di essere incinte, o ancora non aumentano di peso prima del quarto mese.

C'è come una specie di freno a rendersi conto che una nuova vita è in corso, pur desiderandola vivamente.

Se scopriamo che si tratta essenzialmente di un rifiuto della perdita o di una difesa massiccia contro la depressione, tentiamo di utilizzare una serie di incontri che permettano di riparlare a lungo del bambino morto (tenendo conto del tempo trascorso dalla perdita del bambino precedente, e caso per caso).

La presa in carico delle famiglie al momento di questa nuova gravidanza è fondamentale, poiché le aiutiamo ad "accogliere" il bambino che nascerà e a non "solo" ad aspettarlo.

Si tratta di un lavoro fisico difficile dopo un lutto, poiché si situa in un momento in cui l'ambivalenza è molto forte, inibente e dolorosa da ammettere per la madre.

Si sente fragile, inquieta, e talvolta sola; il bébé lo sente perché, come sappiamo, gli scambi fetomadre sono estesi e potenti.

Le relazioni postnatali sono fortemente condizionate fin dalla gravidanza e ciò pone numerosi problemi alla madre che ci chiede se il bambino "non soffrirà delle angosce che ella prova, se si svilupperà ugualmente armoniosamente"; temono di avere una "cattiva" influenza sul suo sviluppo fisico ("sarà piccolo e sarà colpa mia") e ne provano colpa.

Le famiglie hanno bisogno di essere ascoltate su questo tema, poiché diventano ossessive e insopportabili.

Il problema del tempo da rispettare tra la morte e un'altra gravidanza è molto difficile da trattare, poiché ciò dipende essenzialmente dagli interlocutori, dai loro desideri, e dal lavoro che sono riusciti a fare con se stessi.

Infatti, una nuova gravidanza che segua immediatamente la perdita del bébé, senza nessun lavoro di accompagnamento, si rivela spesso complicata, poiché non colmerà il vuoto sentito dai genitori, e avrà ripercussioni sul bambino futuro.

Assistiamo talvolta a desideri di bambini "all'infinito" dopo una morte improvvisa, con la stessa disillusione dopo ogni nascita: "Non sostituisce il nostro piccolo Olivier".

Un nuovo bambino non potrebbe essere desiderato per se stesso, senza l'elaborazione del lutto: ha bisogno di genitori disponibili all'ascolto, che non lo confondano.

Poco a poco, potrà così prendere il suo posto (anche se all'inizio certe confusioni sono inevitabili, queste si attenueranno, poiché, a un certo punto, i confronti col bambino precedente non saranno più possibili).

Tuttavia, per certe famiglie, l'arrivo di un nuovo bambino anche a breve, non ha niente di patogeno; ci dicono al contrario, di sentirsi tirati verso la vita", e l'attesa (spesso consigliata) per una nuova gravidanza li rende molto ansiosi: "Più passa il tempo, più ho paura e mi sento depressa... "; sembra chiaro che pur restando molto vigili e all'ascolto, dobbiamo fare attenzione all'animo e tenere presente che non ci sono regole.

La morte del lattante non deve essere ignorata.

Incoraggiamo ognuno a prendersi il tempo necessario, cioè quello che gli serve, secondo il suo ritmo, senza cercare riparazioni troppo rapide né, nemmeno, cadere nell'eccesso contrario che potrebbe sfociare in un'attesa patogena del termine del lutto.

Il tempo non è uguale per tutti e non c'è ricetta; restiamo semplicemente ad ascoltare i genitori che, nella maggior parte dei casi, sanno bene ciò che conviene loro e ciò di cui sono capaci.

I "consigli" prodigati dai familiari, o anche da certi rappresentanti dell'ordine medico, possono essere positivi per gli uni e catastrofici per altri.

I genitori si aspettano soprattutto dai loro interlocutori che abbiano un po' più di tempo da dedicar loro ... e, forse, un po' meno "consigli"!

La scelta del nome deve essere affrontata, se possibile, perché non è mai anodina. In effetti, come sappiamo, è nocivo e pericoloso per il nuovo bébé essere considerato un sostituto del precedente e perciò il suo nome sarà molto significativo.

Ogni essere umano ha bisogno di un'identità propria per essere in grado di situarsi e trovare il suo posto.

Le confusioni ovviamente sono nocive.

