

Il Lutto Perinatale aspetti clinici, psicopatologici

Dr. Enza Sansone

Tecnicamente si definisce **morte perinatale** la perdita di un figlio che avviene tra la 27a settimana di gravidanza e i 7 giorni dopo il parto. Ma il “lutto” perinatale si può estendere all’aborto spontaneo, alla interruzione terapeutica della gravidanza, alla riduzione fetale in caso di gravidanze multiple o alla morte endouterina di uno dei gemelli, all’abbandono per adozione.

Erroneamente si è portati a pensare che perdite precedenti a tale data abbiano un impatto psicologico minore nei genitori e nei parenti, così come si pensa che dopo il parto tale evento sia molto più duro da sopportare. Nella cultura popolare si tende a percepire in un crescendo emotivo e psicologico di dolore e difficoltà la perdita di un embrione, di un feto, di un neonato, al punto che di fronte ad un aborto la tendenza più diffusa è quella di minimizzare, incoraggiando la coppia a “riprovare subito”.

In realtà è un dato di fatto che il vissuto di maternità e paternità si modifica col trascorrere delle settimane, accentuando la profondità del legame genitori – bambino e strutturando le sempre più numerose fantasie sulla vita futura insieme; tuttavia, ogni gravidanza indipendentemente dalla sua durata e dal suo esito, è parte integrante nella storia di vita della madre e della coppia genitoriale, ha un suo ruolo ed una sua intrinseca importanza, diversa per ciascuna madre, padre, coppia.

Riguardo alla coppia genitoriale, spesso i due coniugi vivono la perdita in maniera differente e possono esprimere emozioni o pensieri anche molto diversi tra loro. Questo non significa né essere distanti, né non amarsi abbastanza, significa soltanto utilizzare differenti meccanismi per affrontare l’evento e superarlo.

Il lutto perinatale presenta tutti i drammatici aspetti del normale processo del lutto, con la differenza che è “biologicamente” inaspettato, e dunque particolarmente “inspiegabile”. La perdita di uno o più figli, nelle differenti fasi della gravidanza, può associarsi a vari sensi di colpa, all’incessante ricerca di spiegazioni, a tanti “perché” e “se solo avessi/non avessi”.

Tutto questo, normale nelle prime fasi di lutto, durante un corretto processo di elaborazione è destinato a scemare gradualmente, lasciando il posto a pensieri ed emozioni più adeguate.

In gravidanza tutte le energie (fisiche, emotive, relazionali) sono polarizzate sul formare una nuova vita.

Quando “il progetto” fallisce, l’elaborazione dell’evento, l’accettazione del lutto e della sofferenza sono molto difficili. Si tratta, infatti, di un evento inaspettato, ma soprattutto innaturale: normalmente i figli sopravvivono a noi; invece, ci troviamo di fronte a un rovesciamento dell’ordine naturale degli eventi.

Per la madre il bimbo è parte di sé ed è, quindi, come perdere una parte di sé, sente un forte senso di vuoto.

Inoltre, ci sono poche memorie legate al feto o al neonato e quindi pochissime opportunità di raccogliere, di oggettivarle. E queste scarse memorie sono anche

incerte perché durante la gravidanza sono state fatte tante proiezioni sul bambino e sulla vita insieme che rimarranno sconosciute. Quando un bambino nasce morto o muore poco dopo, non rimane niente.

L'intensità della sofferenza non dipende solo dalla durata della gravidanza, ma anche dall'intensità con cui viene vissuta: più sentito è il legame, più intense e forti sono la sofferenza e il lutto.

La sofferenza della perdita di un bambino è particolare rispetto ad altre perdite perché si ha la nascita e la morte nello stesso tempo e la conclusione intima della donna è di "aver creato morte".

Questo si può tradurre in un senso di perdita della propria capacità di generare, di mettere al mondo una creatura: la paziente sente di aver fallito come donna, può odiare il suo corpo e in generale se stessa per la sua incapacità.

Quando un bambino muore in ospedale, tutte le evidenze della sua esistenza vengono rimosse con una rapidità incredibile, niente è lasciato per confermare la realtà della sua morte. Il feto o il neonato vengono rapidamente portati via, "per evitare ulteriori sofferenze alla madre", ma avere memorie tangibili, vederlo, toccarlo, avere una sua foto da guardare quando il tempo sarà opportuno, un'impronta, un ciocca di capelli, il certificato, tutto questo rappresenta la prova, la traccia che quel bimbo c'era. E ciò aiuta ad esprimere la sofferenza.

