



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “FEDERICO II”

FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE RELAZIONALI “G. IACONO”

**SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE
PSICOLOGICHE E PEDAGOGICHE**
DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI DI GENERE

XXIII Ciclo

TESI DI DOTTORATO
IN STUDI DI GENERE

***Il corpo muto:
dinamiche psichiche e relazionali della coppia sterile***

Tutor
Prof.ssa Adele Nunziante Cesàro

Dottoranda
Elena Garritano

Coordinatore
Prof.ssa Adele Nunziante Cesàro

ANNI ACCADEMICI 2007-2010

Questo lavoro di tesi è sentito davvero come l'espressione di tre anni di formazione personale oltre che professionale. Al suo interno si ritrovano gli stimoli che nascono dall'incontro con personalità diverse. C'è l'influenza delle lezioni del primo anno di una Scuola la cui impostazione interdisciplinare ha risvegliato l'interesse per altre letture che avvicinassero la mia formazione in psicologia anche alla storia, alla letteratura, alla filosofia. Ci sono sicuramente gli spunti per un'ottica di genere, presentata nel corso di quelle medesime lezioni dall'esempio di chi, la Tutor Prof.ssa Nunziante Cesàro in primis, le battaglie femministe e gli studi sull'identità li hanno vissuti sulla propria pelle, lasciando un'eredità complessa e sfaccettata. Ci sono i richiami ai convegni seguiti come allo stage in Francia: le supervisioni del prof. Gori e di M.me Del Volgo sono state interessanti dibattiti sul rapporto tra medicina e psicoanalisi e sulla qualità del lavoro clinico. L'esperienza a Marsiglia d'altronde è stata un periodo particolarmente sereno, di dialogo con me stessa e di sperimentazione positiva di una coabitazione. Cédric è uno dei regali di quest'avventura triennale come anche il toccante incontro organizzato dal Dottorato non molto tempo fa con Shlomo Venezia. Il ritorno in Italia, poi, è stato caratterizzato da un difficile contatto con le strutture ma qui colgo l'occasione per ringraziare invece quei medici che non hanno esitato a dare la loro disponibilità: il dott. G. Ciccarelli (Casa di Cura "Villa dei Fiori", Acerra), la dott.ssa M. Fasolino (Centro Medicina della Riproduzione, Salerno), il dott. P. Iervolino (Clinica Lourdes, Massa di Somma, Napoli).

Nella riorganizzazione del progetto, non avrei potuto trovare miglior sostegno della dott.ssa M. Duval, la cui influenza è evidente nell'attenzione alla relazione di coppia e nello studio della psicosomatica. La sua stanza di supervisione, poi, è stato un luogo capace di veicolare e resistere anche ad emozioni negative, il che è il presupposto fondamentale per il vero senso di gratitudine. Non si può non pensare anche alle coppie che hanno offerto le loro storie tutte diverse.

Un grazie poi ai colleghi/amici del Dottorato che mi hanno reso la Stanza 17 molto familiare, alle amiche che scappando dall'Italia mi costringono a viaggiare, a quelle, invece, che rimanendo a Napoli sono il mio riferimento costante. Infine, come nelle migliori tradizioni, un ringraziamento speciale al mio papà, che è un esempio di dedizione al lavoro, alla mia mamma e a mia sorella Silvia che ci sono sempre e anche a chi, invece, ormai non c'è più e posso, purtroppo, salutare solo così.

A me
...una volta tanto...

Indice

<i>Prefazione</i>	p. 5	
<i>Introduzione</i>	p. 8	
CAPITOLO 1. INTRODUZIONE TEORICA		
Par 1.1. <i>La “medicina del desiderio”.</i>		
<i>Uno sguardo storico-culturale</i>	p. 11	
Par 1.2. <i>Desiderio di medicina</i>	p. 19	
Par 1.3. <i>Cos'è la sterilità? La questione del corpo muto tra medicina e psicoanalisi</i>	p. 39	
Par 1.4. <i>Il vissuto psicologico delle coppie infertili: dal desiderio di un figlio alla fine dell'iter medico</i>	p. 59	
CAPITOLO 2. IL PROGETTO DI RICERCA		
Par 2.1. <i>Introduzione. Il progetto di ricerca</i>		p. 88
Par 2.2. <i>Le coppie della ricerca</i>		p. 97
Par 2.3. <i>L'analisi testuale con il TLAB</i>		p. 117
2.3.1. <i>Le interviste</i>	p. 122	
2.3.2. <i>L'iter medico</i>	p. 126	
2.3.3. <i>La storia di coppia</i>	p. 132	
2.3.4. <i>La storia familiare</i>	p. 138	
2.3.5. <i>Il desiderio di figlio</i>	p. 143	
2.3.6. <i>L'Analisi delle Corrispondenze Multiple</i>	p. 148	
Par 2.4. <i>I test individuali autosomministrati</i>		
2.4.1. <i>Il Profile of Mood States. POMS</i>	p. 152	

<i>2.4.2. La Scala Alessitimica Romana</i>	p. 157
<i>2.4.3. Il Reattivo di Wartegg</i>	p. 165
<i>Conclusioni</i>	p. 190
Appendice A <i>Il counselling psicologico</i>	p. 192
Appendice B <i>La legge italiana 40/2004 e successive modifiche</i>	p. 198
Appendice C <i>Aspetti medici della sterilità e della procreazione assistita</i>	p. 202
Appendice D <i>Lo sviluppo psicologico dei figli della provetta</i>	p. 211
<i>Bibliografia</i>	p. 218
<i>Materiale della ricerca</i>	p. 246

Prefazione

Prima di affrontare il tema specifico del presente lavoro, reputo che sia doveroso fare una precisazione. Il dottorato di ricerca di chi scrive era cominciato con un progetto volto ad approfondire le tematiche della procreazione medicalmente assistita, sia nel tentativo di rimanere fedele alla tradizione di questa scuola di dottorato, in quanto la *transition to parenthood* è un aspetto importante dell'identità di genere, sia sulla scorta delle recenti modificazioni alla legge italiana 40 del 2004 “*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*”, in particolare le precisazioni delle linee guida presentate nel 2008, che accolgono non solo un'evidenza teorica ma anche la concreta esigenza delle coppie e delle equipe mediche a contenere le componenti psicologiche attivate durante il percorso di fecondazione artificiale.

A tale scopo, ci si era orientati verso l'indagine dei vissuti (rappresentazioni della propria esperienza, rapporti con il corpo e le emozioni, meccanismi difensivi) di coppie sottoposte con successo alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e in attesa del loro primo figlio, unendo analisi qualitative e quantitative.

Nella concretizzazione di tale progetto, si è tentato un contatto telefonico con i centri autorizzati della regione Campania, centri distribuiti nelle cinque province e reperiti tramite l'elenco messo a disposizione dall'Istituto Superiore della Sanità e pubblicato sul suo sito internet. In tutto circa una quarantina di strutture che si occupano di problematiche relative alla fertilità, ma a distanza di pochi mesi, solo meno di un quarto aveva garantito la disponibilità alla ricerca per prendere contatti con le coppie che vi afferivano.

Il progetto è stato, però, definitivamente abbandonato dopo un semestre di tentativi infruttuosi dovuti a ostacoli incontrati ai vari livelli.

Innanzitutto, il commissariamento della sanità pubblica in Campania dal luglio 2009 ha reso più tortuoso l'iter nei centri pubblici, mentre in quelli privati, dove il contatto è stato più diretto, le reazioni sono state diverse, dal continuare a chiamare per irreperibilità del responsabile, all'ottenere una risposta positiva senza mai concretizzare il lavoro, al tentativo di realizzare la ricerca senza che si potesse vedere un lavoro di equipe.

Pur consapevoli delle disposizioni di legge e della delicatezza dell'argomento, la presenza dello psicologo in questi centri è tuttora rara e comunque quasi nessun medico ha considerato il contatto con l'Università come un'opportunità o una risorsa ottenuta gratuitamente e applicabile anche semplicemente per riflessioni personali sul miglioramento della qualità del proprio lavoro o dell'offerta alle coppie.

Inoltre, anche laddove tutto questo si è verificato, grazie ad un ginecologo sensibile e/o illuminato o semplicemente disponibile, a cui va la gratitudine ed il personale ringraziamento, le coppie non sono state rintracciabili. Una volta ottenuta la fecondazione, infatti, in generale, le donne tendono a tornare dai loro ginecologi privati, a confondersi con le altre gravidanze, recidendo di netto qualsiasi rapporto con chi ha effettuato l'intervento. Accanto a questa condizione che costituisce quella più frequente, laddove la fiducia nello specialista dell'infertilità sia tale da volersi affidare a lui anche per tutta la gestazione, il contatto è risultato difficile e discontinuo, non solo perché queste gravidanze a rischio spesso hanno parti pre-termine o costringono al riposo assoluto, ma soprattutto perché è stato impossibile strutturare un setting costante o un lavoro di equipe che proteggesse le coppie da reazioni persecutorie (*“perché proprio io?”*) o dalla paura che non ne fosse garantita la privacy.

In loro, non c'è stata apertura nei confronti di una riflessione psicologica non cercata personalmente, al massimo accettazione e sopportazione perché era il medico a chiederlo, e anche laddove l'appuntamento per il colloquio psicologico era stato fissato con anticipo, era probabile usare scuse come ritardi o stanchezza.

Insomma, come scriveva Sylvie Faure-Pragier già nel 1993, il lavoro era insieme necessario e impossibile. Tutto questo ovviamente non costituisce solo un modo per raccontare la frustrazione e la delusione, aumentate con il passare delle settimane, le difficoltà e la preoccupazione per il proprio lavoro, cresciute nel corso dei mesi, costringendo ad un amaro esame di realtà ed alla riorganizzazione del progetto di dottorato.

Laddove, infatti, dall'esperienza si deve apprendere, tutto questo diventa uno spunto di riflessione sull'argomento, riflessione che, nata per lo più nell'anticamera del ginecologo ed elaborata poi all'interno della supervisione con la tutor, finisce per diventare un momento di analisi produttiva che coinvolge tutti, gettando uno sguardo sul contesto culturale, il lavoro dello psicologo, il vissuto della coppia. Cominciando proprio dal rapporto tra medicina, psicologia e paziente, si estende poi al riconoscimento del difficile dialogo tra specialisti di diverse discipline come tra università e territorio. Proprio per questo, per una volta, la tematica della sterilità, attorno a cui è stato organizzato il nuovo progetto di ricerca, non comincia trattando del vissuto di depressione e rabbia delle coppie, che comunque costituirà approfondimento del presente lavoro, ma dai cambiamenti storico-culturali in cui è inserito l'operare del medico e anche dalle sue reazioni, visto che egli è troppo spesso coinvolto senza che nessuno se ne renda conto, non come strumento neutrale ma attraverso tutta la parzialità della sua identità sessuata, la complessità specifica della propria professionalità e della personale esperienza umana.

Introduzione

L'argomento del presente lavoro centra la sua attenzione sui vissuti della coppia sterile, inserendoli in un quadro più ampio che ne valorizzi le interazioni con il contesto medico e culturale. In tal senso, procedendo con un progressivo restringimento del campo di osservazione, si passa dalla descrizione dei cambiamenti storici della società occidentale che hanno visto nel secolo scorso l'interazione collusiva tra una medicina sempre più tecnica e desoggettivante e i movimenti di emancipazione femminile (paragrafo 1.1), all'approfondimento delle rappresentazioni e dei vissuti specifici che caratterizzano il contesto medico quale co-protagonista nella cura della sterilità di coppia (paragrafo 1.2). In questa cornice, il contributo di una prospettiva psicodinamica si colloca a più livelli, sia all'interno di una riflessione sui cambiamenti sociali, sia nel costante quanto difficile dialogo con altre discipline, senza dimenticare ovviamente il tradizionale impegno clinico. Così, da un lato permette di riflettere sulle trasformazioni attuali e dall'altro, sottolinea il fatto che la stessa descrizione dell'infertilità come malattia risulti problematica. Proprio per le sue peculiari caratteristiche, dunque, la sterilità facilita l'approfondimento del complesso tema della sessualità e dell'incontro con l'Altro, diventando il campo privilegiato della discussione dei rapporti tra medicina e psicologia, corpo e mente, psicogenesi e somatogenesi. L'interpretazione della malattia, la visione del corpo e il contributo della psicoanalisi in quest'ambito, dal primo incontro con l'isteria, a cui la sterilità è stata spesso paragonata, alle teorizzazioni successive e non sempre fra loro conciliabili, sono dunque oggetto del terzo paragrafo (paragrafo 1.3).

La parte teorica si completa con lo studio delle ambivalenti dinamiche personali, relazionali e transgenerazionali implicate in modo diverso a seconda del genere, nel difficile percorso di concretizzazione del desiderio

di diventare genitori, di fronte a una diagnosi di sterilità (paragrafo 1.4).

L'approfondimento teorico ha costituito la cornice e la premessa irrinunciabile alla strutturazione del concreto progetto di ricerca, che è affrontato nella seconda parte del presente lavoro.

L'intento è stato quello di affrontare sotto diversi punti di vista il vissuto di un gruppo di 25 coppie sterili che afferivano al *Centro per lo Studio e la Terapia della Sterilità e dell'Infertilità di Coppia* (resp. prof. G. de Placido), presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "Federico II" di Napoli e in particolare al *Centro di Consultazione Psicologica per La Valutazione ed il Trattamento dei Correlati Psicopatologici della Procreazione Medicalmente Assistita* (resp. dott.ssa M. Duval). La scelta degli specifici test impiegati è stata dettata dalla necessità, pur nei limiti imposti dalle condizioni pratiche del setting, di unire indagine qualitativa e quantitativa, intervista e test scritti autosomministrati, analisi di coppia e individuale, reattivi a risposta multipla e proiettivi. In tal modo, è stato possibile oscillare tra la valorizzazione di stati emotivi reattivi della condizione attuale e l'analisi di elementi strutturali della personalità, così come tra le rappresentazioni narrabili di sé e gli aspetti meno consapevoli della propria identità.

Accanto a una ricca scheda socio anamnestica (paragrafo 2.2), infatti, si è deciso di indagare il racconto del proprio iter medico, della storia di coppia e familiare nonché il desiderio di un bambino, attraverso un'intervista creata *ad hoc* e sottoposta ad analisi testuale con il software T-Lab Pro 5.3 (paragrafo 2.3). L'indagine quantitativa, invece, ha previsto l'impiego del programma SPSS 18.0 per i tre reattivi, che hanno completato la ricerca, analizzando gli stati emotivi negativi individuali e recenti (POMS; paragrafo 2.4), il rapporto tra emozioni e corporeità (SAR, paragrafo 2.5), la struttura di personalità (WARTEGG, paragrafo 2.6).

Le brevi appendici, infine, forniscono una serie di informazioni a proposito dell'attività di counselling, degli aspetti legislativi e medici, nonché delle ricerche psicologiche sui bambini nati in provetta.

CAPITOLO I
Introduzione Teorica

La “medicina del desiderio”.

Uno sguardo storico- culturale¹

Negli ultimi anni, le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) quale cura più nota per la sterilità di coppia, hanno conosciuto un rapido sviluppo, che ha radicalmente modificato il senso profondo della procreazione umana (Nunziante Cesàro, 2000a). Spesso si condannano le biotecnologie perché stravolgerebbero l'ordine naturale delle cose, tuttavia, ciò che è stato modificato non è tanto il processo biologico, quanto quello simbolico e questo vale per tutti e non soltanto per quelle coppie che tentano di avere un bambino con la fecondazione assistita. Probabilmente sarebbe più corretto dire che il processo biologico non è stato ancora modificato, perché se oggi come da sempre la nascita di un bambino dipende dall'unione di due gameti, “*anche se usciti da una provetta, siamo tutti figli di un padre e di una madre*” (Chasseguet-Smirgel, 1996, p. 37), con la clonazione, si potrà passare da una riproduzione sessuata ad un'altra che non lo è più. In questa eventualità, si passerebbe dalla “procreazione” alla “riproduzione”², cioè dalla generazione di un bebè simile ma diverso e

*La rivoluzione
concezionale*

¹ Questo paragrafo è il frutto delle modifiche di un lavoro a quattro mani scritto insieme a Rubén Araya Krstulovic, dal titolo “*Il corpo della donna e la ‘medicina del desiderio’. Una riflessione storico-culturale*”, che è stato presentato al Convegno Internazionale *Psicologia e Psicopatologia della Perinatalità. Cure materne e sviluppo del futuro individuo*, tenutosi a Brescia il 9 e 10 ottobre 2009.