Una piccola Julie, che era morta, ha una sorella chiamata Juliette. I genitori ci hanno precisato: "Julie non è sparita completamente, è in Juliette... ". Altri genitori, che avevano perso Jérémy, hanno chiamato il loro secondo figlio Jimmy.

Ritroviamo connotati identici (e talvolta lo stesso nome di battesimo, o peggio, lo stesso nome ufficiale) che provocano, non senza conseguenze, spiacevoli confusioni.

Conosciamo tanti esempi celebri di destini tragici: Vincent Van Gogh portava lo stesso nome del fratello morto; Victor Hugo ha chiamato sua figlia Léopoldine dopo aver perso il figlio Léopold.

Parlando di nomi coi genitori, abbiamo modo di valutare come sono messi in rapporto al loro lutto e aiutarli a prenderne coscienza.

Durante la gravidanza, la madre ripensa alla gravidanza precedente (ciò accade anche quando il figlio precedente è ancora vivo), ma nel nostro caso, ha paura di rivivere una storia che andrà a finire male.

La madre cerca di immaginare il suo bébé, ma quello che le viene in mente è il bambino morto.

Cerca di proiettare una nuova storia, ma non può impedirsi di pensare a ciò che è successo; non vede altre vie d'uscita "perché la prima volta non c'erano motivi per cui finisse male, perciò ho molta paura".

Prima, era spensierata: "non ho mai pensato che la mia gravidanza potesse porre dei problemi; ora, continuo a pensarci, dubito di tutto".

Essa può con noi tentare di cancellare i fantasmi di ripetizione e sostituzione che girano nel suo cervello, e la sosteniamo in questa nuova esperienza.

Il modo in cui immagina il suo futuro bébé e i progetti che fa per lui sono molto importanti per il mantenimento e la qualità delle relazioni che li legheranno.

Dobbiamo aiutare la madre, nella sua nuova gravidanza, a capire, a poco a poco, che si tratta di un nuovo avvenimento e ad immaginare il suo nuovo bambino (cfr. **Lebovici, S.: Il lattante, la madre e lo psicanalista: le interazioni precoci – Paris, Centurion, 1983**).

Freud, S. in "Inibizioni, sintomi e angoscia" (1926), precisa già i rapporti tra la gravidanza e il bambino che sta per nascere: "La vita intra-uterina e la prima infanzia sono molto più unite di quanto ci lascia immaginare il taglio brusco all'atto della nascita". (fine della citazione).
"Il bambino immaginario" influenzerà molto l'inizio della vita del "bebé reale".

Infatti questo sarà (o no) conforme all'immaginazione di sua madre, da questa conformità dipende l'accoglienza riservata al bébé.

Ascoltiamo madri che non possono parlare con nessuno della loro delusione e del fatto che provano una forte aggressività verso il lattante (aggressività che le fa sentire ancora più colpevoli in quanto temono la sua morte).

Durante la gravidanza, la vicinanza tra madre e bambino è così grande, che ciò che prova la madre ha dei riflessi sul bambino, e inversamente.

E' la ragione per cui è auspicabile parlare ad un professionista delle idee dolorose che ossessionano la madre, invece di "tacitarle" e fare molte fughe in avanti per fingere di ignorare queste difficoltà. Non è grave avere idee così dolorose: è problematico far finta che non esistano. La madre e il bambino sono profondamente in contatto.

Meno il bambino è percepito come "buono": "Sarà piccolo, andrà bene, sarà un bambino piacevole... ", maggiore è la possibilità di depressione (che può essere grave) dopo il parto, depressione che colpisce e nuoce in modo significativo allo sviluppo fisico e affettivo del bambino.

Non dobbiamo in nessun caso sottovalutare l'importanza capitale della relazione madre-bambino durante la gravidanza.

Incontriamo molti genitori che non vogliono coccolare troppo il loro bambino (per paura di tradire il precedente) e che hanno grosse difficoltà (all'inizio) ad attaccarsi a lui per paura di perderlo.

È la traduzione dello stato dell'immaginazione dei genitori.

Hanno molta paura e fretta di veder passare il tempo (ci chiedono spesso l'età del loro bambino in termini di giorni: "mio figlio ha 47 giorni").

Il giorno anniversario del lutto precedente, per i primi quattro mesi, e infine, l'anno, sono per loro soglie molto importanti.

Le madri esercitano una maggiore vigilanza, ma non osano crederci. Descrivono chiaramente il loro atteggiamento: "Faccio tutto ciò che gli serve, ma ho troppa paura, il cuore non c'è".