E in un'era in cui ad ogni bisogno umano si cerca di creare una risposta di tipo tecnologico-scientifico, l'unica risposta possibile al dolore del lutto è quella di soffocarlo, di non vederlo, così si finge che non esiste. Ed è in questa logica che si giustificano atteggiamenti come non far vedere il bambino, non farlo toccare, non lasciare tracce e ricordi, l'analgesia e/o la sedazione elettive, il taglio cesareo elettivo. Torna l'illusione scientifica che non sentire, non vedere, corrisponda a non esserci. Da sempre il rito accompagna e rende agevole tutti i momenti di passaggio da una fase all'altra della vita: aiuta soprattutto chi resta a condividere l'evento.

Oggi a causa dell'abbandono di riti e di simboli facilitatori, il lutto si consuma nell'isolamento: un tempo la morte faceva spalancare le porte di casa, ora le fa chiudere.

Ogni epoca e cultura attribuiscono maschere, riti e simboli differenti al lutto e l'avvento di una società sempre più multietnica, sta alimentando il confronto con culture differenti ed obbliga gli operatori sanitari a rivedere in modo più o meno scientifico gli attuali modelli assistenziali.

Sebbene le manifestazioni esteriori del lutto risentono del contesto socio-culturale, il dolore, il senso della perdita, sono eventi assolutamente individuali ed individualizzanti, nel senso che generano solitudine interiore: il dolore è personale ed è correlato alla storia dell'individuo.

Ed è per questo che nel dolore ciascuno ha la possibilità di fare esperienza di sé perché esplora spazi profondi e bui: il dolore accresce il sapere di sé, è esperienza.

La donna deve poter cogliere nell'operatore la sua capacità di PATOS, di "CUMPATIRE".

Ignorando quasi tutto della storia della persona, tranne l'evento luttuoso, l'unica modalità assistenziale possibile sarà quella basata sull'osservazione, l'ascolto, il sostegno ed il contenimento.

Occorre rappresentare un cuscino sicuro sul quale avere la libertà di decidere di posarsi, cadere e lasciarsi andare.

Gli strumenti in possesso dell'operatore (ostetrica, medico) sono tanti:

- Flessibilità e condivisione del progetto assistenziale con la donna
- Tutela dell'intimità nell'espressione del dolore e nel rapporto con il partner
- Promozione e sostegno dell'incontro con il bambino
- Contenimento del dolore attraverso il tatto, il contatto e tutti i mezzi non farmacologici
- Sostegno rispettoso di riti e simboli

Oggi che il lutto crea solitudine sociale, è indispensabile come ostetriche avere la consapevolezza che l'ospedale rappresenta il primo, e a volte l'unico, "setting terapeutico" di elaborazione della perdita.

La qualità dell'assistenza prestata si misurerà intermini di sopportabilità: l'evento sarà tanto più sopportabile quanto più elevata sarà il livello di assistenza nel senso globale del termine.

Con la morte abbiamo più aspetti della perdita.

- perdita fisica
- perdita simbolica, ossia il significato della perdita di quel bambino, della potenzialità di aver una vita con quel bambino
- perdita secondaria, ovvero la distruzione delle certezze.... "Ho sempre fatto tutto bene, andava tutto bene,..."

La sofferenza è il processo che abbiamo per rendere la perdita un'esperienza reale e per elaborarla.

Ci sono degli indicatori che possono essere utili per capire come sostenere ed accompagnare i genitori che vivono queste esperienze.

Sono state identificate alcune fasi che rappresentano vari stati emotivi:

- SHOCK, stordimento, torpore, negazione dell'accaduto, rifiuto, negazione, congelamento emotivo, nel tentativo di bloccare l'inevitabile (è un sogno... quando riapro gli occhi sarà diverso..). Si reagisce solo meccanicamente.

- REALIZZAZIONE del fatto con disorientamento, confusione, senso di colpa (la colpa del proprio corpo, della propria gravidanza,) se solo non avessi (ho dato un bacio a mio marito che aveva il raffreddore.....forse...!) "Se non avessi dimenticato l'appuntamento, se non avessi mangiato., se non avessi camminato così tanto...). Paura anche delle sensazioni fisiche (fa male e non serve a niente!): spesso è presente dolore fisico intenso, pesantezza al torace, mal di *cuore*, difficoltà a respirare, palpitazioni, arti indolenziti.