² Nella lingua italiana, “riproduzione” e “procreazione” vengono praticamente utilizzati come sinonimi e le (poche) riflessioni in merito sono soprattutto di stampo bioetico o religioso, ad esempio, per Caffarra (1983) il termine “pro-creazione”, in quanto “creare pro”, cioè “generare per”, rimanda teleologicamente alla struttura verticale Dio-Abramo-Isacco. Consultando il dizionario italiano (<http://www.dizionario-italiano.it/>), si legge

Riproduzione = 1) atto, effetto del riprodurre; copia;

2) generazione di organismi della stessa specie, propria di animali e vegetali.

Procreazione = 1) atto, effetto del procreare.

Entrambi i termini rimandano insieme all'atto e al suo effetto ma mentre il significato della parola “procreazione” è unico, “riproduzione” ha due sensi e il primo non coincide nemmeno con il “dare la vita”. La procreazione, quindi, si collega direttamente al tema della vita umana e della filiazione, mentre la riproduzione no. Passiamo ai verbi corrispondenti. Mentre “procreare” significa “aver

unico, identificato ma altro, frutto di imitazione e creatività, alla ripetizione di copie identiche all'originale (Gonzalez, 1997), modificate tutt'al più a proprio piacimento. La problematica identitaria si approfondisce (Bayle, 2003) nel punto in cui è difficile stabilire il confine tra intervento biomedico, come trattamento o prevenzione, e manipolazione eugenetica: d'altronde, a ben vedere, questo rischio già esiste nella diagnostica pre-impiantatoria che restituisce un senso della maternità come *performance* e della necessità di avere dei bambini perfetti (Faure-Pragier, 1993) come se questo bastasse a garantire la felicità propria e altrui (si ricordino le cause di alcuni portatori di handicap in America contro i loro genitori e i medici perché ritenuti responsabili della loro "wrongful life").

Scrivendo provocatoriamente Testart (1993, p. 64): *“poiché l'interesse della specie non è certo quello di clonare ogni individuo abbastanza vanitoso da credersi degno dell'eternità, bisognerà riservare questa gloria ai nostri migliori rappresentanti. La prima tappa del grande progetto di migliorare*

prole”, “riprodurre” sta innanzitutto per “produrre di nuovo”, cioè “creare una copia” e come fa notare Lucarelli (1999), questa potrebbe costituire una fotocopia, quindi rimandare ad una ripetizione identica, oppure ad una riproduzione, come succede per un quadro che imitato non è mai uguale all'originale. Affinché il verbo “riprodurre” diventi sinonimo di “procreare”, bisogna introdurre la particella riflessiva, usare “riprodursi”, che però, continua a non perdere il senso di essere una copia (con il significato di “formarsi di nuovo”).

Anche nel sentire comune, per quanto i termini vengano confusi, istintivamente procreazione sembra un termine “caldo”, capace di rimandare la complessità dell'atto, mentre l'azione tecnica in sé può confondersi tra riproduzione e fecondazione. In modo specifico “riproduzione” si riferisce alla conservazione della specie (si parla, ad esempio, dell'apparato riproduttivo e non procreativo dell'organismo vivente) e più al mondo animale e vegetale che a quello umano (Santorsola, 2003; Martin et al., 2004). Inoltre, “riprodurre”, in quanto “produrre di nuovo”, rimanda anche all'idea che nel momento in cui l'individuo riduce la propria produttività, possa comunque garantire le medesime risorse al gruppo di appartenenza attraverso l'impegno di esseri che gli appartengono e somigliano e vengono generati a questo scopo. “Procreare”, invece, si caratterizza per un suffisso, *pro-*, che significa allo stesso tempo *in avanti*, *a favore di* e *in luogo di*, tutti riferimenti al riconoscimento del proprio limite e alla necessità di aprirsi alla diversità altrui per proiettarsi nel futuro (Casalone, 2003). Insomma, “riproduzione” sembra richiamare più alla necessità della specie e avere una valenza narcisistica, mentre la “procreazione” evoca un atto creativo che richiede l'intervento dell'altro per la nascita di un essere umano unico e imprevedibile (Martin et al., 2004). Scrive Don Paolo Bando (2003): *“Tra questi due vocaboli passa un'enorme differenza nel considerare l'entità profonda dell'essere umano. Riproduzione fa riferimento all'entità genetica che viene riprodotta in modo meccanico attraverso l'unione di nastri di informazioni. Ma [...] È indifferente che questo incontro avvenga mediante un'unione interpersonale o in un laboratorio dove si isola l'aspetto biomedico del processo generativo? Quando l'uomo viene ridotto ad un oggetto, diviene razionalmente sostenibile la sua riproduzione meccanica, esattamente come l'uomo produce tutti gli oggetti che gli servono per vivere. Tutti coloro che, per svariati interessi, vogliono introdurre negli ordinamenti giuridici la possibilità di ricorrere alle diverse tecniche di riproduzione umana artificiale non tollerano il termine procreazione e tendono a sostituirlo con riproduzione. Procreazione evoca un mistero, che rende l'uomo trascendente rispetto ai suoi componenti bio-genetici [...] Procreazione significa collaborazione ad un'attività che supera l'uomo ed è indipendente da lui.”*

l'uomo dovrebbe quindi essere quella di purificare il genoma umano, generazione dopo generazione, fino a creare un esemplare geneticamente perfetto, che basterebbe riprodurre...". E più avanti ricorda come il figlio desiderato è quello definito "normale", ma è sempre molto difficile stabilire il limite di un "handicap", a livello fisico come intellettuale: i bambini superdotati, ad esempio, sono spesso emarginati socialmente e soprattutto le qualità psichiche non sono definibili a priori ma sono il frutto della costante interazione con il contesto.

Se gli studi biologici che hanno preceduto il rapido progresso di queste tecniche sono molto antichi (Bayle, 2003; Tain, 2005) e non ancora terminati, l'inserimento all'interno di una cornice più ampia che tenga conto delle principali trasformazioni della società occidentale nel corso dell'ultimo secolo potrebbe aiutare a capire *"come mai solo ora sia divenuta intellettualmente pensabile e moralmente accettabile l'estensione di tecniche veterinarie alla specie umana."* (Vegetti Finzi, 1997, p. 146).

In un'epoca post-illuminista e post-moderna, è andato scemando l'ottimismo con il quale Goethe attribuiva al dottor Faust, mutuandolo dal latino "faustus", il nome di un individuo "felice" (Serres, 1986) e una realtà relativa e virtuale spinge l'uomo a considerarsi un soggetto sistemico, complesso (Haraway, 1985) e disperso (Braidotti, 1994). Di fronte alle ferite narcisistiche alla concezione idealizzata di sé (Freud, 1917), l'essere umano trova nuova forza nel progresso medico. Provando a penetrare a fondo nella natura, fino all'invisibile, incerta e segreta origine della vita, per scansare poi la filiazione (Chasseguet-Smirgel, 1996), la ricerca di senso oscilla tra l'ansia per l'ignoto *perturbante* (Freud, 1919) e un desiderio di controllo che dà una sensazione di eternità e di onnipotenza, finendo per ridurre l'uomo a oggetto e la scienza a feticcio (Faure-Pragier, 1993). È, dunque, l'epoca di una religione sostitutiva (Fiumanò, 1996), in cui la tecnologia si appropria delle insegne della fede e l'uomo orgoglioso è il nuovo dio che crea se stesso e non ammette critiche. Nell'evidente *"impotenza nel dominare la volontà di dominio"* (Testart, 1993, p. 65), bisognerebbe

ricordare, invece, che la realtà conosce solo i sintomi e che le malattie esistono esclusivamente in una tassonomia medica che cambia con il tempo perché organizza l'esperienza mobile e complessa all'interno di una griglia interpretativa stabile, ideologicamente orientata (Vegetti Finzi, 1997). Non è vero dunque che in medicina c'è soltanto un ordine "naturale" perché la natura è realizzata storicamente (von Weizsäcker, 1950b), linguisticamente (Vitelli, 2010): la volontà scienziata di naturalizzare l'epistemologia si contraddice di fronte all'evidenza wittgensteiniana che le leggi della natura non sono naturali (Gori, 2008b). Inoltre, se la tecnica in sé neutra si presta a essere ora idealizzata ora demonizzata piuttosto che semplicemente usata (Francesconi e Scotto di Fasano, 2005), la scienza è impregnata di valori morali fin dall'inizio (Wan Ho, 1999) e quindi si può/deve scegliere cosa bisogna o non bisogna fare: *"si capisce che la questione etica sia indivisibile dalla ricerca"* (Bydlowski, 1997, p. 173). Appellarsi al libero arbitrio e dunque fondarsi solo sulla curiosità assoluta della ricerca, annulla l'etica della non-scoperta³ e dimentica che oggi lo scienziato è identificato con il suo oggetto di studio, come avviene da sempre nella psicologia, mentre un'umanità multipla (dallo stato vegetativo agli embrioni congelati) rischia di ridursi ad una ab-umanità, cioè ad un'esistenza fuori dal tempo umano (Bydlowski, 1997). Non solo, Contardi (2003) evidenzia il ruolo dei fantasmi soggettivi inconsci nella determinazione del discorso scientifico, tutt'altro che neutrale e laico, viste le frequenti collusioni tra ricerca scientifica e interessi economici (Dianoux, 1998): *"ogni desiderio ragionevole che corrisponde a una proposta sostenuta da motivi economici e di potere diventa un oggetto medico."* (Testart, 1993, p. 8).⁴

³ *"Io rivendico il diritto di una logica che rifiuti la scoperta, di un'etica che rinunci alla scoperta. Si deve smettere di fingere che la ricerca sia neutra..."* (Testart, 1986, p. 16).

⁴ *"... in un caso concreto, la medicina non ha niente a che vedere con la politica, la giurisprudenza o la religione. Il diabetico che sta meglio potrà essere capitalista o comunista [...]. Ma se ciò come medico mi è indifferente, politicamente, giuridicamente e religiosamente avrò fatto qualcosa per l'unità dell'umanità [...]. L'autonomia della verità scientifica è, dunque, un'idea politica e anche giuridica e religiosa. L'autonomia della medicina non è neutrale; la salute significa un determinato ordine vitale all'interno della convivenza. È pericoloso rifiutare i concetti assoluti della natura. Ma è anche pericoloso difenderli. Persino la medicina stessa può ammalarsi, e la sua attuale malattia è la sottomissione assoluta al pensiero delle scienze naturali."* (von Weizsäcker, 1950a, p. 147).

In particolare, nei Paesi industrializzati, e presso le classi ricche di altri Stati, le tecniche di fecondazione artificiale sono una novità assoluta poiché la medicina, che è contro natura per sua stessa definizione (Giulio, 2000), è diventata la *medicina del benessere e del desiderio* (Frydman, 1986), cioè sempre più può fare a meno del suo obiettivo terapeutico e pensare di esistere con il solo scopo di soddisfare le “richieste ufficiali” dei soggetti.

Il paradosso è che, in assenza di statistiche chiare e di una definizione univoca di *infertilità*, come si descriverà dettagliatamente in seguito, la soluzione è sempre ricondotta al corpo, anche se, come spesso accade, la gravidanza non è impossibile, ma solo meno probabile. Una “*perversione altruista*” (Chatel, 1993), infine, si assicura l’approvazione sociale con il ricatto psicologico dell’obiettivo umanitario (Di Pietro e Tavella, 2006).

Il controllo biopolitico (Foucault, 1976) agisce principalmente sul corpo femminile: come giustificare allora l’arrendevolezza delle donne alla domanda dei medici e la disposizione masochistica a compiacerli (Fiumanò, 1996)? In verità, esiste un legame importante tra i movimenti femministi e il successo della medicina della procreazione (Percovich, 2005). Come indicato da M.-M. Chatel in *Le malaise dans la procréation* (1993), per liberarsi dalla propria alienazione, la donna del secolo scorso ha rivendicato la sua soggettività e diritti, a cominciare dallo spazio privilegiato della maternità (Nunziante Cesàro, 1996). La medicina della procreazione sembra aver dato in modo perverso⁵ una mano a questa ideologia del progresso, fornendo gli strumenti per aiutare la realizzazione individuale, dalla contraccezione all’aborto, fino alle tecniche di procreazione assistita. Tutti impieghi non terapeutici della scienza, ma destinati a un presunto controllo e ad una gestione indipendente del corpo nella distinzione tra atto sessuale e procreazione, come spiega anche Genna Corea (1985). Le biotecnologie sembrano aver creato una nuova possibilità di pensiero: amare senza conseguenze, solo per piacere, e scegliere di avere un figlio soltanto quando

⁵ Allo stesso modo, la concezione manageriale della cura in una cultura che segmenta, misura, numera ogni attività, è il frutto di una lunga storia ma finisce per incidere, modificare e controllare anche lo stile di vita del singolo, paradossalmente in nome della libertà individuale (Gori e Del Volgo, 2009).

e se lo si vuole (Tain, 2002; Pickmann, 2001), quando la donna lo vuole, perfino se lo desidera in solitudine.

Completamente padrona della sua sessualità, il prezzo di questa libertà, comunque, si è rivelato considerevole per la donna, a cominciare da un senso di consapevolezza e responsabilità del proprio corpo che si è trasformato in colpa.⁶ Così, a proposito di tecniche di fecondazione assistita, l'exasperazione del legame biologico riduce la donna a un involucro per la procreazione, ad un "*contenitore di approvvigionamento per il feto*" (Duden, 1991).⁷ La prescrizione sociale vuole ingiustamente la donna o madre o infelice (Reale, 2008), o pronta all'invasione del suo organismo o oscurantista. "*Se l'exasperazione del desiderio di maternità rafforza il pregiudizio sociale che si debbano fare figli per essere vere donne, saremo tutte meno libere.*" (Di Pietro e Tavella, 2006).⁸

Nel momento stesso in cui la scienza ha ottenuto la complicità della donna per studiare l'origine della vita, la gravidanza ha cominciato a essere trattata come una malattia (nasce, ad esempio, la definizione culturale di *gravidanza a rischio*), un'altra prova di quell'estrema medicalizzazione dell'esistenza (Gori e Del Volgo, 2005), che sottolinea sia che la nozione di salute è socialmente definita sia l'enorme peso dell'economia che rende il corpo una fonte di investimento e l'infante un oggetto di scambio e consumo, e contemporaneamente un fruitore futuro nonché soggetto di imposte. L'ideologia della necessità di un controllo della natalità è stata rapidamente assimilata, tanto che la distinzione tra il bambino desiderato e

⁶ Così, il "doppio ruolo", dentro e fuori casa, ha visto le nuove generazioni di donne "*impegnate non solo in una composizione continua di tempi e compiti, ma anche di riferimenti simbolici profondamente contraddittori*" (Mapelli, 2005).

Al lutto per la legalizzazione dell'aborto come diritto, non ha fatto seguito un'elaborazione collettiva della sua violenza e del sentimento di perdita: "*numerose donne continuano a nutrire un certo legame con questi esseri che non hanno visto la luce*" (Chatel, 1993, p. 48) ma non ne parlano e lasciano "*ai credenti il privilegio e l'onore di affermare che non si deve uccidere*" (Di Pietro e Tavella, 2006, p. 97).

⁷ Oggetto storico della modernità, il feto non è esistito fino al diciannovesimo secolo, né nella lingua, né nella legge né nell'immaginario collettivo mentre oggi i suoi diritti sono protetti quasi più di quelli della madre (Duden, 1991).

⁸ Allo stesso modo, la filosofa francese Elisabeth Badinter (2010) insorge contro i modelli femminili che mettono al centro di ogni cosa la maternità felice, rivendicando il diritto a essere una madre mediocre e credendo che l'apologia della Madre Perfetta dovrebbe essere perseguita come un vero crimine.

non, fa già parte del senso comune, così come il bisogno di sottomettere la gravidanza a controlli continui (Lombardi, 2009). L'ecografia, per esempio, che per B. Duden (1991) provoca l'esperienza di qualcosa di concreto nel luogo sbagliato (*misplaced concreteness*), come i mass-media su più ampia scala, risponde chiaramente a una "pulsione di appropriazione" (Freud, 1905; Missonnier, 2003).