"Per il mio primo figlio, pensavo che avrei provato una forte emozione quando iniziava a camminare e sfortunatamente, non ha mai camminato; sono stato molto deluso. Ora, mia moglie è incinta, mi commuove molto, ma quando penso al futuro, ho una grande paura della nascita e non sono sicuro di avere il coraggio di affezionarmi al bébé; non sopporterei che gli succedesse qualcosa".

Questi genitori risentono di una specie di vuoto affettivo difficile da esternare.

È molto difficile spiegarlo ai parenti, perché le donne si vergognano (è un momento in cui si pensa siano felici) e noi le sosteniamo in questi inizi difficili.

Sono confuse per il dubbio che provano tra un non investimento e un iperinvestimento su questo nuovo bambino (dubbio relativo alla colpa in rapporto al figlio morto).

Quando una donna è incinta dopo aver perso un bambino, ha, la maggior parte delle volte, la sensazione di tradire il bambino morto, e nello stesso tempo, il bambino che deve nascere è considerato "un bambino prezioso".

La molteplicità dei fattori di tensione può trascinare inizi altamente patogeni se non sono evidenziati e considerati dall'équipe curante.

Se questo periodo dura troppo, il bambino avrà mancanze e molte difficoltà (dall'anoressia all'insonnia, passando da malattie psicosomatiche varie) che avveleneranno le relazioni.

Tutta la famiglia ne porterà le conseguenze.

V. Il pediatra e il ginecologo

A prima vista, la morte improvvisa è un problema essenzialmente di tipo pediatrico.

Il pediatra è uno dei primi ad essere informato e il suo compito è maggiore in quanto anche lui è colpito da questa disgrazia.

Il suo ruolo, che non descriviamo qui in dettaglio, perché conosciuto da tutti (inoltre l'abbiamo già citato prima nella "presa in carico somatica") è primordiale.

Il pediatra dà ai genitori tutte le spiegazioni possibili sulla morte improvvisa del loro bambino e, nel caso, sull'autopsia.

Indica loro le associazioni di genitori colpiti da questo problema, per spalleggiarli meglio. L'accompagnamento sarà lungo.

Tenta di ritrovare ciò che i genitori immaginano su ciò che è successo loro e li sostiene nel loro interrogarsi; potrà anche parlare con loro del loro bambino che conosceva. È il ricettacolo della loro sofferenza, pur essendo incapace per l'eziologia e il senso da dare a ciò che è successo.

Ciò che potrebbe dir loro sarebbe troppo grave per essi e il dialogo permette la relazione di fiducia indispensabile alla presa in carico di un prossimo bambino.

Toccherà a lui occuparsi, nel caso, del lattante successivo fin dalla sua nascita, iniziando da quel momento il rischio di morte improvvisa.

Il ruolo del ginecologo è essenziale a tutti i livelli durante questa nuova gravidanza; può sembrare una gravidanza ordinaria e, tuttavia, è talmente piena d'angoscia, che ha bisogno di un'attenzione particolare...

Dalla relazione tra il ginecologo e la sua paziente sorgerà la relazione tra la madre e il suo bambino. Se essa si sente fiduciosa, svilupperà il sentimento di sicurezza necessario per avvicinare il suo bebè in modo positivo.

È un momento in cui le famiglie si sentono come "prima di un verdetto": quello della nascita e, soprattutto, quello del primo anno.

Il ginecologo aiuta la mamma a ridare la vita, "sa" e da lui le donne si aspettano un grosso sostegno. Per meglio capire questo problema, abbiamo chiesto ad una quarantina di ginecologi come avvicinavano queste pazienti (ei loro coniugi) e quali difficoltà incontravano. ...

La nostra "inchiesta" ha avuto luogo sia direttamente con i ginecologi che ci hanno concesso un incontro diretto, sia per telefono.

Presentiamo l'argomento spiegando che siamo interessati alle gravidanze che seguono la morte di un bambino precedente e che vorremmo sapere cosa succede quando un ginecologo riceve una paziente in questa situazione.

L'incontro non era ufficiale, per permettere la massima libertà d'espressione dei ginecologi che, nell'insieme, ci hanno riservato un'accoglienza interessata.

Ogni incontro durava circa venti minuti.