- **PROTESTA**, rabbia, risentimento, rancore, (perché proprio a me!), sensazione di subire un'ingiustizia, contrattazione (accordi, voti col soprannaturale... se il bimbo sopravvivrà io farò...). La rabbia può intensificarsi per la percezione di perdita di controllo della situazione, per l'assenza di una possibilità di scelta o per non aver capito cosa stesse succedendo. Può indirizzarsi verso una persona o un operatore. Tendono a fare domande per capire, per trovare la colpa.

Possono avere problemi di insonnia, mancanza di appetito, incubi, flash back.

- **DISORGANIZZAZIONE**. Depressione, solitudine, isolamento, apatia, perdita di interessi, sintomi fisici reali o irreali, odio verso le altre madri, difficoltà di coppia (per modalità diverse di esprimere la sofferenza)

- **RI-ORGANIZZAZIONE**. Disgelo emozionale, parziale accettazione, ricerca di nuove modalità di comportamento, ricettività verso gli altri, ricerca di significato della morte e della vita, nuovi interessi e abilità, sofferenza ma senza angoscia. Lento ritorno alla quotidianità.

- **ELABORAZIONE** dell'esperienza, collocazione dell'esperienza nella propria biografia, accettazione, adattamento alla vita senza la presenza di quel bambino, nuove relazioni e attività, nuova forza interiore.

I genitori hanno essenzialmente tre importanti aspetti su cui agire:

- 1) realizzare la perdita e cominciare ad esprimerla
- 2) permettersi di esprimere le normali reazioni del lutto e lasciare che continuino
- 3) soddisfare i propri bisogni e quelli degli altri eventuali figli.

Quindi più la perdita è reale, più memorie si hanno, più tempo e possibilità di parlarne c'è, meno complicata è l'elaborazione.

Invece ogni intento esterno, verbale e pratico, è per dimenticare la perdita e proseguire con la vita: "è giovane ne avrà altri", "forse è meglio così, la natura a volte è saggia", "forse è una benedizione", "non era certo il momento migliore per avere un figlio.." ecc.

Per quella madre, per i genitori QUEL bimbo NON è rimpiazzabile e a volte sono anche preoccupati di dimenticarsi del bambino ed i genitori fanno anche un grosso sforzo per aiutare gli altri a ricordarlo.

A volte hanno anche il timore che elaborare l'esperienza voglia dire dimenticare il bambino. La sofferenza li lega al bambino, al suo ricordo, alla realtà della sua morte. I genitori hanno bisogno di sapere che anche quando la sofferenza diminuisce, non si dimenticheranno mai di quel bambino.

Molte donne hanno difficoltà, si sentono a disagio ed in colpa quando qualcuno chiede se hanno figli: "non ho figli, oppure ne ho due,.... Ma in realtà ne ho avuto un altro che non c'è più..... quel bimbo c'è stato, è esistito, ha un nome..."

Molti genitori hanno descritto che la sofferenza è fortissima nei primi due mesi, poi sembra meno terribile e attorno ai 6 mesi dalla perdita ci sono ancora momenti molti tristi, ma va molto meglio. Alcuni genitori solo dopo 9 mesi o un anno hanno sentito di poter anche sorridere.

Nella coppia

L'elaborazione del lutto può essere molto diversa tra i due componenti della coppia.

Per la donna c'è un legame fisico, precoce in gravidanza, c'è un vissuto corporeo durante il parto e nel puerperio. Per l'uomo la gravidanza è sempre un processo più tardivo, complesso e mentale.

Nel lutto il padre non ha la componente fisica. Un uomo tende a non esprimere i propri sentimenti, ancor più se sono forti ed intesi. Infatti si tende a chiedere al padre come sta la sua compagna e ci si dimentica spesso di chiedere come si sente.

Lui stesso tende a pensare che possa aggravare la sofferenza della donna se prende l'iniziativa di parlarne o se condivide i suoi sentimenti. Prevale la convinzione che lui deve essere forte e deve superare velocemente. Tende quindi ad evitare di parlarne, a tradurre la sua sofferenza col fare. Il padre spesso si tuffa nel lavoro o in attività pratiche. Il suo coinvolgimento col lavoro e col ruolo di sostentamento familiare diventa determinante; per lui la vita deve continuare.

Per molte coppie è doloroso riconoscere che nella prova più difficile della loro relazione non si aiutano come vorrebbero.

A volte la donna pensa che lui non ripone lo stesso valore nella perdita del bimbo che lei ha o che lei vorrebbe che lui avesse.