L' "ascesi dello sguardo" di una pulsione epistemofila, che, come ha modo di descrivere Freud (1910) a proposito di Leonardo da Vinci, per quanto universale, resta parziale (Faure-Pragier, 1993), trasforma il corpo della donna, scorticato e senza limiti, in un "luogo pubblico" e l'infante in un essere indipendente, residente temporaneo dell'utero (Bonacchi, 1999).⁹

Ultima tappa di questo percorso di cambiamento simbolico intorno al corpo della donna, le tecniche di PMA appartengono ad una logica *mercantile e veterinaria* (Testart, 1986; 1993) dove è l'offerta a incoraggiare la domanda; la medicina soggettivamente sterilizzante ha soffocato il legame tra la parola e il corpo, evitando la manifestazione dell'inatteso, del bambino che viene dall'ignoto, in quanto il desiderio e l'amore ci sono sempre sconosciuti (Chatel, 1993; Ricci, 1996): bisognerebbe, invece, mettere in discussione il fatto che la genitorialità stessa sia una scelta (Risè, 2009).

Con la riduzione della procreazione alle sue componenti isolate e intercambiabili (organi, gameti, sequenze genetiche), l'identità soggettiva scompare, come è tipico di una società liberale e virtuale (Preta, 1999a). "*La fecondazione artificiale è un sintomo della fragilità dell'ordine simbolico*" (Fiumanò, 1996). Qualunque malattia combina soggettività e cultura, storia personale e sovradeterminazione storica:¹⁰ ciò significa che il sintomo dell'infertilità è legato a delle dinamiche collettive, tanto da considerarlo, tra l'altro, un'espressione del disagio della civiltà, cioè della riduzione alla

⁹ Qui si può far riferimento a R. Davis-Floyd che, in *Birth as an American Rite of Passage* (1992), mostra la dimensione ritual-religiosa della nuova scienza e come la tecnicizzazione del processo permette l'introduzione della donna e del futuro bebè nella cultura americana di oggi. http://www.davis-floyd.com/art_index.html

¹⁰ Secondo Augé (1984), il paradosso della malattia è che è la più personale e la più sociale delle cose.

responsabilità individuale di esigenze comuni un tempo condivise attraverso riconoscimenti rituali e mitici.¹¹ Si può allora considerare l'infertilità come una resistenza all'invasione della tecnica o all'imposizione di una logica mercantile del ciclo vitale (prima la realizzazione professionale, poi la famiglia)?¹²

¹¹ Il discorso che si approfondisce in questo contesto lega il progresso medico ai cambiamenti culturali che hanno investito nel secolo scorso soprattutto le società occidentali, il che rende questa prospettiva parziale e relativa. Da un altro punto di vista, ci si potrebbe anche interrogare se è davvero l'idea di una bassa natalità a giustificare la necessità di sviluppare le tecnologie della PMA. Uno sguardo attento mostra infatti che nel "mondo" non mancano i bambini, Cina, India, Africa, Latino-America, dove l'accento delle politiche è messo sulla necessità di un freno alle nascite, dimostrano al contrario che c'è un eccesso di natalità nel mondo. Per contro, dove mancano davvero bambini è tra le popolazioni bianche dell'Europa, dell'America del Nord e tra le classi agiate dei paesi sottosviluppati. Se si allarga l'orizzonte di riferimento, infatti, si nota un disequilibrio progressivo tra l'emisfero nord e sud del globo: nel primo, le risorse si accumulano e allo stesso tempo si registra una riduzione del tasso di natalità, con l'apparizione dei fantasmi dolorosi di "fine della civiltà" e il timore di "nuovi imbarbarimenti", che si manifestano nel ritorno di razzismi sopiti da molto tempo. L' "ansia genetica" genera l'ipocondria dell'infertilità (Vegetti Finzi, 1997). Il controllo della natalità, sia come prevenzione che come promozione, viene così a costituire un campo privilegiato per la biopolitica delle popolazioni in un mondo globalizzato.

¹² La maternità, "*grande rimosso della contemporaneità*" (Vegetti Finzi, in Mapelli, 2005), è segnata da giudizi senza pietà: l'orologio biologico preme ma la prima gravidanza tarda sempre di più ad arrivare perché è vista come una limitazione alla libertà personale tanto faticosamente conquistata (il *Fallo* non s'incarna più nel bebè ma è sublimato nella carriera professionale, Fresnel, 2009), di conseguenza la donna combatte contro i sensi di colpa a suon di sacrifici silenziosi. Troppo facilmente si dimentica, infatti, che la suddetta libertà femminile è fortemente caratterizzata dalle logiche dell'economia neoliberale e che il diritto a una carriera, liberando dalle costrizioni della maternità, comporta una sottomissione alle logiche del mercato del lavoro. Allo stesso modo oggi colludono passione scientifica, desideri di maternità e interessi economici dell'industria farmaceutica e biotecnologica, basta ricordare che se tra le prime cause dell'aumento dell'infertilità c'è l'inquinamento alimentare e ambientale, il rimedio non è in una riduzione di quest'ultimo ma in una soluzione ancora una volta artificiale, una specie di protesi reazionaria (Di Pietro, Tavella, 2006).

Desiderio di medicina

Come spiega Manuela Cecotti (2004), gli sviluppi scientifici del secolo scorso hanno determinato l'ingresso della tecnologia nella medicina, comportando una crescente parcellizzazione del sapere e un processo di medicalizzazione della società, nonché la distinzione tra terapia e assistenza. Nel momento in cui la salute è diventata un valore e un diritto,¹³ la si persegue, non accettando più che esistano condizioni senza rimedio e, supportati dalla fede in strumenti sempre più sofisticati, si finisce per affrontare in termini medici anche fenomeni che non necessariamente vi appartengono, mentre il disagio è isolato rispetto alla globalità della vita.

Secondo A. Green (1993), l'avvenimento epistemologico degli ultimi decenni è stato l'incontro più o meno consapevole con un pensiero se non *behaviourista*, quanto meno fortemente influenzato dal comportamentismo perché l'essenziale qui è la posizione antisoggettiva, imperante se si vuole verificare, riprodurre e soprattutto fabbricare (o meglio imitare) l'oggetto di studio. Questo implica anche un costante glissement dei termini impiegati: si passa dal cervello allo spirito, dal corpo al substrato organico, l'inconscio freudiano è assimilato ad automatismi cognitivi involontari e latenti, infine si confonde il simbolico con il logico (Gori, 2008a).

Come spiega Blickstein (2006), però, il percorso storico è più antico: l'opinione che la scientificità passi per la neutralità oggettiva parte, infatti, dalle applicazioni di Galileo e dall'errore di Cartesio e attraversa la

¹³ Se si guarda alla legge come espressione ultima delle evoluzioni culturali di un Paese, e in particolare al diritto italiano, ad esempio, la salute è ancora negli anni '50 solo una pretesa di incerta definizione e difficile attuazione mentre negli anni '70 si distingue nettamente dalla salute pubblica e si afferma come superiore e inviolabile diritto individuale. Contemporaneamente, si amplia il concetto di salute, inglobando negli stessi anni una dimensione non strettamente organica: la novità sta nel fatto che le si riconosce un tratto di natura psichica paritaria rispetto a quella fisica, o anche superiore, tanto da legittimare come terapeutica la seconda per adeguarla alla prima, come nell'aborto volontario o nella riassegnazione chirurgica del sesso anagrafico. La salute può esigere atti lesivi dell'integrità fisica, mentre il principio di autonomia e autodeterminazione nel rapporto tra medico e paziente riconosce che ciascuno è arbitro della qualità della propria vita (Santosuoso, 1996).

derivazione positivista dell'attuale formazione universitaria e professionale, che per impiegare anche con l'essere umano i metodi delle scienze esatte, riduce il corpo a organismo, quindi il malato a malattia e il sintomo a patologia senza biografia. Rimane inalterato il timore che le scienze mediche moderne così caratterizzate da un pensiero oggettivante, quantitativo e matematizzante, si riducano da arte in mera tecnica (Blinkstein, 2006).

Il progredire delle conoscenze e la specializzazione in un settore implicano, oltre alla difficoltà di comunicazione tra i vari specialisti, la delimitazione di un campo di realtà: in modo meccanico (Fiumanò, 2000), il soggetto, non più accolto nella sua totalità¹⁴, è ridotto ad un organo malato¹⁵ e allo stesso modo anche il medico si riconosce in una figura tecnica, in un mezzo anonimo di accesso alla cura oggettiva. Se, infatti, la medicina si fa sempre più intraprendente e libera dalla terapia dell'urgenza, gli specialisti non sono gli unici esperti nel senso che sebbene posseggano un metodo e gli strumenti per applicarlo, non sono più detentori esclusivi del loro sapere (Gori, 2004): ormai il medico *“è interpellato su tutt'altro piano: è sempre il detentore di un sapere, ma di un sapere «come» fare e non «cosa» fare.”* (Frydman, 1986, p. 24). La diffusione di informazioni tecniche, infatti, rende i pazienti più che malati passivi, degli autonomi consumatori (Vegetti Finzi, 1997), capaci di mettere in discussione, almeno apparentemente,¹⁶ il ruolo autoritario del medico, soprattutto in situazioni non di pericolo per la propria sopravvivenza (Tain, 2005), come nel caso delle tecniche di procreazione assistita o della chirurgia estetica (Frydman, 1986).

Nota Testart (1993) che un tempo il prestigio del medico era fondato sul fatto che potesse non essere in grado di curare tutto, era quindi capace di

¹⁴ *“Soggetto intero significa dotato di una coscienza e anche di una memoria.”* (Bydlowski, 1997, p. 135).

¹⁵ D'altronde, la ragione scientifica, nel suo stesso sorgere con la medicina greca, ha definito il proprio ideale nel corpo morto (Contardi, 2003).

¹⁶ Secondo Brutti (1987), infatti, l'enorme quantità di informazioni mediche diffuse dai mass media sembrano finalizzate soprattutto ad accreditare nell'opinione pubblica, *“un'immagine trionfalistica della medicina e la sua vocazione prescrittiva e di controllo”* (ibid., p. 188). Ad esempio, tutto vien fatto sapere sulle novità in campo medico ma niente sui luoghi e su come verranno impiegate nella relazione medico-paziente (Brutti, 1987).

tollerare il rapporto con il limite, il mistero e la morte, la relatività e la ridotta possibilità dei suoi strumenti, tutte cose che la medicina moderna evita perché non accetta la possibilità, spesso improvvisa e inspiegabile, che ha l'uomo di ammalarsi e morire (Fiumanò, 2000). Allo stesso tempo, lo specialista crede nella neutralità del suo sapere e del suo operare e vorrebbe mantenere la propria autorità attraverso la riduzione dell'uomo a corpo malato, dunque a prezzo di una illusoria semplificazione della sua complessità (Fiumanò, 2000). Questa messa a disposizione del corpo del malato per le esigenze del "corpo medico" è descritta da Gori e Del Volgo (2005) come una *espropriazione*, che letteralmente indica la privazione legale della proprietà di un bene o di un altro diritto: da un lato ricalca l'estraneità intima che il paziente prova in rapporto a un corpo che lo minaccia, lo fa soffrire e lo limita nelle sue ambizioni, dall'altro lato, è un'esperienza che amplifica semplicemente la condizione universale di estrema familiarità e di grande e intima ignoranza che ciascuno vive rispetto al proprio corpo.

L'equipe medica si sbarazza di una soggettività ingombrante, del paziente come propria, e tenta di sottrarsi a ogni implicazione personale delegando agli esami oggettivi, ai farmaci uguali per tutti e alle macchine sterilizzate, la responsabilità del trattamento e della guarigione (Fiumanò, 2000). Bisogna, però, ricordare che ci sono pazienti che resistono a questo modo indistinto di intervenire, diventando casi refrattari ai trattamenti standardizzati: gli esperti, che non si preoccupano generalmente della variabilità fisiologica, sono sempre molto interessati a queste circostanze. Per esempio, nel caso dell'infertilità, *"non si avverte quel lieve sadismo che abitualmente aleggia in ogni consultorio medico [...] c'è qualcosa di eccessivo nell'accoglienza medica – sia pubblica che privata..."* (Chatel, 1993, p. 71) perché questi casi rappresentano l'occasione per dimostrare la superiorità rispetto ai colleghi e la propria competenza sul mercato sanitario (Testart, 1993).

L'analisi di simili implicazioni della moderna medicina nella pratica quotidiana, dove ciascuno si fa espressione della cultura condivisa, professionale e sociale, sembra tanto più doverosa quanto più tali aspetti appaiono insieme evidenti e allo stesso tempo rinnegati. In particolare, i ginecologi, infatti, più che in altri settori della medicina, sono stati recentemente investiti dalle profonde trasformazioni del loro operare. La ginecologia è nata proprio per l'interesse della medicina ippocratica per la sterilità, tanto da costituire una scienza separata del corpo femminile (Vegetti Finzi, 1997), per rimanere per secoli come conoscenza specifica, prerogativa degli ecclesiastici, uomini il cui modello era quello della Vergine e i cui voti avevano proibito il coito e il diritto canonico l'attività medica (Duden, 1991). Nel tempo, la procreazione è stata completamente affidata alla ginecologia e questo ha comportato gli indubbi vantaggi della scomparsa della mortalità materna e infantile al parto, che è passato dalla tradizione pratica e orale delle levatrici alla gestione maschile dell'intervento ospedaliero (Bydlowski, 1997; Blickstein, 2006). È seguita la contraccezione per il controllo delle nascite (sorta di sterilizzazione momentanea), la legalizzazione dell'aborto con i movimenti femministi, l'aumento dei tagli cesari e la diffusione della peridurale durante il parto, mentre l'infertilità, con le tecniche di procreazione assistita, è apparsa discretamente e tardivamente come problema e ossessione.

A tal proposito, si riportano le brevi testimonianze di due ginecologi italiani, Carlo Villa e Isabella Maria Coghi, che in poche battute sintetizzano le tappe evolutive di un'esperienza professionale ormai trentennale. Entrambi ricordano un periodo iniziale di grande entusiasmo e passione ma anche di inesperienza e impreparazione,¹⁷ che portava a richiedere il maggior numero di accertamenti possibile per arrivare a una più corretta diagnosi (Villa, 2002). Il sentire comune era che si disponesse di un mezzo

¹⁷ Il medico si trovava a fronteggiare situazioni e esigenze che non gli appartenevano per tradizione e preparazione: a differenza dell'adozione, dove l'interlocutore è di tipo burocratico giudiziario, qui è coinvolto il tecnico capace di incidere sul corpo quale veicolo per realizzare il proprio desiderio di generazione (Santosuosso, 1996).

onnipotente,¹⁸ capace di superare qualunque difficoltà, sebbene a distanza di tempo, il nocciolo della questione (il mistero della fecondazione) non sia molto cambiato o reso meno misterioso (Coghi, 2005). Il progressivo abbattimento del confine tra fantasia e realtà, attraverso uno smontaggio sequenziale, ha come ridotto il valore emotivo e simbolico delle fasi iniziali della vita, a mano a mano che l’embrione entrava nella propria percezione diretta (Coghi, 2005).

A questa prima fase acritica e tumultuosa dove il fine era il risultato, anche se pagato a caro prezzo, ha fatto seguito un secondo periodo di maggiore riflessione sui vari interessi in gioco, con la richiesta e la nascita delle differenti legislazioni europee¹⁹ (Coghi, 2005) e con la presa di coscienza che i cambiamenti sociali e culturali hanno delle ricadute anche sul vissuto del ginecologo.

Isabella Maria Coghi (2005), inoltre, ricorda le difficoltà di chi ha dovuto adattarsi ad una nuova realtà tecnologica che vanifica l’abituale condotta medica ed è arrogante nella sua efficacia: la necessità di acquisire una padronanza anche strumentale di nuovi modi di lavorare (la scoperta dell’endoscopia e dell’ecografia, la familiarità con la biologia, il lavoro di equipe, l’approccio al mondo statistico per valutare le casistiche) e di evitare le tentazioni (il fascino della scoperta e la sua ambizione scienziata, il senso di potere, il miraggio di grossi guadagni, la scissione mente-corpo fino alle proiezioni salvifiche e magiche della coppia).