Quando il medico chiedeva precisazioni su ciò che volevamo sapere, chiedevamo loro di descriverci se queste pazienti rappresentavano un aspetto particolare o se, al contrario, non facevano nessuna

differenza; le eventuali difficoltà che ciò poteva riservare loro e cosa pensava fosse meglio in casi simili.

Non si trattava evidentemente di uno studio scientifico, ma ne traiamo le idee seguenti (riprendiamo qui i termini utilizzati dai medici durante le loro interviste):

l'esperienza della gravidanza che segue una morte improvvisa è abbastanza limitata per ogni ginecologo;

spesso le donne cambiano ginecologo dopo una morte improvvisa (desiderano trovare un diverso circondario e associano talvolta il parto con una triste esperienza) e i ginecologi (per la gravidanza seguente) si trovano di fronte ad una paziente sconosciuta;

la maggiore difficoltà che rappresentano queste pazienti è l'angoscia che portano con sé, e il lutto troppo grave da placare. L'angoscia aumenta con l'avvicinarsi del termine:

possono porre problemi di infertilità secondaria o false gravidanze ripetute. In quale termine bisogna trattare il problema della sterilità dopo un lutto? Gli induttori dell'ovulazione possono sostituire il senso di lutto?

occorre molto tempo per coinvolgerle e favorire il cambiamento. E' quasi impossibile quando il tempo dedicato a una paziente è di un quarto d'ora, venti minuti. Certi ginecologi ricevono queste pazienti fuori orario, per essere disponibili più a lungo; altri dedicano loro il tempo per discutere la decisione di una nuova gravidanza, e altri pensano che il consulto del primo mese debba durare di più. Certi infine non vedono nessuna necessità di differenziare queste pazienti dalle altre;

la maggior parte dei ginecologi interpellati pensano "che devono prevedere la nuova gravidanza come un'altra gravidanza, questa non ha nulla di particolare, statisticamente non c'è maggior rischio che nella casistica generale, il parto non sarà diverso";

"i padri sono implicati come nelle altre gravidanze: alcuni vengono durante le visite, altri solo durante il parto";

il problema della morte improvvisa è competenza soprattutto dei pediatri (contrariamente alle morti in utero)" e certi ginecologi che lavorano in équipe con i pediatri (raccomandano ad alcune pazienti di incontrarsi con l'ostetrica o anche con uno psicoanalista e chiedono che l'ecografia sia fatta dal medico stesso);

le pazienti chiedono molte rassicurazioni tecniche e sono sempre assillate dai sintomi; bisogna spiegare tutto e non dare mai la sensazione di nascondere qualcosa. Non serve fare una quantità di esami (come si farebbe nel caso di una morte in utero) né moltiplicare le visite (in genere si fa una visita ogni mese);

"il dialogo è spesso difficile perché esse aspettano con impazienza la fine del primo anno di vita del bébé e noi non possiamo veramente rassicurarle; sembrano un po' in disparte, non del tutto presenti, in effetti noi sottovalutiamo certo la loro sofferenza.

Certi ginecologi sono dunque molto attenti e pronti all'ascolto; altri ritengono che la morte improvvisa sia competenza del pediatra, un'attenzione tecnica e coscienziosa durante la gravidanza basta a preparare le famiglie ai periodi difficili che dovranno affrontare.

Preferiscono restare in disparte e delegano gli aspetti psicologici di questo problema agli specialisti.

Constatiamo quindi che un lavoro di équipe offra alla paziente una presa in carico idonea e globale.

Le donne sono generalmente molto attaccate al loro ginecologo e gli testimoniano grande fiducia. Hanno scelto con attenzione chi le seguirà nella nuova gravidanza. Seguono le sue indicazioni con precisione e vanno volentieri a consultare un medico specialista (come uno psicoterapeuta) se il ginecologo lo consiglia.

Per le donne il suo ruolo è molto importante, rappresenta una guida.

Il pediatra, come l'abbiamo citato prima, è un sostegno indispensabile per tutta la famiglia. Detiene il sapere ufficiale che permetterà al prossimo bambino di essere seguito con precisione e di beneficiare di ogni possibile prevenzione. È in un certo senso quello che potrà "salvare" il bambino.

CONCLUSIONI

Dopo aver analizzato nel dettaglio le diverse tappe che seguono la morte improvvisa di un lattante, constatiamo che servono molto ascolto, tempo, attenzione e calore per aiutare le famiglie a riprendersi un po' in questa tempesta e a fare il meglio per il lutto del loro bambino.