Lui, pur soffrendo, evita di parlarne, di parlare della sua modalità di ricordare il bambino o di vivere questo lutto. E da qua si susseguono molte incomprensioni che portano a volte all'allontanamento della relazione.

Ci vuole molta tolleranza, pazienza e fiducia per evitare una rottura. Può essere questo un momento di grande differenza tra una donna ed un uomo.

Stare con i propri sentimenti, dividerli – pur rispettando le diverse modalità - può essere un modo per avvicinare pezzi di strada da fare insieme.

Piangere è rilasciare tensioni. La quantità di pianto non sta a misurare l'amore ed il legame con quel bambino ma piuttosto il darsi il permesso di esprimere la sofferenza.

Altri bimbi della famiglia

Gli altri bambini della famiglia raccolgono messaggi, vedono la sofferenza ed anche quando i genitori non hanno detto nulla, i bambini sanno che qualcosa è successo. Saranno confusi ed angosciati. Essi leggono gli stati emotivi che li circondano. Reagiscono al linguaggio corporeo, ascoltano le conversazioni, fanno domande dirette o indirette. I bambini devono sapere perché i genitori sono tristi, perché gli altri sono tristi e perché loro si sentono tristi.

Può essere molto difficile consolare un bambino, tuttavia questo è indispensabile per aiutarli ad elaborare la perdita evitando l'insorgere di patologie fisiche ed emotive.

Di fronte alla morte, i bimbi avranno tre domande:

1) Morirò anch'io? Hanno bisogno di essere rassicurati, di capire e di sentirsi dire che nonostante la tristezza e la sofferenza, loro sono amati.

2) E' successo per colpa mia? Hanno bisogno di sentirsi dire che non sono responsabili anche se hanno pensato male per quel fratellino/sorellina o se lo rifiutavano.

3) Chi si prenderà cura di me?

Bisogna rassicurare il bambino sul suo ruolo in famiglia. Aiutare a fare spazio per il fratellino/sorellina morto (nome, riti..)

Avere un altro figlio.

Il bimbo perso è insostituibile. Ha la sua storia, pur brevissima. Ha un suo nome. Ha una sua collocazione nella famiglia. Il lutto deve avere il tempo dell'elaborazione per non avere ansie, angosce, durante la successiva gravidanza.

Il successivo bimbo, per la sua salute fisica, emotiva e relazionale, non può portarsi addosso il fardello del suo fratellino/sorellina, l'ombra del figlio perso.

Avrà la convinzione, spesse volte inconsapevole, che qualcosa non vada in lui/lei che qualcosa di tremendo gli possa succedere all'improvviso.

Ci sono donne che credono che un'immediata altra gravidanza possa ridurre la sofferenza, tuttavia tutti concordano che sia necessario dar tempo all'elaborazione della perdita ed aspettare almeno un anno.

Che fare?

- Offrire ai genitori il tempo necessario per prepararsi alla difficile situazione (nel caso di morte endouterina). Informarli per poterli coinvolgere nelle decisioni. La coppia dovrebbe poter rimanere insieme.

- L'ostetrica che assiste deve a sua volta avere un sostegno empatico (da una collega, da un altro operatore) e la possibilità di parlarne ed elaborare.

- Evitare (quanto più possibile) di offrire analgesici, sedativi o tranquillanti poiché inibiscono l'iniziale processo del lutto. Il senso della non esistenza del bimbo è spesso esagerata in donne anestetizzate o sedate e private delle memorie anche fisiche necessarie per poter attivare il processo del lutto.

- Aiutare i genitori ad avere e raccogliere memorie: stare col bambino, senza ricevere pressione o fretta. Toccare o vestire il bambino. Anche se queste azioni sembrano temporaneamente aumentare la sofferenza per entrambi, possono tuttavia diventare memorie concrete per facilitare l'elaborazione. I genitori devono poter avere tempo e spazio anche se non immediato col bambino. Avere tempo da soli col bimbo. Avere una foto, impronte del piede o della mano, ciocca di capelli, etichetta col nome, certificato con peso, altezza, circonferenza,... Poter dare un nome.

- Anche i fratellini, i nonni o i parenti stretti dovrebbero poter vedere e salutare il bimbo. Poter essere presenti a riti di addio o funerale. Ricevere rispetto per le proprie usanze religiose e culturali. Incoraggiarli a scrivere qualcosa che ricordi il bambino per darlo ai parenti ed amici: un modo per aiutare a riconoscere la pur breve esistenza di quel bambino.