Secondo Villa (2002), la procreazione assistita permette di *bypassare* la

¹⁸ “... quello che rimaneva saldo, inossidabile era un senso di potenza, direi quasi onnipotenza” anche quando di tanto in tanto ci si fermava a interrogarsi sulla validità del proprio lavoro, visto che le nuove tecniche erano per quanto generose, deludenti nei risultati se confrontate con i costi iniziali (Villa, 2002, p. 107).

¹⁹ “... l’atteggiamento dei medici [...] ci appare, per certi versi, ancor più ambiguo perché da una parte essi si alleano al desiderio femminile, lo fanno proprio, lo realizzano senza remore, dall’altra invocano un intervento legislativo...” come se abdicassero ad una regola interna (Vegetti Finzi, 1994, p. 73).

Di fronte a certi allarmismi sulla fine del piano simbolico e la nascita di bambini dall’*inconscio vuoto*, per S. Faure-Pragier (1993), la diffusione dei comitati etici in campo medico è insieme il sintomo di un disagio sociale (in una cultura in cui la ragione supera la religione di Dio Padre e la democrazia l’autorità dello Stato) e la soluzione autorganizzante che una società angosciata è riuscita a darsi, in assenza di riferimenti altri rispetto all’unica ideologia possibile, benché relativa e sempre discutibile, della difesa dei diritti dell’uomo.

cecità culturale creando condizioni psicologiche speculari nelle coppie e negli addetti ai lavori. Di conseguenza, egli invita gli psicologi a non sottovalutare la situazione emotiva degli operatori che tanto condiziona l'assistenza medica in questo campo, non permettendo di rimanere obiettivi sui propri limiti. L'autocritica lucida e distaccata del dottor Villa sembra più chiara se si sottolinea che il ginecologo ha deciso già da tempo di chiudere con l'esperienza della procreazione assistita. Posizione diversa assume, invece, Isabella Maria Coghi, che è scomparsa nel 2008 dopo aver lavorato a lungo nel campo della riproduzione assistita, tanto da entrare a far parte del Comitato Nazionale di Bioetica (Sbiroli, 2008): pur invitando a lavorare sui ginecologi, conclude il suo articolo riproponendo il bisogno di controllo della medicina e di subordinazione della psicologia. La dottoressa, infatti, crede che debba essere il dottore a formarsi in tal senso,²⁰ assumendosi la responsabilità di decidere se continuare il percorso con la coppia o farsi carico dell'invio ad un esperto psicologo.

Qual è allora la posizione e il contributo della psicologia, quale occhio insieme esterno e interno, in questo contesto generale di cambiamento della medicina e in quello più specifico della cura della sterilità di coppia? Senza pensare, ad esempio, a una psicoanalisi applicata alla medicina, che la trasformerebbe in un'utopia, insieme di ideologia e credenza, come succede oggi per la psicosomatica, tanto più che l'inconscio è poco credibile per il medico, bisognerebbe trarre dall'accostamento e dal riconoscimento della reciproca eterogeneità una fruttuosa collaborazione (Del Volgo, 2003). In tal senso, i livelli del possibile intervento della psicoanalisi sono triplici:

- può offrire uno sguardo per riflettere sulle trasformazioni culturali in atto, pur consapevole di non disporre di alcuna ecografia chiara e definitiva della psiche a cui ricorrere per interpretarle (Aulagnier, 1989),
- attraverso la pratica clinica con le coppie infertili, può

²⁰ In modo concorde, Sylvain Mimoun (1999) propone una *ginecologia psicosomatica* che si faccia carico non solo di ciò che può essere percepito all'esame clinico e dall'analisi medica, ma anche di ciò che la paziente dice ed esprime, talvolta emotivamente.

proporre e approfondire le ipotesi psicologiche sull'argomento e

- proprio a partire dai colloqui con i pazienti, può per la prima volta riflettere anche sulle dinamiche affettive, che coinvolgono gli esperti, ginecologi ma anche psicologi, in quanto soggetti umani. Come sottolinea Green (1993), infatti, l'attenzione al controtransfert è oggi maggiore che ai tempi di Freud per distinguere un intervento adeguato alle esigenze del paziente dalle proprie proiezioni: esso quindi non è garanzia di oggettività, tutt'altro.

In un numero del 1993 della *Revue française de psychanalyse*, relativo al disagio della civiltà,²¹ Sylvie Faure-Pragier si interroga sulla neutralità dello psicoanalista e la definisce insostenibile. Rimandando ai cambiamenti della medicina, la pulsione di sapere, simbolicamente riproposta nel peccato originale di Adamo ed Eva e nel mito di Prometeo, contiene il sentimento della trasgressione della legge e quindi implicitamente anche la punizione per aver scatenato la collera paterna. L'uomo ha già realizzato grandi progetti che lo superano e confondere, come spesso succede, eugenismo, nazismo e tecniche di fecondazione assistita, è riduttivo, perde di vista gli obiettivi reali delle cure e i limiti delle pratiche. Non si può tornare indietro (Chasseguet-Smirgel, 1996) ma in fondo non è necessario. Più che ottimista, Faure-Pragier (1993) crede che non sia possibile alcuna previsione certa²² per cui come soggetto privato continua a interrogarsi, come teorico apprende dall'esperienza clinica e come terapeuta rifiuta il ruolo superegoico di apocalittico accusatore della civiltà moderna e impiega, invece, le capacità professionali per interpretare i fantasmi individuali che di

²¹ Il numero, quindi, è esplicitamente dedicato all'opera freudiana del 1930, che diventa lo spunto per riflettere sulla contemporaneità. Come scrive Green (1993), infatti, si sono conosciute realtà che Freud ignorò, dai campi di sterminio, alle armi nucleari, dalla diffusione delle droghe al terrorismo quali espressione di regressione o forse di progresso verso la barbarie. Fatto sta che il secondo conflitto mondiale, secondo l'Autore, sembra aver segnato una sorta di passaggio dal disagio (*malaise*) ad una malattia (*maladie*) in verità poco riconosciuta, insufficientemente spiegata e ancor meno trattata con efficacia.

²² Come sostiene Delaisi de Parseval, se è in atto una vera e propria rivoluzione della nozione stessa di famiglia, l'inconscio è comunque stupefacente, per la sua capacità di adattamento ma ha bisogno che sia rispettata una condizione: gli si devono fornire dei buoni "ingredienti" (a cominciare dalle risorse personali e contestuali e dalla necessità di tempo) affinché possa elaborare questi cambiamenti epocali senza applicare la logica del rimosso (Mazelin-Salvi, 2008).

volta in volta si legano in modo conflittuale a queste tecniche. Non cerca di essere neutrale come forma di ipocrisia ma accoglie il tentativo di collaborazione del mondo medico e ne trae spunti di informazione. Il suo lavoro clinico comincia con una richiesta di intervento da parte dei ginecologi stessi. In questo caso, la psicologia diventa quasi un alibi per i medici, un contenitore di casi irrisolti o una garanzia per l'equilibrio psichico della coppia e della futura famiglia (Weil, 1993). La richiesta di intervento della medicina è, quindi, di natura essenzialmente operatoria: il corpo della donna, quale corpo del reato, è inviato allo psicologo, prescrivendo un colloquio come se si trattasse di una celioscopia (Athéa, 1987). La domanda implicita sui motivi che sostengono una sterilità incomprensibile, denuncia contemporaneamente la scissione condivisa in atto: se l'infertilità è organica, allora non è psicologica, se è psicologica, bisogna superarne i conflitti, se persiste, allora il figlio non è davvero desiderato (Athéa, 1987). Eppure la questione può essere approcciata in altro modo, interrogando i medici sul loro bisogno di rassicurazione rispetto ad un sapere razionale che pur essendo tutto ciò di cui dispongono, non può abbracciare la complessità del mondo ed essere illimitato (Athéa, 1987) o su quella *culpabilité clinique* (Fédida, 1994, cit. in Del Volgo, 2003, p. 75) che provano allorché costringono un paziente in un protocollo (Del Volgo, 2003).

D'altronde, gli specialisti dell'infertilità sembrano anche domandare che siano loro imposti dei limiti, in modo da superare l'inquietudine che li assale prima di un intervento, l'angoscia depressiva di distruzione del corpo materno (Faure-Pragier, 1993) ma anche il disagio di fronte alla concretizzazione di fantasmi edipici di intrusione nella scena primaria e di incesto. Con la maternità assistita, infatti, lo spazio pubblico dell'ospedale si sostituisce all'intimità parentale (Tain, 2005), mentre la costante tentazione di risalire alle origini e al segreto della vita, tanto più forte nella ginecologia, genera un senso narcisistico di onnipotenza che il medico si attribuisce e la coppia gli riconosce. Scrive a tal proposito M.-M. Chatel (1993) che si è

occupata a lungo di queste tematiche, *“La tecnica medica [...] si sostituisce al desiderio. Siccome il desiderio non conosce mai veramente il suo oggetto, la tecnica medica si mostra più forte e più sicura di lui.”* (ibid., p. 58), così *“È stupefacente constatare con quanta rapidità [...] le pazienti abbiamo cominciato a servirsi di parole «scientifiche». Fanno affidamento sulla medicina per decifrare la mancanza di figli, vogliono trovare soluzioni al di fuori di loro stesse...”* (ibid., p. 58), però *“L’effetto soggettivo di questa influenza è stato l’aumento delle richieste di cura per l’infertilità, che possiamo qualificare solo come «effetto iatrogeno», conseguenza della medicina stessa. [...] la medicina della procreazione è diventata soggettivamente sterilizzante.”* (ibid., p. 59).

Nel quadro di condizioni sociali mutate, sembra, quindi, che ci sia una forte collusione tra le aspettative dell’esperto e l’identificazione delle coppie a lui, collusione che rischia di far perdere il senso del dubbio e di provocare a lungo andare il burn-out dei professionisti (ginecologi e biologi principalmente) che si trovano a contatto con stati emotivi così intensi e prolungati (Tecce, 2002). In questa alimentazione delle esigenze inconse reciproche (Chatel, 1993), ciascuno è a suo modo portato a risperimentare con forza e angoscia le fantasie primitive (Zalusky, 2000). Le coppie, ad esempio, colpite dalla notizia traumatica della diagnosi, guardano al medico, alternando l’idealizzazione ai sentimenti di colpa e inadeguatezza, considerandolo ora come persecutore ora come partner potente della donna (Nunziante Cesàro, 2000a). Se l’esperto entra in camera da letto (D’Orsi, 2008), lo fa attraverso un atto dalla valenza fecondante sulla base del transfert della donna, che gli attribuisce un sapere relativo al proprio corpo e un potere totalizzante. Sulla scena (verrebbe da dire primaria) compare, quindi, un padre arcaico dal potere creativo senza limiti con una riduzione della funzione paterna simbolica al reale della biologia e della genetica (Nunziante Cesàro, 2000a): secondo Monique Schneider (2000), se il corpo della donna è particolarmente sollecitato anche laddove si voglia “guarire” una infertilità maschile, la responsabilità dell’uomo ritorna nel fatto che il

suo potere fecondante è riaffermato attraverso una sorta di *détour*, d'*ibridazione* tra genitore biologico e genitore scientifico nella figura del ginecologo.

Il controtransfert dello specialista, a sua volta, comporta sovente un attivismo medico sempre più precoce e pesante che impiega un'*artiglieria* via via più potente e dagli effetti secondari talvolta pericolosi (Athéa, 1987), imponendo un trattamento anche laddove non sia accertata una difficoltà biologica alla procreazione e che in questo evidenzia la sua irresistibile volontà di padroneggiare la nascita (Nunziante Cesàro, 2000a). Il silenzio, tipico del rapporto attuale tra medico e paziente, rendendolo più rapido e discreto ma meno contestabile di una psicoanalisi (Testart, 1986), è più vistoso nel percorso di cura della sterilità di coppia, così da nascondere l'imbarazzo del professionista nel suo insinuarsi in faccende intime, anzi, forse proprio la percezione della gravidanza di una sessualità taciuta, fa zittire il dottore (Fiumanò, 2000) o gli fa usare giri di parole per evitare di parlare di sessualità quando invece è proprio di questo che si tratta (Frydman, 1986): *“di fatto è un dialogo tra sordi. È per pudore che non si parla di rapporti sessuali? Hanno avuto luogo o no? Questo problema sembra fuori posto, viene allontanato e ignorato.”* (Chatel, 1993, p. 82). Questo è uno degli aspetti di una pratica clinica che oggettivante e asettica tenderebbe a de-simbolizzare la sessualità, o come scrive Tort (1992), a riorganizzare in modo del tutto peculiare il funzionamento sessuale, versione particolare del rapporto intimo. Il tecnico che ripristina le funzioni di un corpo come fosse una macchina inceppata, può illudersi in tal modo che i suoi desideri di riuscita, soprattutto nel caso di una tecnica innovativa, le paure per il senso di responsabilità o il bisogno narcisistico di successo non esistano anche laddove i tentativi ripetuti assumono il sapore di un personale accanimento terapeutico (D'Orsi, 2008). Come distinguere tra le necessità proprie e altrui per decidere se è necessario fermarsi, come proteggersi dall'impotenza e dal fallimento inspiegabile ma molto probabile di un tentativo, dal passaggio dall'idealizzazione alla persecutorietà

(Cecotti, 2004)? Allo stesso tempo, il misconoscimento dell'interazione tra le dimensioni fisiche e quelle psicologiche dell'essere umano comporta una cattiva gestione dei sentimenti di paura e confusione, imbarazzo e depressione dei coniugi (ad esempio, può capitare che si ritrovino nella stessa sala d'attesa donne incinte e pazienti sterili) e contemporaneamente delle reazioni controtransferali di rabbia e diniego dei medici (Wright e Sabourin, 1994).

Ancora, la separazione della riproduzione dalla sessualità rende il figlio l'*enfant du desir*, frutto di una programmazione consapevole che non ammette repliche: il bambino perfetto non è figlio solo di genitori perfetti, ma anche di una medicina assoluta (Korff-Sausse, 2006). Nella convergenza di due desideri, avere un bambino per la donna e farlo per il medico (Vegetti Finzi, 1997), la deriva eugenetica, fantasma anticipatore della clonazione, presente fin dall'inizio nella diagnosi preimpianto come nella legalizzazione dell'aborto, appiattisce il bambino reale sulla sua immagine ideale tanto che Bob Edwards dice in una conferenza del 1999 che sarà solo colpa dei genitori, di fronte al progresso offerto dalle tecno-scienze, mettere al mondo portatori di handicap (Korff-Sausse, 2006).²³

Si ricorda che si sta parlando di Robert Edwards, il biologo che assieme al ginecologo Patrick Steptoe, ha permesso la nascita del primo bebè in provetta: Louise Joy Brown,²⁴ nata il 25 luglio 1978 presso Manchester, in Gran Bretagna. L'impresa è stata ripetuta nel 1981 in Francia, con la nascita di Amandine²⁵ (*amande* in francese significa mandorla, nocciolo), mentre in

²³ Allo stesso modo, Testart (1986) considera provocatoriamente molto più pratico e economico il metodo CVI (Congelamento – Vasectomia - Inseminazione) che sostituirebbe i metodi *arcaici* di procreazione con il *radioso* avvenire della pianificazione delle nascite, tanto che il concepimento naturale verrebbe scelto giusto dagli *ecologisti*.

²⁴ I genitori di Louise, i coniugi Lesley e John Brown, hanno raccontato la loro storia nel libro "*Our miracle called Louise, a parents' story*", Paddington Press Ltd, 1979: Louise è nata alle 23:47 al Oldham General Hospital con un parto cesareo programmato. Anche sua sorella minore, Natalie, è stata concepita in vitro. Oggi entrambe le sorelle Brown sono madri di bambini concepiti naturalmente, così da risolvere i dubbi circa la sterilità dei figli della provetta (Weil-Olivier, 2008).