Desideriamo insistere sulle difficoltà che le famiglie provano nel cercare di uscire da questo dramma che lascia una disperazione inenarrabile. Senza aiuto esterno, è molto difficile per loro trovare ciò che possa aiutarle a ritrovare prospettive e a fare progetti.

Queste famiglie si sentono isolate ed emarginate.

Hanno la sensazione che il destino si accanisca contro, il che è incomprensibile, ingiusto e incomunicabile.

Tutte le persone consultate (pediatra, ginecologo, terapeuta) hanno, con le loro funzioni, un'importanza grandissima, e le loro frasi e spiegazioni si imprimeranno nella memoria delle famiglie.

Queste hanno bisogno di professionisti formati ai problemi specifici del lutto per rispondere alle diverse domande di tipo medico o psicologico che affrontano.

Questi professionisti potranno aprire un dialogo sufficientemente costruttivo e caloroso, per permettere alle famiglie in lutto di esternare ciò che le devasta.

Le famiglie potranno anche rivolgersi ad associazioni specializzate che saranno loro spesso di grande aiuto.

I genitori che si sentono ascoltati non si richiudono in un mutismo che rallenti molto la loro evoluzione dal lutto.

Il terapeuta potrà sostenere i pazienti ascoltandoli e indicando loro chiaramente le fasi successive che saranno costretti a sopportare: esse sono inevitabili dopo la perdita di un bambino e perciò il terapeuta prenderà in considerazione l'inevitabile sofferenza.

Quando i pazienti, ricordando questa morte, tornano indietro con la mente ad un lutto precedente, il terapeuta li aiuterà a bloccare l'unione dei due eventi per evitare di rendere la situazione ancora più confusa.

Ogni membro della famiglia dovrà confrontare la propria sofferenza con quella dell'altro e potrà avere difficoltà comportamentali e relazionali. I rapporti parentali non sempre saranno facili e talvolta i pazienti dovranno lottare contro situazioni insopportabili.

Alcune "frasi mortali" sono inaccettabili e producono sensazioni di incomprensione, di ribellione e di isolamento. A questo proposito possiamo citare le seguenti frasi, spesso riportateci dai pazienti stessi:

"Sei giovane, potrai avere altri bambini"

"Era solo un bambino piccolo, non hai avuto tempo per conservare troppi ricordi" "È più doloroso perdere un bambino più grande"

. "Dimenticherai presto, ogni cosa ha il suo tempo"

Per concludere le famiglie colpite vengono catapultate in problematiche alle quali precedentemente erano completamente assenti e spesso si sentono del tutto impotenti.

Dobbiamo essere vigili e non sottovalutare il loro dolore, per poterli aiutare ad andare avanti nel futuro, curando le loro ferite, per evitare al massimo il dolore patologico e la grave depressione che potrebbero sopravvenire come conseguenza.

Il processo consultivo e preventivo coinvolge tutta la famiglia e permette di affrontare il futuro con maggiore serenità, avendo rimosso, non l'intero dolore, ma i sentimenti e le sensazioni negative dalle loro menti.

Come diceva Kierkegaard cerchiamo di dire loro: "La vita può essere capita solo rivolgendosi al passato, ma può essere vissuta solo andando avanti".

BIBLIOGRAFIA

- BION, W.R. (1962):** Aux sources de l'expérience (At the sources of experience), Paris: Puf, 1991.
- BOURGIDGON, O. :** Mort des enfants et structures familiales (Children death and family structures), Paris : Puf, 1984.
- De BROCA, A. :** Malaise et mort subite du nourrisson (Illness and cot death), Paris : Lamarre, 1993.
- MAZET, Ph. ; LEBOVICI, S. :** Mort subite du nourrisson : un deuil impossible ? (Cot death, impossible grief?), Paris: Puf, 1996.
- ASSOCIATION LE CAIRN :** La mort subite du nourrisson. Comment vivre sans lui ? (Cot death. How to survive it ?), Collection vivre et comprendre, Ellipses, 1997.
- FRYDMAN R.; FLIS-TREVES, M.:** Mourir avant de n'être? (Dying before being ?), Paris: O. Jacob, 1997.
- HANUS, M. ; SOURKES, B.M. :** Les enfants en deuil. Portraits du chagrin (Bereaved children. Faces of grief), Collection face à la mort, Frison Roche, 1997.