- I genitori devono poter avere informazioni sulle procedure di esequie, sull'eventuale autopsia.

Le informazioni sulle cause, sullo stato di salute del bimbo e risultati dell'eventuale autopsia devono essere date ai genitori in modo comprensibile ed eventualmente ripetute a distanza di alcuni giorni.

- Durante la degenza in ospedale: alcuni ospedali offrono alla coppia di rimanere insieme, nella stessa stanza, durante il periodo di degenza. Questa opportunità evita anche il dilemma nella scelta di offrire una stanza con altre donne che hanno partorito un bimbo vivo e sano (che potrebbe essere per alcune donne una convivenza insopportabile) oppure una stanza lontano, da sola che per alcune donne diventa un'enfasi della propria inadeguatezza. Al momento della dimissione fissare due appuntamenti successivi.

Dagli studi e esperienza del dr. Marshall. Klaus e colleghi è importante poter offrire ai genitori almeno tre colloqui attivando soprattutto ascolto empatico ed offrendo informazioni appropriate.

Il primo, subito dopo la morte, durante il quale vengono anche informati delle varie prassi, scelte e delle possibili reazioni fisiche ed emotive.

La successiva volta a distanza di pochi giorni (2 o 3 gg).

Il terzo colloquio nel periodo tra il terzo ed il sesto mese dalla morte del bimbo.

Se il processo di lutto è particolarmente difficile e patologico si consiglierà un sostegno specialistico.

Offrire informazioni sull'esistenza di gruppi di mutuo aiuto che sono gruppi di genitori che hanno vissuto l'esperienza della perdita e che si incontrano 1 o 2 volte al mese per sostenersi. (PEND Parent Experiencing Neonatal Death).

Elementi di psicoterapia gestalt nel trauma da lutto

La Gestalt è tra gli approcci più indicati per affrontare il trauma. Essa si basa sui canali sensoriali e sul corpo, permettendo così l'accesso ad emozioni negate e rimosse in quanto inaccettabili e\o insopportabili, aggira le strategie difensive e permette di accedere a memorie dissociate per eccessive connotazioni.

I sintomi del cosiddetto Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) sembrano mostrare un tentativo di assimilare una esperienza impossibile da assimilare.

Dal punto di vista Gestaltico il **trauma** è un lavoro non finito, un ciclo del contatto che non si è concluso.

E' l'enorme difficoltà di assorbire una esperienza in modo da raggiungere il disimpegno, difficoltà che riguarda soprattutto lo stadio finale del ciclo di esperienza, e cioè le fasi di risoluzione\chiusura e ritiro.

Attraverso il lavoro Gestaltico è possibile identificare le modalità di interruzione del contatto attraverso un processo lento, e poter così riesaminare l'esperienza originaria.

Si possono utilizzare tecniche che aiutano a portare alla superficie le situazioni non completate e a risolverle nel presente.

Tali tecniche includono: la fantasia, la visualizzazione, il rafforzamento creativo, il lavoro con la sedia calda, gli esperimenti graduali, il teatro e la rappresentazione.

Il rivivere l'esperienza in un contesto protetto, permetterà alla persona di “*affrontare il vuoto*”, di confrontarsi cioè con la percezione che *niente abbia più importanza*, in modo da iniziare la fase dell'assimilazione.

La Gestalt, ed anche l'Ipnosi, per il loro approccio somatico, per la valenza affettiva ed emotiva, per la capacità di modulare in modo ecologico lo stato di coscienza, sono le forme più indicate per ripercorrere il materiale traumatico.

L'una e l'altra permettono di lavorare su ogni tipo di memoria del paziente, e agiscono appunto sulle componenti semantica e viscerale integrandole.

Nell'essere umano sono presenti tutte le risorse necessarie all'evoluzione e all'adattamento creativo del sé.

Modulare inoltre lo stato di coscienza è molto importante ed utile perché permette di assumere il controllo di meccanismi dissociativi altamente disturbanti (Disturbi di panico, Borderline e di Personalità).

Costruzione del posto sicuro e fronteggiamento della realtà

Per questo tipo di problemi è importante il *gruppo*, in quanto permette di creare rapporti intensi, che si caratterizzano come “*Attaccamento Sicuro*”.

Ritrovare o costruire un *rifugio interiore* è uno strumento di intervento che permette di ritrovare una piccola parte libera da conflitti, ristoratrice ed auto-curativa.