²⁵ René Frydman (1986), il ginecologo che ha dato il 10 maggio 1981, a Annie e Bernard, la piccola Amandine, la descrive a tre anni e mezzo, come una bimba "*vivace e con un gran caratterino*" (ibid., p. 74) e quando nel 2006, cresciuta lontano dai media preferendo l'anonimato, compie 25 anni, lo stesso dichiara che è "*una bella ragazza, una studentessa dinamica, molto ben inserita e che viaggia tanto.*" (Raizon, 2007, trad. mia).

Italia si contendono il primato a colpi di stampa Ettore Cittadini²⁶ e Vincenzo Abate²⁷ (Agnoli, 2005). Curiosamente, quindi, i primi *enfants* nati in provetta sono tutti delle bambine.

Il biologo Jacques Testart e il ginecologo-ostetrico René Frydman raccontano l'intensa epopea della prima fecondazione in vitro in Francia, attraverso due testi che, pubblicati nello stesso anno, il 1986, narrano la propria formazione, gli anni dei tentativi infruttuosi, le conseguenze della nascita di Amandine, tutto in prima persona, attraverso il proprio punto di vista, per cui, pur ricchi di spunti tecnici, assumono quasi la forma del "romanzo". È sembrato, allora, interessante mettere a confronto questi testi autobiografici, sia perché di solito il percorso di cura della sterilità o l'iter di procreazione assistita è raccontato dalle coppie e dagli psicologi,²⁸ mai dai medici e mai in termini personali, sia (soprattutto) perché le loro testimonianze dirette risultano tanto più significative quanto più si tiene conto del fatto che i due Autori sono in seguito giunti a una rottura e nel tempo hanno assunto posizioni diametralmente opposte a proposito di questo tema. Frydman, infatti, ha continuato a sviluppare la sua pratica, secondo un ideale positivo di generosità e efficacia delle biotecnologie (Chatel, 1993). Testart, invece, ha sacrificato un promettente filone di sperimentazione per dare tempo e spazio alle proprie interrogazioni e riflessioni etiche responsabili (Fiumanò, 2000): in altri termini, proprio come Einstein davanti all'uso della bomba atomica (Chasseguet-Smirgel, 1996), ha prima contribuito allo sviluppo delle tecniche di procreazione assistita, per poi denunciarne abbastanza rapidamente i pericoli,

²⁶ Cittadini fa venire alla luce Eleonora Zaccheddu il 19 maggio 1984, a Palermo. Il professore vanta di essere il primo in quanto non si sarebbe fatto materialmente assistere da tecnici stranieri (Testart, 1986, N.d.T. dell'edizione italiana, pp. 63-64).

²⁷ Abate rivendica come suo merito la nascita di Alessandra Abbisogno, avvenuta nella Clinica Posillipo di Napoli, l'undici gennaio del 1983 (Della Ragione, 2006). La madre, Artemisia Lepre, ha preferito la riservatezza e nel tempo le cronache descrivono Alessandra come una ragazza alta e bruna, che vive a San Nicola la Strada, si è sentita discriminata per la singolarità del suo concepimento, ha studiato biologia e ha la passione per la danza.

²⁸ Quando non dagli psicologi che hanno fatto esperienza di cura della sterilità di coppia, come in McGuirk J. & McGuirk M.-E. (1991). *In lotta contro la sterilità. Uno psicologo e sua moglie si raccontano: le ansie, le cure, la crisi del matrimonio, la loro vittoria*. Trad. it., Franco Angeli, Milano, 1993.

sottolineando la necessità di una regolazione rigorosa contro l'influenza del successo mediatico, la logica mercantile e le lusinghe del successo.

“*L'uovo trasparente*”, questo il titolo del libro di Jacques Testart, è già espressione di tali posizioni critiche, tanto che chi lo leggeva in quegli anni, probabilmente tentennava di fronte alla possibilità di diventare una cavia per la ricerca (di gloria e di denaro, Faure-Pragier, 1993). Egli si chiede se come biologo possa esser fiero d'aver introdotto la fecondazione in vitro. La gioia di certi genitori sembra rendere inutile la domanda stessa ma immediato è il contrappeso del dolore di fronte al fallimento di molti altri: “*vi è qualcosa di immorale nell'espressione statistica del successo*”! (ibid., p. 10). Il biologo riflette sulla forza del desiderio, sulla natura del mistero inviolato della vita, sul progresso della scienza e i suoi rischi: in fondo se per le coppie “*non esisterà mai la misura oggettiva dello sconforto*” (ibid., p. 14), per gli specialisti, che procedono simulando una padronanza che non hanno, “*Perché dovremmo presupporre che tutti gli scienziati o i medici siano assolutamente e definitivamente ragionevoli?*” (ibid., p. 80). La scrittura veloce e ironica, a volte dolorosamente sarcastica, ripercorre le tappe della sua formazione di biologo, intento a occuparsi di incroci migliorativi di bovini e dal 1977-1978, i tre anni di ricerca sulla sterilità, un azzardo che lo coinvolge in prima persona. Fornire lo sperma per le prime sperimentazioni, per esempio, gli suscita l'immagine di un “*coito clandestino fra due persone che si ignorano*” (ibid., p. 35) e l'ossessione per il segreto del successo che gli sfuggirà sempre, lo rende quasi un militante politico che trascura gli affetti familiari ed è costretto, ansioso e esaltato, ad andare di notte in ospedale per avvicinarsi al microscopio con un “*cerimoniale superstizioso assolutamente estraneo all'educazione scientifica*” (ibid., p. 35) o ad eseguire il primo tentativo di fecondazione come se si trattasse di un atto magico, di qualcosa di mistico, accompagnato dalla musica per rilassarsi. Fra parentesi, la paziente in questione era una psicologa, che avrà a dire al marito, “*Ho fatto l'amore con loro*”! (ibid., p. 48).

Alla nascita di Amandine, dopo un centinaio di tentativi infruttuosi,

seguirà una nuova tappa, fatta della celebrazione dei mass media, dei riconoscimenti, di fanatismo e nuove illusioni, per cui espone la tecnica nei termini di costi, tappe attuali e possibili sviluppi, anche aberranti.

Un'ultima nota: Testart viene avvertito per telefono della nascita della prima bambina francese in provetta e la sua gioia è offuscata in parte dalla sensazione di esserne stato escluso. Poiché l'intervento del biologo è ormai superato, infatti, il ginecologo è l'unico indiscusso regista del parto ma mantenere il segreto è anche una evidente presa di posizione nella distribuzione asimmetrica di poteri e meriti.

Il libro di Frydman, *“L'irresistibile desiderio di nascere”*, ha una struttura simile, dagli anni della propria formazione alla nascita di Amandine alle sue conseguenze, ma uno stile completamente diverso, ottimista e quasi romantico. L'interesse per questo testo è forse anche maggiore perché l'Autore è convinto della validità della tecnica, eppure sembra quasi tentare di *giustificare* le sue scelte professionali, richiamando agli anni della formazione o facendo del paziente un alleato attivo con il quale dividere le responsabilità. All'entusiasmo giovanile del medico che gioca con l'onnipotenza, per sentirsi un Dio e tentare di scoprire la differenza tra vita e morte, fa seguito una riflessione più attenta su tutti i possibili esiti della tecnica. È in questo caso che emerge il bisogno del dialogo nella cura e la necessità di un'autoregolamentazione. D'altronde, è proprio Frydman che cercherà la collaborazione della psicologia, facendo entrare in reparto M. Bydlowski.

Attratto fin dall'inizio dall'atto chirurgico che come una *messa solenne* (ibid., p. 11) fa svanire il corpo umano e induce ad una morte apparente (l'anestesia è *“uno sberleffo alla morte”*, ibid., p. 12), diventa *testimone dell'essenziale* (ibid., p. 14) come medico senza frontiere in vari Paesi del mondo e come ortopedico in Francia. Il passaggio alla ginecologia negli anni delle battaglie femministe, lo induce a riflettere sul cambiamento del rapporto tra medico e paziente, mentre inizia la pratica dell'aborto. La persona in cura si emancipa, diventando un soggetto partecipe da informare

più che guarire, l'arte medica *“non consiste più nel trovare il volto nascosto del sintomo”* (ibid., p. 25). Inevitabile interrogarsi su cosa sia un feto e doveroso convincersi che è una vita potenziale ridotta a oggetto senza amore, per cui la coscienza che vede la morte della speranza si acquieta di fronte alla constatazione che non ci sono alternative (*“La vita esiste in ogni cellula [...] Ma il materiale biologico”*, da notare il cambiamento dei termini per designare il medesimo oggetto, *“non può continuare nel tempo se dietro non c'è il desiderio di nascita”*, ibid., p. 31). Come molti colleghi, Frydman passa dalla pratica dell'aborto alla cura per la sterilità: hanno in comune la tolleranza e il rispetto per l'individuo e le sue ambivalenze, la medicina è al servizio della libertà. L'Autore ricorda quante volte, ad esempio, abbia assecondato la volontà dei pazienti nel decidere il tipo di intervento (es: un taglio cesareo non necessario) per scongiurare un dramma peggiore. È il convinto rappresentante di quella medicina che egli stesso definisce del benessere e del desiderio. Desiderio che appartiene anche a lui: *“Perché questa mia irresistibile”* (è lo stesso aggettivo che connota un titolo che sembrerebbe riferirsi ai bambini in provetta e che qui si declina, invece, in modo personale) *“inclinazione verso la fecondazione in vitro? Perché vale la pena trasgredire i limiti dell'impossibile e perché l'ignoto possiede una formidabile forza d'attrazione.”* (ibid., p. 55). *“In realtà, io accarezzo un sogno: avvicinarmi quanto più possibile ai misteri della creazione, essere presente nel momento in cui si forma la vita. [...] esso rinvia all'inafferrabile punto di riferimento del passaggio alla morte.”* (ibid., p. 58). La nascita di Amandine, figlia dell'amore ma non del piacere, dopo la paura scongiurata che presentasse anomalie, gli dà la sensazione di muoversi a qualche centimetro dal suolo (ibid., p. 74) ma apre molti interrogativi. Frydman dedica la seconda metà del suo libro a chiedersi come comportarsi di fronte ai tentativi falliti, alla sterilità inspiegata, riflette sul congelamento degli embrioni e, esattamente come Testart (1986), sulle possibili aberrazioni della medicina (la donazione dei gameti, l'utero in affitto, la gravidanza maschile, l'eugenetica). I toni si fanno allora

decisamente più duri e amari quando si chiede se bisogna “*per questo accettare qualsiasi esigenza*” (ibid., p. 113). La sua risposta è che “*Ciò che è tecnicamente possibile non è necessariamente auspicabile.*” (ibid., p. 124).

“*È qui che siamo apprendisti stregoni, e non in laboratorio. Un tale sconvolgimento dei meccanismi di difesa e di stabilità psichica è molto più pericoloso del fatto di aspirare un embrione in una pipetta. La medicina deve riprendere l’antica modestia, riconoscere i propri limiti, la propria incapacità e pericolosità. [...] deve talora decidersi a non dare nessuna risposta, anche quando è profondamente commosso.*” (ibid., p. 141).

Il riferimento alla psicologia e la riscoperta che “*la cosa più importante è ancora il dialogo [...] Perché è importante capire il comportamento della coppia alla quale il medico serve da specchio nei momenti difficili*” (ibid., pp. 96-97) è probabilmente da collegare alla collaborazione con le psicoanaliste Anne Raoul-Duval e Monique Bydlowski, coinvolte principalmente nel caso di donazione di ovociti. Quest’ultima riporterà le riflessioni del suo quotidiano lavoro in corsia nel testo “*Il debito di vita*” (1997), un libro pratico su un tentativo di portare la psicoanalisi nel mondo sanitario (Muratori, 1997). La celebre psicoanalista riflette sul modo in cui potrebbe avvenire la collaborazione tra due esperti impegnati in un progetto comune o meglio tra tre attori, il medico, la paziente e lo psicologo. Sicuramente, la coppia si rivolge solo al medico, proprio a garanzia che il problema risieda esclusivamente nel corpo. Il loro fantasma è quello di una macchina inceppata da affidare ad un esperto ed è un fantasma così forte che per mantenerlo spesso iniziano un pellegrinaggio tra varie equipe. Il medico di solito risponde con un atto, la ricetta per gli esami o la cura, spesso in un clima di urgenza: “*i fenomeni di transfert e di controtransfert sul medico possono renderlo invasivo o interventista, addirittura aggressivo. Queste reazioni hanno talvolta per effetto delle guarigioni miracolose [...] Più spesso, hanno per risultato dei fallimenti della presa in carico e dei cambiamenti di equipe da parte dei pazienti.*” (ibid., p. 124). Le angosce di fronte a certe reazioni irrazionali delle coppie, i dubbi etici sulle decisioni

prese e i propri interventi, il bisogno di guarire quando per la coppia è più facile cambiare medico che non se stessa, le guarigioni miracolose o le rivendicazioni rabbiose di pazienti deluse ancor prima di concludere il primo colloquio, testimoniano di una riduttività dell'intervento esclusivamente tecnico e potrebbero costituire il terreno di una valida collaborazione tra discipline diverse.

L'integrazione di competenze mediche e psicologiche, però, presuppone la necessità di riconoscere e superare aspettative e pregiudizi reciproci. Come ricordano Kentenich e Siedentopf (2002), infatti, i medici pensano sovente che un eventuale intervento psicologico possa essere d'aiuto per la riduzione dello stress, quindi per la preparazione di pazienti docili, con i quali è più facile affrontare le complicazioni del percorso, prendere decisioni difficili e rischiose, contenere gli insuccessi. È ovviamente un modo manipolatorio di considerare il supporto psicologico, che richiama modalità infantili anali di relazione con l'oggetto e che dovrebbe tranquillizzare gli specialisti perché sposterebbe l'assunzione di responsabilità sui colleghi e eviterebbe le rivendicazioni dei pazienti. Anche gli psicologi da parte loro hanno una serie di aspettative: le osservazioni su singoli casi vengono troppo spesso facilmente generalizzate, considerando le coppie patologiche, il loro desiderio eccessivo e sopravvalutando i casi di gravidanze "miracolose".

La possibilità di una collaborazione è quindi ancora tutta da trovare sul campo.²⁹ Il medico ne trarrebbe giovamento perché potrebbe con il tempo rifiutare il ruolo che gli è assegnato dalla nevrosi dei pazienti o dalla propria e iniziare a riflettere sulla natura della domanda, senza prenderla alla lettera, a temporizzare certe false urgenze e a evitare la proliferazione di cure mediche inutili, infine a prendere coscienza dei propri affetti. Tutto questo,

²⁹M. Bydlowski (1997) riporta le modalità applicate durante la sua personale esperienza in reparto. Esse consistono nel contatto con l'equipe (solitamente ridotto a colloqui di corridoio per contenere l'angoscia degli operatori) e nel binomio di ricerca, una visita congiunta medico-psicoanalista, presentato come un collaboratore (la presenza di un terzo, studente o infermiere, è di solito abituale). La stessa Autrice sottolinea che si tratta di una condizione eccezionale e difficilmente replicabile, per quanto auspicata dalle varie legislazioni, perché prevede un reparto ben disposto e operatori motivati.

però, richiede da parte sua il lutto di una certa padronanza: deve imparare a modificare la pratica e gli obiettivi (il benessere del paziente indipendentemente dalla gravidanza), accettare di essere osservato e messo in questione, senza persecutorietà, voler condividere e rinunciare, quindi, a parte dei suoi segreti e saperi mentre si confronta più con un desiderio che con una malattia.

M. Bydlowski (1997), però, in modo onesto, riporta anche le difficoltà dello stesso psicoanalista che si trova a lavorare allo scoperto, senza lettino e spesso in condizioni di urgenza, “*senza il quadro rassicurante dello spazio-tempo e della ripetizione degli appuntamenti, garanti della riflessione e del lavoro interiore.*” (ibid., p. 24). Egli si confronta con gli avvenimenti a caldo, nel momento in cui si verificano, con degli acting out, quindi, per cui deve sforzarsi continuamente di contenere e significare gli affetti messi in moto. Lontano dal suo luogo abituale di esercizio, travolti i riferimenti teorici classici, può difendere l’etica della neutralità e mantenere la sua identità ritornando alla comunità analitica e alla pratica classica. Il vantaggio di entrare nella stanza del ginecologo, con tutte le fantasie voyeuristiche e edipiche connesse, per osservare il transfert medico o ascoltare in modo quasi clandestino pazienti che non avrebbe mai incontrato, è pagato a prezzo di varie frustrazioni: ad esempio, non può raggiungere la profondità di campo di una cura psicoanalitica, anche se a volte la percepisce e in una reciproca seduzione, resta in una posizione secondaria, potenzialmente invidiosa e competitiva.

Come ricorda Vegetti Finzi (1997), di certo non esiste né bisogna pretendere una condotta idealizzata, e neanche sdraiare ginecologo e paziente sul lettino dello psicoanalista, però è necessaria quell’attenzione critica che è la migliore espressione del razionalismo occidentale. La psicoanalisi, che, per sua stessa natura, incentra l’attenzione sulla sessualità e sul rapporto tra individui dotati di parola, può contribuire a evocare un’altra scena, evitando di appiattirsi sull’evidenza dell’accaduto (Vegetti Finzi, 1997; Nunziante Cesàro e Palmisano, 2001) perché cerca di ricordare

che la filiazione, in quanto simbolica, è irriducibile alla sua dimensione biologica. Contemporaneamente, sottolinea la sovra-determinazione dei desideri inconsci (e quindi ambivalenti) presenti in ogni nascita e valorizza il senso del limite (in altre parole l'esperienza della castrazione), che passa attraverso la rinuncia, quale pre-condizione fondamentale per esistere nella propria irripetibile individualità, fatta di desiderio (che si nutre di mancanza)³⁰ e del tempo dell'attesa³¹ (indispensabile all'elaborazione psichica). Ovviamente, non è possibile annullare le componenti immaginarie che interferiscono e condizionano il rapporto di cura perché il medico è comunque oggetto di *transfert*³² da parte dei pazienti,³³ anche se non è formato a riconoscerlo e a farne strumento di lavoro.³⁴ Se la tecnica tende a presentarsi anonima e impersonale e quindi necessaria e indiscutibile (auto-fondazione), per l'inconscio ogni gesto ha senso, per cui bisogna spostare il focus alla relazione (Vegetti Finzi, 1994). Così, i protagonisti della cura, pur se in posizioni non simmetriche, potrebbero comprendersi sulla base del reciproco vissuto passionale e della comune esperienza originaria di identificazione alla madre: solo laddove il medico accolga empaticamente il dolore della coppia sterile, non è solo un tecnico veterinario.

Per Ciambelli (1999) c'è uno slittamento dal registro del desiderio a

³⁰ "... il desiderio è «desiderio di desiderio»", scrive M.-M. Chatel (1993, p. 67).

³¹ Ricorda Fiumanò (1996, p. 31) che il tempo è la contropartita della morte e *passione e pazienza* hanno la stessa radice latina, nell'etimo della sofferenza (*patire*).

³² Il ricorso alla psicoanalisi è inevitabile perché l'inconscio del paziente come quello del medico, è comunque all'opera: se ignorarlo è una conseguenza del taglio epistemologico della medicina e una necessità delle procedure scelte, pensare che non esista finisce per apparire un dogma riduttivo (Del Volgo, 2003). Freud (1904), ad esempio, scrive "*noi medici non possiamo rinunciare alla psicoterapia per la semplice ragione che l'altra parte coinvolta nel processo di guarigione – e cioè il malato - non ha l'intenzione di rinunciarvi. [...] Vi è un fattore dipendente dalla disposizione psichica dei malati che interviene, senza intenzione da parte nostra, nell'effetto di ogni procedimento terapeutico avviato dal medico, nella maggior parte dei casi in senso favorevole, ma spesso in senso inibitorio...*" (ibid., p. 430). Quindi la psicoterapia è sempre coinvolta nell'atto medico e si può solo farla bene o male. Non si può non farla, scrive Chiozza (2001), consapevole del fatto che si può vedere solo ciò che si conosce: non bisogna vedere per credere ma anche credere per vedere e ciò in cui l'uomo moderno crede è un mondo logico e razionale che ha separato religione e scienza, scienza che ragiona secondo i concetti di spazio, tempo, materia, e soprattutto causa e effetto.

³³ Per effetto di un *transfert* positivo sul ginecologo, ad esempio, può succedere che una coppia sterile riesca a concepire (Vegetti Finzi, 1997; Chatel, 1993, pp. 87-89).

³⁴ Anzi, "*è molto più difficile che un medico, oggi, diventi psicoanalista: le categorie su cui si fonda l'esercizio della psicoanalisi sono proprio quelle che la medicina contemporanea è tesa ad annullare: l'impotenza e l'impossibilità* (Lebrun, 1997)." (Fiumanò, 2000, p. 22).

quello del bisogno e in effetti secondo Vegetti Finzi (1997), il termine stesso di *desiderio* impiegato da Frydman risulta ambiguo perché il bisogno sottoforma di pulsione si umanizza soltanto all'interno di una relazione, in cui il desiderio vuole essere riconosciuto prima che appagato per tradursi in domanda condivisa. Per questo forse sarebbe più giusto definirla “medicina del bisogno”, mantenendo la distinzione freudiana tra *Wunsch*, quale auspicio e augurio, che si alimenta dell'attesa e della speranza, e *Begierde*, il cui soddisfacimento avviene attraverso azioni specifiche e oggetti concreti (Francesconi e Scotto di Fasano, 2005).

Non bisogna allora condannare le tecniche di procreazione medicalmente assistita in sé: esse costituiscono esperienza relazionale e comunicativa, che impone al medico *com-passione* anche nei confronti di se stesso. Se la cultura moderna lo sostiene con la sacralizzazione del progresso e del tecnicismo scientifico, egli non può permettersi di eludere la riflessione sulla richiesta della fecondazione assistita come sulle proprie scelte professionali, visto che la sua ragione conoscitiva è legata per lo più alla propria storia ed emozioni (Vegetti Finzi, 1997).

Cos'è la sterilità?
La questione del corpo muto
tra medicina e psicoanalisi

Parlare di sterilità non è molto semplice, a partire dalla stessa definizione diagnostica, rispetto alla quale la tecnica si dovrebbe profilare come un atto terapeutico. La confusione, che si ritrova anche nella difficoltà stessa delle coppie di riportare in modo univoco la diagnosi fornita loro dai medici, rispecchia la condizione del mondo scientifico alle prese con un ambito di recente formazione e di rapida trasformazione. Spesso si confonde tra gli stessi termini, probabilmente perché nei Paesi di lingua anglosassone *infertility* ha il significato di sterilità (Scarselli, 2007).

In generale, si parla di sterilità ogni volta che una coppia non riesce a concepire nonostante un periodo di rapporti sessuali completi non protetti. Si distinguono, inoltre, una sterilità primaria quando non c'è mai stato concepimento, da una secondaria, successiva alla nascita di un figlio o ad un aborto (Cecotti, 2004; D'Orsi, 2008). In questa definizione, commenta Flamigni (1998), mancano due dati importanti: la durata di questo periodo di tempo e la frequenza dei rapporti (Scarselli, 2007). Secondo i più, un'unione si può definire sterile quando si verifica la mancanza del concepimento dopo due anni di ricerca di prole. Alcuni autori propendono, però, per un lasso di tempo di 12-18 mesi e per una frequenza a giorni alterni in sintonia con il ciclo mestruale, altri per un periodo anche inferiore, di appena nove mesi (Cecotti, 2004). L'infertilità, invece, si riferisce alla donna che ha difficoltà nel condurre e portare a termine una gravidanza (Cecotti, 2004). Se comunemente si preferisce usare il termine di ipofertilità perché l'infertilità totale è rara (Invitto, 2008) e perché si vuol sostenere la speranza della coppia (Quintili e Lupoli, 2009), su un piano internazionale si è recentemente uniformata la terminologia medica. La Commissione

Internazionale per il Monitoraggio delle Tecniche di Riproduzione Assistita (ICMART) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno, infatti, revisionato il glossario sulla terminologia della procreazione artificiale per arrivare a una standardizzazione che utilizza la sola definizione clinica dell'infertilità e fa riferimento ad un periodo di almeno dodici mesi (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Ci si domanda se la sterilità possa essere definita una malattia. Per l'OMS, la risposta è affermativa in quanto condizione che rende una coppia su cinque "disabile" (Tallandini e Morsan, 2008). È tuttavia, una malattia particolare, per due motivi: primo, perché la sterilità impedisce di realizzare un progetto ma non di vivere la propria vita e secondo perché i pazienti coinvolti sono sempre due (Bartolucci, 2009). La *Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Correlati*, proposta dall'OMS (ICD-10), infatti, descrive l'infertilità come una delle patologie del sistema urino-genitale, ma quello che si vuole sottolineare è che, sebbene costituisca raramente un problema attribuibile esclusivamente al singolo, la sterilità in questa classificazione non è affrontata da un punto di vista di coppia. In verità, l'infertilità assai raramente traduce una malattia in atto (Cecotti, 2004), di conseguenza per diversi autori, essa costituisce un campo limite della medicina in quanto l'assenza di un figlio non può essere una patologia in sé (Bydlowski, 1997) ma la sofferenza che implica merita comunque l'attenzione e le cure del medico. D'altronde, considerare malattia tutto ciò che causa sofferenza è un'affermazione carica di conseguenze, anche se apparentemente in linea con la definizione condivisa che fa della salute non solo l'assenza di patologie ma la condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale. Ne deriva, però, che le tecniche di procreazione assistita sono allora delle terapie, il che ha conseguenze sia sul piano economico-sanitario perché scatta il diritto alla cura (Cecotti, 2004) sia sul piano psicologico perché si rivendica la genitorialità come un diritto, la gravidanza

come performance che aggira l'ostacolo e il figlio³⁵ come rimedio sostitutivo alla propria sofferenza (Baglini, 2008).

Se di malattia si deve parlare, non si può certo affermare che l'eziologia dell'infertilità sia chiara. Una spiegazione della sterilità che faccia riferimento alla dimensione psicologica, ad esempio, è sempre stata vista con scetticismo dalla medicina, che tuttavia:

1) è costretta ad ammettere che mentre la fecondazione assistita negli animali è certa al cento per cento, la stessa procedura nell'uomo ha una probabilità di successo molto inferiore (Delaisi De Parseval, 1993), probabilmente perché “*Nell'uomo, il funzionamento fisiologico è denaturato da quella malattia che è per lui il linguaggio*” (Cacciali, 2003, p. 36, *trad. mia*), per cui non è possibile ridurre la sessualità a procreazione come l'oralità è altro rispetto alla funzione alimentare.

2) In presenza di difficoltà procreative prive di una causa chiara, ha introdotto la nozione di *sterilità psicogena*, spesso ridotta a un facile escamotage perché non intacca la visione tradizionale della malattia.

3) Contemporaneamente ha dimostrato come condizioni esterne, lo stress in particolare, possano condizionare il sistema riproduttivo umano (Scatoletti, 1996).

A proposito di *infertilità psicogena*, bisogna sottolineare che, nella pratica, si finisce per confonderla con la *sterilità idiopatica o inspiegata* perché è frequente considerare come psicologiche tutte le cause non spiegate, dal punto di vista medico (Cecotti, 2004; Said, 2008). In origine, però, hanno due definizioni distinte (Wischmann, 2003). L'infertilità inspiegata indica, infatti, le situazioni in cui non è possibile riscontrare

³⁵ Un ventaglio di possibilità inesplorate fanno del bambino “semplicemente” un feticcio. Scrive Testart (1993, p. 75): “*Il bambino sembra diventare, più che il fine della procreazione assistita, il mezzo per perpetuarla: si passa dalla rivendicazione del bambino soggetto alla realtà di bambino oggetto, dai diritti del bambino al diritto di avere un bambino.*” Il figlio diventa il risultato (anonimo) della combinazione di materiali distinti e assemblati da terzi e in seguito, l'oggetto parziale destinato a far esistere la donna che ha visto concretizzarsi la sua fantasia inconscia di partenogenesi onnipotente (Ferraro e Nunziante Cesàro, 1985; Vegetti Finzi, 1990) e che non riesce a trovare un'identità femminile (Bayle, 2003). D'altronde, ricorda Fiumanò (2000, p. 180) il gioco di parole, in passato proposto in altri termini anche da Vegetti Finzi (1997, p. 208), che attribuisce all'espressione “*fare il bambino*” sia il senso di un progetto genitoriale sia al contrario il rifiuto di vivere da adulti.

cause apparenti all'incapacità di procreare, dunque viene utilizzata solo quando si escludono tutte le altre spiegazioni e a testimoniare gli effetti del caso o le conoscenze limitate della fisiologia riproduttiva (Said, 2008). L'infertilità psicogena, invece, rimanda ai casi in cui si è certi della presenza di fattori psicologici (disturbi emozionali cronici o problemi psicosociali) che interferiscono con la fertilità (Invitto, 2008; Cecotti, 2004) e laddove un tempo la sua diffusione poteva raggiungere anche il 50%, oggi, grazie all'affinamento delle conoscenze e delle tecniche diagnostiche, sembra aggirarsi mediamente intorno al 5% e mai al di sopra del 27% (Wischmann, 2003). Resta però il problema della confusione tra cause e effetti, anche perché l'infertilità psicogena può essere definita solo a posteriori (Auhagen-Stephanos, 1991), quando si concepisce in seguito a psicoterapia o a eventi esterni quali una prima visita dallo specialista, l'interruzione di un iter medico senza risultati, l'adozione, ecc. (Scarselli, 2007), risoluzioni queste, tra l'altro, che sopravvalutate nelle loro stime, diventano un mito in cui sperano molte coppie (Wischmann, 2003). In linea generale, però, se la sterilità psicogena per sua natura ha attratto maggiormente l'attenzione degli psicologi, è anche vero che studi sistematici e con popolazioni più ampie di quelle cliniche non hanno trovato differenze psichiche significative tra le diverse origini della sterilità e d'altronde, è noto che anche persone con problemi psichici severi riescono a concepire senza difficoltà (Wischmann, 2003). Questi studi sembrano porre l'accento sullo stress, cioè favorire una valorizzazione delle conseguenze della diagnosi sul benessere e l'equilibrio emotivo più che un'ipotesi psicogenetica anche se non è ancora giustificabile abbandonarla come pretendono Apfel e Keylor (2000) in quanto anacronistica e semplicistica.

A proposito dell'influenza dello stress,³⁶ la malattia del secolo sulla

³⁶ Come spiega Invitto (2008), solitamente, di fronte ad un evento stressante, l'ipotalamo libera sia endorfine, per sopportare il dolore sia, sotto l'effetto dell'adrenalina, l'ormone CRH che induce l'ipofisi a secernere ACTH per la produzione di cortisolo, l'ormone dello stress, da parte delle ghiandole surrenali. Il cortisolo esplica una potente azione antinfiammatoria (per l'adattamento all'ambiente) e antidolorifica, stimolando la sintesi di nuovo glucosio per avere energia pronta allo scopo di aiutare l'organismo a superare una fase d'emergenza.

fertilità di coppia, è riconosciuto il peso del sistema nervoso centrale sulla regolazione degli ormoni sessuali (Scarselli, 2007)³⁷ ma non sono ancora del tutto noti i meccanismi d'azione dello stress sul sistema nervoso e su quello ormonale. Se da un lato, il suo impatto sembra dimostrato da una mole consistente di dati per entrambi i sessi, dall'altro ci sono molte critiche perché i primi articoli in merito erano puramente aneddotici e solo negli ultimi anni sono stati fatti degli studi sistematici, ma i risultati restano discutibili e contrastanti rispetto alla definizione (Bydloswki, 2003) e alle modalità di misurazione dello "stress psicologico". Inoltre, le prove appaiono esigue e prive di riscontri longitudinali mentre la precisione con cui si determinano rapporti di causa-effetto è molto bassa (Said, 2008). Se l'infertilità sia uno stressor cronico per le coppie o se lo stress possa interferire con la fertilità resta ancora da dimostrare ma è possibile che entrambe le ipotesi siano intercambiabili, creando un circolo vizioso (Said, 2008). Lo stress, infatti, è solo uno dei fattori che possono incidere sulla fertilità umana e non è determinante ma è sicuramente un elemento di rischio aggiuntivo (Collodel et al., 2008), per questi motivi dovrebbe essere tenuto in considerazione nelle cure lunghe, costose e dolorose della sterilità di coppia.