Scoprire tale spazio interiore, le sue caratteristiche, consente di ripercorrere il passato con un migliore coinvolgimento affettivo per poterlo connettere al presente, e quindi al futuro.

E' importantissimo infatti ancorare le persone alle proprie risorse positive, prima di riaprire la ferita del trauma.

“*Il posto sicuro*” può essere una rappresentazione mentale rassicurante, uno spazio nel gruppo costituito da persone percepite come tali, ma anche una creazione artistica vera e propria che ogni partecipante, dopo avere contattato i propri bisogni, può costruire con i materiali più disparati: carta, cartone, colla, colori, creta etc... .

La base sicura, intrapsichica e/o materiale sarà vissuta come accudente, riparatoria e stimolante.

Tutte queste tecniche permettono che il ricordo doloroso torni accessibile, permettono anche di diventare consapevoli del proprio stato d'animo, di cambiare la percezione e quindi anche il comportamento.

Una parte essenziale del lavoro consiste nello spezzare l'*automaticità* dei ricordi intrusivi e l'evitamento dello stesso, ripercorrere l'episodio o gli episodi lentamente, senza esserne travolti.

Nel caso di ricordi molto forti connessi a sensazioni ed emozioni disturbanti (iper-associazione), è bene ancorare la persona alla realtà, e quindi partire dall'aspetto cognitivo dell'esperienza per poi arrivare al contatto emotivo in seguito, quando, con il sostegno del gruppo, la persona sarà in una condizione di relativa calma, di contenimento, di contatto integrato con il Sé.

E' invece indicata la via emotiva nei casi in cui la descrizione di eventi terribili venga fatta senza nessun colore affettivo (dissociazione).

Poca competenza emozionale, l'incapacità di connettere le emozioni ai significati, fa sì che anche la capacità di *coping*, (o fronteggiamento), sia ridotta.

Il momento più drammatico e delicato è quello in cui le emozioni emergono e si trasformano.

A volte la paura, il dolore, la vergogna, sono negate e coperte dalla rabbia, o viceversa. Talvolta la diminuzione della rabbia, fa sì che emergono angosce distruttive e profonde.

L'attimo, breve o lungo che sia, in cui la persona si trova ad *affrontare il vuoto*, è realmente la fase più pericolosa; è qui il contenitore "*gruppo*" si attiva in tutta la sua forza.

Possibilità di un futuro

Adesso possiamo percorrere nuovamente l'evento e provare a cambiarlo. Nel "*qui e ora*" possiamo fare qualcosa che non abbiamo fatto nel "*là e allora*". Si invita la persona a cambiare un episodio nella sostanza o in qualche sfumatura; il cambiamento può trasformare l'evento oppure semplicemente il suo significato, la rabbia può divenire costruttiva, l'ironia può ridimensionare qualcosa, la condivisione con il gruppo permette di percepire l'appartenenza invece della solitudine. Questa rielaborazione degli episodi traumatici è ecologica e spontanea, e dà un senso di liberazione e alleggerimento.

BIBLIOGRAFIA

Surkan PJ, Rådestad I, Cnattingius S, Steineck G, Dickman PW.
Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report
Birth. 2008 Jun;35(2):153-7

Cacciatore J, Rådestad I, Frederik Frøen J.
Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression
Birth. 2008 Dec;35(4):313-20

Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW.
Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby
Midwifery. 2007 Dec 5

Säflund K, Wredling R.
Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth
Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(10):1193-9

Badenhorst W, Riches S, Turton P, Hughes P
The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review
J Psychosom Obstet Gynaecol. 2006 Dec;27(4):245-56

.D'Antuono L
Assistenza e sostegno della donna in lutto

Convegno Nazionale LA GRAVIDANZA E LA PERDITA. Assistenza e sostegno quando fallisce
il progetto del bambino perfetto
Macerata 1-2 Dicembre 2003
www.associazioneandria.it/media/pdf/ATTIMACERATA.pdf

Wallerstdt C, Lillery M, Baldwin K
Interconceptional counselling after perinatal and infant loss
JOGNN, 32, 533–542; 2003

Maghella P
La perdita di un bambino: il processo del lutto e del sostegno
Da: Maghella P, Pola V La Perdita
Macroed. 1999
www.mipaonline.com

Marshall H.Klaus; John H.Kennel; Phyllis H. Klaus
Dove comincia l'amore
Ed.Bollati Boringhieri 1998

Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B.
Stillbirth is no longer managed as a nonevent: a nationwide study in Sweden
Birth. 1996 Dec;23(4):209-15