Parallelamente, non si può escludere che anche nelle infertilità organiche siano implicati fattori emozionali (Scarselli, 2007): le componenti somatiche e quelle psicologiche sono semplicemente inseparabili e ciò induce sempre più spesso a considerare una multifattorialità di cause nella eziopatogenesi dell'infertilità (Graziottin, 1989; Bakal, 1979) e spiega l'interesse della ricerca a identificare le predisposizioni psicologiche predittive di tale

³⁷ Per quanto riguarda la regolazione del sistema riproduttivo, l'ipotalamo rilascia il GnRH, ormone-messaggero che induce l'ipofisi a liberare nel sangue le gonadotropine FSH (ormone follicolo stimolante) e LH (ormone luteinizzante) per stimolare l'attività delle gonadi, in modo costante nell'uomo e ciclico nella donna. Tramite il neurotrasmettitore dopamina, inoltre, l'ipotalamo inibisce l'ipofisi nella liberazione di prolattina, ormone della gravidanza, che blocca la secrezione di FSH, quindi l'ovulazione e stimola l'allattamento.

Da studi fatti in condizioni di stress cronico, ad esempio su uomini in guerra, sembra che alti livelli di cortisolo riducano la funzione testicolare mentre la diminuzione di gonadotropine causerebbe in entrambi i sessi un calo della libido e disfunzione erettile nel maschio. Inoltre, livelli aumentati di CRH inibiscono, direttamente, la secrezione di gonadotropine, mentre le endorfine alzano i livelli di prolattina (Invitto, 2008; 2009). È infine nota l'esistenza dell'amenorrea da stress (Scarselli, 2007).

condizione. Gli studi del passato riguardavano soprattutto il tentativo di delineare la personalità della donna infertile, ora immatura, ora mascolina (Pasini, 1978), a seconda di quanto emergeva a partire dai resoconti di casi psicoanalitici (D'Orsi, 2008). Gli studi più rigorosi, finalizzati tanto a distinguere le coppie sterili dalle altre quanto a individuare le caratteristiche predittive di una infertilità psicogena, riportati in Invitto (2008) così come in Scarselli (2007), testimoniano innanzitutto l'assenza di risultati chiari e univoci. Questo non significa che infertilità e condizioni psicologiche siano tra loro indipendenti o che le componenti emotive siano assenti o irrilevanti ma che i problemi metodologici inficiano a monte questi studi (ad esempio, mancano strumenti di misurazione adeguati).

In una *review* critica della letteratura sul rapporto tra diagnosi e psicologia, vista come causa o come effetto, ad esempio, Greil (1997) sostiene che l'ipotesi psicogenetica, in voga soprattutto fino alla metà degli anni Ottanta, attribuisce la condizione di sterilità inorganica ad una resistenza femminile alla maternità, ma appartiene principalmente all'ambito clinico, quindi si regge su campioni non rappresentativi ed è priva di misure sistematiche o capacità predittive su chi sarà incinta e chi no. Laddove, invece, si è cercato di valorizzare le conseguenze psicologiche della diagnosi, Greil (1997) distingue da un lato la letteratura descrittiva, qualitativa, basata sulle interviste e interessata al contesto, ai ruoli di genere, alle relazioni di coppia e familiari, all'importanza dell'istituzione medica. Dall'altro lato, invece, gli studi quantitativi utilizzano misure standardizzate, quali valutazioni dell'autostima o della soddisfazione di coppia e test di personalità. I risultati però non sono univoci: se sulle diverse scale di uno strumento solo per un fattore le differenze sono significative, questo vuol dire che l'ipotesi è confermata o il contrario? Inoltre, il fatto che non si riesca a individuare un profilo di personalità tipico non significa che la diagnosi non abbia effetto sul proprio equilibrio psicologico, per cui si crea un gap notevole tra la letteratura descrittiva e quella di ricerca senza che questo rispecchi davvero la realtà dei fatti. Secondo Greil (1997), i limiti di

queste ricerche sono a più livelli,³⁸ giustificati anche dal fatto che “*l’infertilità non è un tratto stabile ma un processo dalla traiettoria incerta*” (ibid., p. 1689, trad. mia).

In sintesi, dunque, risulta molto difficile per la scienza come per la medicina, riuscire ad avere una definizione chiara della sterilità, visto che si caratterizza in forma negativa (la non presenza di una gravidanza): capire che terminologia usare, come distinguere i casi, addirittura se considerare le difficoltà procreative una patologia e di che natura, psichica o somatica, differenziarne le cause dagli effetti. A prescindere dagli aspetti metodologici, la spiegazione sembra risiedere nella persistenza di una prospettiva interpretativa incapace di abbracciare tutti gli aspetti del problema, nell’insistenza a collocarsi in un paradigma riduzionista che distingue nettamente tra psicogenesi e somatogenesi (Scarselli, 2007). Appare più logico, vista la complessità dell’argomento, un modello orientato in senso psicosomatico che induce ad uno studio articolato sui rapporti mente-corpo, non alla ricerca di rapporti esclusivi tra una singola causa e gli effetti ma volto ad un concetto etiopatogenetico multifattoriale (Graziottin, 1989). In questa nuova prospettiva, la sterilità potrebbe essere considerata ad esempio un sintomo (Baglini, 2008). Scrive a tal proposito M. Bydlowski (1997) che solitamente la disperazione dei pazienti è vista come la conseguenza della loro sterilità. “*Eppure, ci è sembrato che questo dolore preesiste spesso alla richiesta sintomatica: la sterilità potrebbe essere la testimonianza di questa sofferenza. È così per molti sintomi somatici. Ma la sterilità ha la particolarità di riprodurre senza fine i temi conflittuali della sessualità e della filiazione, a differenza degli altri dolori*

³⁸ Tra gli altri, Greil (1997) cita: errate scelte metodologiche e teoriche, campioni poco numerosi o non rappresentativi, ricerche solo sulle condizioni della donna, analisi statistiche poco sofisticate, mancanza di controllo del bias della desiderabilità sociale, ricorso a soggetti quasi esclusivamente volontari, assenza di studi sui drop-out e sulle infertilità non trattate, studi longitudinali non estesi davvero nel tempo. C’è poi una difficoltà intrinseca: non è possibile definire un adeguato gruppo di controllo, di solito rappresentato dalla popolazione generale o da donne incinte, genitori, volontari childless o childfree, studenti e pazienti dei reparti di ginecologia e endocrinologia. Per capire gli antecedenti psicologici dell’infertilità, bisognerebbe studiare le caratteristiche psicologiche di una popolazione molto ampia e prevedere solo in un secondo momento la diagnosi. Non è possibile, infine, dimenticare la variabilità culturale e temporale.

fisici che, venendo a riempire tutto il campo delle preoccupazioni del soggetto, serviranno d'impiastrò o a camuffare questi conflitti." (ibid., pp. 111-112). Qual è allora questo dolore preesistente, quali i temi conflittuali riproposti dal sintomo? Come decifrare inoltre il messaggio nascosto dietro un corpo incapace di procreare se resta senza voce presso il mondo medico?

Si tratta di riflettere sul vissuto della corporeità, al di là della frammentazione accentuata dai progressi delle biotecnologie (Negro et al., 2009), a favore della coppia sterile, confusa e dispersa all'interno della frattura tra una "medicina senz'anima" e una "psicologia senza corpo" che ha percorso tutto il Novecento e che si riversa non solo nel rapporto con il paziente ma anche nella comunicazione tra medici e psicologi (Scarselli, 2007). Come approfondito nei precedenti paragrafi, il dialogo tra la medicina e la psicoanalisi, da sempre difficile,³⁹ appare ancora più complicato alla luce delle attuali trasformazioni tecnologiche⁴⁰ e culturali,⁴¹ per le quali l'uomo cerca di controllare se stesso e non solo la realtà esterna e si reinventa continuamente (Vaccaro, 2001), con una modificabilità delle proprietà del corpo (spazio tempo materia e identità) che pare assumere a volte i tratti di una mortificazione.

Consapevole del parallelismo tra ciò che avviene nei reparti di cura (scissione medico e psicologo) e i vissuti soggettivi di un "corpo rotto" (Galliera e Castelli, 2009), la psicoanalisi impone di riflettere su questa alienazione che i pazienti assecondano (l'autismo sessuale della

³⁹ "Non si può chiedere alla medicina di diventare psicoanalisi (e viceversa), ma di comprendere che ognuna fornisce di una stessa realtà una visione specifica, complementare alla visione dell'altra, e che le due visioni non solo non si escludono ma proprio la presenza dell'una permette di postulare l'altra." (Brutti e Brutti, 2001, p. 36). Invece, l'incontro della medicina con la psicoanalisi sul terreno della psicosomatica, della psichiatria dinamica e della neuro-psicoanalisi non è stato fecondo perché ciascuna disciplina si è preoccupata di conservare la propria fisionomia mentre la psicoanalisi consuma la sua crisi d'identità attratta dalle discipline forti che hanno uno statuto scientifico che a lei manca (Brutti e Brutti, 2001).

⁴⁰ Le nuove tecnologie applicate alla riproduzione umana, in particolare, rendono possibile la selezione dello spermatozoo più vitale, dell'ovocita di miglior aspetto, del pre-embione senza tare genetiche, creando delle condizioni del tutto nuove per il controllo della "qualità" dei futuri bambini. Ovuli, spermatozoi ed embrioni sono, infatti, oggetti staccabili, modificabili, ricombinabili (Rodotà, 1999) a prescindere dai corpi cui appartengono, materiale sessuale senza tempo (una storia raccontata che lo preceda) né spazio (potrebbe appartenere a qualsiasi società), alienato dalla sua appartenenza originaria e in quanto tale merce amministrabile dalla tecnologia e dal mercato (Fiumanò, 1996).

⁴¹ Ad esempio, il pensiero femminista ha ribadito spesso che "il corpo non è un dato biologico ma un testo, un insieme di segni, in un certo senso un costume di scena" (Roccella, 2005).

masturbazione per la fornitura di liquido seminale, il controllo veterinario dell'andamento del ciclo femminile o della vitalità dello sperma): mentre, infatti, la medicina cede alla richiesta ufficiale di un figlio cercando di reprimere il sintomo dell'infertilità come un ostacolo, la capacità di interpretazione del senso comunicativo del sintomo, permette alla psicoanalisi di osservare che dietro la domanda ufficiale di un bambino, c'è spesso un desiderio che non le somiglia affatto.

Il contributo che la psicoanalisi può dare alla medicina e quindi il sostegno alle coppie è intrinseco alla natura stessa di un sapere che deve la sua origine ad un modo nuovo di guardare al corpo e alla malattia.

La psicoanalisi nasce, infatti, in un contesto medico,⁴² come trattamento di una patologia, l'isteria, priva di un'origine organica, per cui segna la rottura con la medicina dell'epoca, con quel positivismo materialista in cui sorge e che in effetti Freud non abbandonerà mai del tutto. La sua teorizzazione lontano dall'essere strutturalmente chiusa, ha fornito nel tempo spunti per filoni teorici del rapporto mente-corpo tra loro irriducibili,⁴³ per cui è necessario seguirne l'evoluzione nel tempo, a mano a mano che si confronta con la scienza a lui contemporanea e ne prende le

⁴² D'altronde, i primi membri della psicoanalisi sono medici, Freud stesso lo è (Haynal, 2008).

⁴³ Si può dire che il termine psico-somatico esista da sempre, fin dai tempi di Ippocrate, ma viene coniato solo agli inizi del 1818 da J. C. Heinroth, esponente della medicina ad orientamento psicologico (Lalli, 1997). Gli si opporrà la definizione di somato-psichico di K. W. M. Jacobi (1822) mentre l'espressione medica si deve a Felix Deutsch nel 1922 e a Franz Alexander che nel 1950 pubblica "Medicina Psicosomatica". La definizione di psicosomatico è oggi ambigua (De Coro, Mucelli, 1997) ed inflazionata, ma allo stesso tempo appare irrinunciabile, usata ora per sottolineare il sospetto che l'origine del sintomo sia psichica, ora per dire che il disturbo ha una componente emotiva e conflittuale, oppure come facile soluzione di fronte ad un malessere altrimenti inspiegabile dal punto di vista organico (Lalli, 1997). Il dualismo mente-corpo, più che ontologico, appare solo logico, in altre parole quale conseguenza del pensiero umano, che non sa conoscere senza scindere e fare differenze (Lalli, 1997), il che sposta il problema dalla natura del reale alle modalità umane di conoscenza (De Toffoli, 2001): "*Siamo noi ad introdurre il contrario nella natura*" (Von Vexkull citato in Lalli, 1997). Lo stesso tratto di unione tra psico e somatico ha la qualità dialettica di unire ciò che è separato (Bevilacqua et al., 1982), come la medicina e la psicoanalisi (Del Volgo, 2006). Così, in psicoanalisi, se le prime teorie risalgono a Groddeck (il cui concetto di Es rimanda più a una spinta vitale monista che ad un serbatoio pulsionale), Ferenczi, Simmel e Felix Deutsch, è negli anni '50 e '60 che con il crescente interesse per la salute mentale e l'ingresso della psicoanalisi nei sistemi ospedalieri, la psicosomatica decolla: Alexander, per il quale la malattia è la testimonianza di un deficit e di un conflitto, e la scuola di Chicago negli Stati Uniti, Pierre Marty e De M'Uzan in Francia, con la Scuola di Parigi per cui le affezioni psicosomatiche sono regressioni a una modalità operatoria di pensiero, Winnicott, Bion e Balint in Gran Bretagna (Boschan, 2008; Bevilacqua et al., 1982). Si ricordano però anche McDougall, Valabrega, Aulagnier, Meltzer, Green e Gaddini e in Argentina Chiozza (Boschan, 2008).

distanze (Brutti e Brutti, 2001).

La sua marca è certamente positivista e conforme al pensiero filosofico e scientifico dualista. Il suo stesso linguaggio risente di una logica causalista le cui concezioni diventano ben presto solo dei modelli di rappresentazione della realtà (Brutti e Brutti, 2001). A detta di Green (1991), in effetti, pure considerando mente e psiche inseparabili, Freud non è bene rappresentato da teorie monistiche che si perdono nella confusione di cosa è psichico e cosa non lo è, o si affermano a detrimento dello psichismo (minimizzazione delle differenze e livellamento sull'organico) o al contrario scadono nel misticismo.⁴⁴ Per questi motivi sarebbe forse preferibile ipotizzare un “dualismo della riunione” che trova tra psiche e mente una differenza di struttura e non di essenza e ne articola i rapporti in termini economici e oggettuali (Green, 1991).

Secondo Jonas (1994), il dualismo è il frutto di un lungo percorso delle scienze naturali che a partire dal Rinascimento per arrivare a Cartesio, cercano di conseguire un'organica conoscenza dell'intera realtà abbandonando ogni panvitalismo e monismo (perché esso contiene implicitamente il suo opposto) e sviluppando il “mito del dato” che però non mette a tacere del tutto quella soggettività che torna prepotente a sottrarsi a certe categorizzazioni anonime (Brutti e Brutti, 2001). Ne è testimone il teatro del corpo isterico, le cui manifestazioni, difficili da spiegare in base all'anatomia e alla fisiologia, vengono disprezzate (e il disprezzo cela la paura) come simulazione e esagerazione (Brutti e Brutti, 2001).

A partire dalle lezioni di Charcot che alla Salpêtrière dimostra nella differenza tra isteria e epilessia, con lo sganciamento del fisico dall'organico, il passaggio di “qualcosa”, Assoun nelle sue *Lezioni* (1997) lo definisce *ciò*, dalla testa al corpo dell'isterica,⁴⁵ Freud comincia assieme a

⁴⁴ Nel suo carteggio con Groddeck, ad esempio, Freud per quanto lo stimi e derivi da lui, pur con notevoli differenze, il concetto di Es (a sua volta mutuato da Nietzsche), si chiede perché buttarsi nel misticismo, illudendosi di potersi davvero liberare delle belle differenze della natura (Bevilacqua et al., 1982).

⁴⁵ Mentre nel caso dell'epilessia qualcosa accade a partire dalla testa, nell'isteria simil-organica il sintomo è “incorporato” e quindi non avviene più nella testa (Assoun, 1997).

Breuer a testimoniare che una malattia può guarire considerandola il risultato di un trauma psichico:⁴⁶ la nevrosi non è più degenerazione del sistema nervoso⁴⁷ (Chiozza, 2001), per cui da questo punto di vista è comprensibile quanto fosse necessario trascendere i limiti della medicina per attingere a altre branche di sapere (Chiozza, 1995).

Il superamento della visione tradizionale non è però facile né definitivo: allorché Freud scrive di due corpi,⁴⁸ distingue psiconevrosi da difesa e nevrosi attuali (Vegetti Finzi, 1990), definisce la conversione⁴⁹ per spiegare il misterioso salto dallo psichico all'organico (il che implicitamente richiama a una distinzione tra i due), evidentemente ripropone in chiave fraintendibile una interpretazione dell'individuo che sembra contrapporsi al concetto stesso di pulsione, di Io e inconscio.⁵⁰ In una posizione intermedia, si collocano, ancora, le nozioni di angoscia, ipocondria, di appoggio e di linguaggio d'organo.⁵¹

Per meglio comprendere il modo complesso in cui Freud rapporta mente

⁴⁶ “Quando la psicoanalisi rese pubbliche le sue scoperte [...] impose un nuovo lavoro creativo alle forze della rimozione” con la conseguente “crescente necessità di produrre nuove forme della malattia” (Chiozza, 1995, p. 22).

⁴⁷ Coerentemente con il suo significato etimologico, il termine nevrosi era impiegato appunto per indicare una degenerazione del sistema nervoso a sua volta collegata alla sifilide, malattia a trasmissione sessuale che connota moralmente il termine di degenerazione (Chiozza, 2001, p. 84).

⁴⁸ Come ricorda Assoun (1997), se una visione organicista astratta, creata dalla medicina e contraddetta dalle patologie funzionali distingue a proposito del corpo il fisico (vs il morale, rappresenta la natura, il modo di essere, il vivente) dal somatico (vs psichico, è il corpo in quanto materia, oggetto tangibile) e dall'organico (vs funzionale, nel registro dello strumento, l'organo), Freud chiama il corpo ora *leib* quale vita organica, oggettiva, avere, ora *körper* come vita animale, esperienza percepita del Sé, essere (Ballerini e Suman, 1989), mentre nelle lettere private parla del suo corpo come di *Konrad*, l'altro, un compagno, una sorta di strano doppio (Haynal, 2008).

⁴⁹ Come riportato nell'*Enciclopedia* di Laplanche e Pontalis (1967), la conversione “*corrisponde per Freud a una concezione economica: la libido distaccata dalla rappresentazione rimossa è trasformata in energia d'innervazione. Ma ciò che specifica i sintomi di conversione è il loro significato simbolico...*” (ibid., p. 108). Secondo Chiozza (1989; 2001), il concetto di conversione può essere mantenuto solo in senso figurato: in effetti una lettura attenta dei testi freudiani mostra come Freud ponga il termine tra virgolette o in corsivo, in un *come se*, giustificandolo per necessità di brevità. Sarebbe quindi solo un modello per rendere comprensibile un fenomeno, un modo di rappresentazione che trae origine nell'eccessiva fede nella validità dei criteri scientifici per distinguere ciò che è somatico e ciò che non lo è, fede nel pensiero causalista che è all'origine medica della psicoanalisi (Chiozza, 2001).

⁵⁰ Allo stesso tempo, si respinge l'identità tra psichico e conscio, come dimostra la ricchezza di lapsus, sogni, atti mancati e motti di spirito.

⁵¹ *Organsprache* o linguaggio d'organo è una formula usata da Freud solo una volta, ne “*L'inconscio*” (1915) a proposito di una paziente psicotica di Tausk per la quale il discorso schizofrenico nella sua caratterizzazione ipocondriaca, è diventato linguaggio d'organo. In effetti, si può comunicare verbalmente ma anche attraverso un organo (l'organo parla, quindi), con una sensazione somatica (il sintomo dell'ipocondria) o per mezzo di un'alterazione somatica (il segno dell'isteria), come ricorda Chiozza (1989).

e corpo, si può partire dalla attenta riflessione che Assoun (1997) fa dei suoi testi. Innanzitutto, infatti, Freud descrive il valore simbolico del sintomo isterico ma non dimentica il fondamento organico di qualunque nevrosi,⁵² anzi per lui *“la questione, sollevata così spesso, se l’origine dei sintomi dell’isteria sia psichica o somatica [...] è male impostata. La realtà delle cose non si esaurisce in questa alternativa [...] ogni sintomo isterico necessita l’apporto di ambedue le parti. Esso non può insorgere senza una certa compiacenza somatica,⁵³ offerta da un processo normale o patologico in un organo o su un organo del corpo.”* (Freud, 1905, p. 333). Ancora, nella stessa distinzione, pur sempre mantenuta, tra nevrosi attuali e psiconevrosi da difesa,⁵⁴ il riconoscimento della paralisi isterica avviene secondo Freud in base non tanto all’origine del disturbo, somatogenesi o psicogenesi,⁵⁵ il che dimostra il fatto che si collochi su un piano diverso rispetto al tradizionale dualismo mente-corpo,⁵⁶ quanto al fatto che l’isteria lavora il corpo in dettaglio e ha manifestazioni eccessive (un’isterica è più paralizzata di una paralitica!), non segue l’anatomia reale bensì una immaginativa, fantasmatica la definisce Laplanche (1987).⁵⁷ Eppure Freud sostiene che c’è

⁵² *“la teoria non trascura affatto di indicare il fondamento organico delle nevrosi [...] Nessuno forse vorrà negare il carattere di fattore organico alla funzione sessuale nella quale io ravviso il fondamento dell’isteria e delle psiconevrosi in genere.”* (Freud, 1905, p. 394).

⁵³ Altro concetto carico di malintesi è quello di compiacenza somatica, che è quindi una sorta di facilitazione sulla quale si insidiano i significati inconsci per conversione (Chiozza, 2001). Consiste nella *“espressione introdotta da Freud per spiegare la «scelta della nevrosi» isterica e la scelta dell’organo o dell’apparato corporeo su cui viene operata la conversione: il corpo – specialmente nell’isterico – o un organo determinato fornirebbero un materiale privilegiato all’espressione simbolica del conflitto inconscio.”* (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 85).

⁵⁴ La distinzione viene introdotta da Freud nel 1893, in un ultimo contributo all’opera del maestro Charcot. Le nevrosi attuali e le psiconevrosi da difesa sembrano avere un percorso opposto nel rapporto tra corpo, ansia e fantasma: infatti, le prime sembrerebbero derivare da una insufficiente elaborazione dell’energia sessuale somatica, quindi dalla pura espressione di angoscia, mentre le seconde da un’espressione simbolica di conflitti inconsci, dunque sul versante della rappresentazione (Cotrufo, 2008a). Mentre in un caso una tensione fisica non trova sfogo psichico, nell’altro un’eccitazione psichico segue la via sbagliata, là l’eccitazione fermenta nel corpo qua il godimento del corpo si forgia sugli avanzi del festino orgiastico (una dispnea allude via simbolo mnestico al coito, Assoun, 1997).

⁵⁵ *“Secondo lui, non vi è ragione di scegliere tra un’origine psichica o un’origine somatica dell’isteria”* (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 85).

⁵⁶ *“...l’importanza fondamentale della scoperta di Freud non risiede nell’aver dimostrato, nei suoi primi studi sull’isteria, la psicogenesi di un disturbo che si osserva nel corpo, ma nell’aver compreso il carattere storico-linguistico di un fenomeno “fisico””* (Chiozza, 1995, p. 28; Chiozza, 1989).

⁵⁷ Si crea un corpo nel corpo come se il secondo non esistesse, prelevando il suo contributo ma rievocando altri temi rimossi. Freud ne parla come di una lesione funzionale o dinamica che

una etiologia sessuale nelle nevrosi attuali (Laplanche, 1987), come una componente attuale in ciascuna psiconevrosi, simile al granello di sabbia per la perla, in quanto la nevrosi attuale è il fondo ansioso per la patologia psichica (offre il materiale di eccitamento che ha origine nel corpo e sarà selezionato e travestito dal fantasma) e allo stesso modo, il sintomo somatico incorpora ed esprime un fantasma, cristallizzando un godimento narcisistico mentre il soggetto paga a se stesso (egocentrismo) ciò che non ha potuto mentalizzare altrimenti (Assoun, 1997).

Questa complessa relazione tra condizioni differenti restituisce lo spessore dell'approfondimento freudiano sulle difficoltà della diagnosi differenziale. Egli sostiene, infatti, che una malattia organica può slatentizzare una nevrosi ma che è anche vero il contrario. Sotto l'influenza ferenziana, infatti, scrive che non di rado in soggetti predisposti (il corpo è compiacente), un'alterazione corporea diventa una causalità occasionale per trasformare la nevrosi da potenza ad atto.⁵⁸ Il soggetto agisce, allora, sull'unica realtà che rimane quando il mondo scompare: il corpo.⁵⁹

Allo stesso modo, però, Freud (1918; 1924) ribadisce che al di là di qualunque previsione, una nevrosi coriacea può svanire quando il soggetto incappa in un matrimonio infelice o in una malattia organica (secondo una logica che Assoun chiama dei *vasi comunicanti*). Ci si rifà una salute ammalandosi fisicamente in pratica. Il guadagno⁶⁰ è duplice: da un lato, il sintomo non sembra più nel soggetto (infatti non è più nevrotico) ma fuori di lui, nel reale del corpo. Dall'altro, viene mantenuto il senso di colpa

bombarda l'organo come oggetto di un non-pensiero, sovrainvestito fisicamente perché dissociato associativamente (Assoun, 1997).

⁵⁸ Può succedere che a partire da una ferita (che è proprio il corpo del trauma, etimologicamente), un'apertura nel corpo, si rompa l'equilibrio che manteneva il soggetto al confine di una nevrosi. Attraverso un processo di regressione al principio di piacere, di fronte alla fragilità narcisistica dell'Io, un fantasma non più pago di immagini, sfrutta, infatti, l'affezione organica per soddisfarsi. La libido ritirata dal mondo esterno si ferma sull'organo perché il disinvestimento della realtà è ritorno all'autoerotismo ma non come narcisismo.

⁵⁹ "...niente corpo (*no body*) significa nessuno (*nobody*)" (Langan, 2008, p. 44).

⁶⁰ In maniera analoga ai sogni, il sintomo diventa una formazione di compromesso tra impulsi rimossi e desideri inaccettabili da un lato e l'attività di censura e i meccanismi difensivi dall'altro (Laplanche e Pontalis, 1967): è una soluzione, a cui è difficile rinunciare perché stabilisce un nuovo equilibrio e comporta vantaggi sia secondari sia primari (Giannakoulas e Fizzarotti Selvaggi, 2003). Da una parte, infatti, la pulsione ha trovato una modalità di scarica e la censura è riuscita a spostare l'attenzione dall'inconscio al somatico, dall'altra parte il ruolo del malato offre attenzioni e giustificazioni.

(bisogno di punizione) attraverso il masochismo dei sintomi (e il conseguente piacere, libero dalla pena di desiderare).⁶¹ Se un soggetto traumatizzato è anche ferito,⁶² la nevrosi è meno probabile perché nell'economia psichica, la ferita corporea richiede un sovrainvestimento narcisistico che lega l'eccitamento sovraeccedente.

In sintesi, pur riconoscendo le differenze strutturali e storiche tra una persona e l'altra, il corpo malato costituisce lo strumento di elezione per il fantasma e questo fa del sintomo il pensiero suggeritogli dal corpo, sempre presente e agito, anche quando come nella psicosomatica, la cronicizzazione sembra dissolverlo. L'abbandono della via simbolica comporta, perciò, la messa in atto del fantasma nel corpo e dal corpo.

La malattia è dunque regressione al funzionamento autoerotico, al principio di piacere, al disinvestimento della realtà esterna: sia nel caso di una malattia "reale" che di una simulazione, l'individuo smette di amare finché dura la sua sofferenza, per cui la malattia è la scusa e il mezzo per diventare estranei al mondo. Il conseguente sovrainvestimento autoerotico (un eccesso di presenza a se stesso) diventa una difesa narcisistica quale testimonianza della fragilità dell'Io⁶³ a confronto con le pulsioni (anch'esse concetto limite tra psichico e organico, Freud, 1905, p. 479) e ricalca l'esperienza delle nevrosi attuali o ancor prima della relazione con l'altro

⁶¹ Laddove questo avviene durante l'analisi (malattia intercorrente), si pone comunque il problema della diagnosi differenziale e rimane che la malattia è funzionale all'interruzione della terapia, per cui inconsciamente non è una complicazione ma favorisce una remissione dei sintomi isterici. Ad esempio, capita che i soggetti si ammalinino proprio quando l'analisi va bene perché solo così possono assumere una colpa soggettivata ma silenziosa e goderne (Assoun, 1997).

⁶² Freud si è occupato di nevrosi da guerra. Interpellato in qualità di esperto in una causa per capire se l'imputato fosse un simulatore (ma ogni nevrotico lo è ed è proprio chi conosce meglio il funzionamento organico che sottovaluta il fattore psicologico), Freud finisce con il ribaltare la tesi che ne farebbe un'espressione di vigliaccheria: la nevrosi è l'escamotage dell'Io-di-pace per sopravvivere, fermando il suo doppio, bellicoso e temerario, che mette a repentaglio la propria sopravvivenza pur di ottenere godimento (Assoun, 1997). Allo stesso modo, in seguito a un'operazione chirurgica, che ha sempre il valore di una castrazione, se l'effrazione corporea si concentra sul punto di una sessuazione fragile per la particolare storia del soggetto, si è così vicini a certi fantasmi, che, ormai in-denegabili, fanno scompensare la persona (Assoun, 1997).

⁶³ "L'Io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie" (Freud, 1923, p. 488), la sua nascita e la sua separazione dall'Es richiamano il ruolo della percezione. Insieme metafora e metonimia del tutto biologico (Laplanche, 1987), non ha bisogno di una pelle, perché l'Io è pelle, anzi se non c'è corpo dell'Io, l'Io è solo corpo (Assoun, 1997), per cui si può forse ipotizzare paradossalmente che non è la patologia somatica a proteggere l'integrità psichica ma che la patologia con una peculiarità psichica è una soluzione funzionale alla sopravvivenza somatica (Genovese, 2008).

(filogenesi e ontogenesi).

Non è del tutto d'accordo con questa interpretazione C. Genovese (2008): guardare all'emergere di problemi somatici come a una difesa nei confronti di un dolore mentalmente incontenibile, significa giustificarlo in base ad una regressione a fasi preverbali dello sviluppo, dunque gerarchizzare le patologie da quelle narcisistiche a quelle psicosomatiche fino a quelle nevrotiche. Questa ipotesi, approfondita dalla scuola francese,⁶⁴ esercita una notevole attrattiva per la sua linearità anche se proprio questa potrebbe fuorviare per l'eccessiva semplificazione esplicativa.⁶⁵ Per Genovese (2008), non si può applicare un modello di regressione alle patologie psicosomatiche, ancor meno quello di fissazione, che confonde l'origine del problema (il funzionamento elementare) e il lavoro psichico necessario per la soluzione patologica, né elementare né primitivo. La sindrome, infatti, investe nel tempo molte risorse e elaborazioni mentre non ci possono essere fissazione e regressione in una crisi asmatica che non è mai stata parte del funzionamento normale.

Il rapporto tra mente e corpo e quindi il senso delle patologie psicosomatiche si chiarisce a Genovese (2008), descrivendo le fasi iniziali della vita psichica.⁶⁶ Debitore di Winnicott e Gaddini, Genovese descrive *l'enfant* all'epoca in cui psichico e somatico sono interdipendenti,⁶⁷ l'oggetto esterno

⁶⁴ Autori come Marty e De M'Uzan ma anche Fain e David, pongono l'accento su tre caratteristiche centrali dei pazienti psicosomatici: difetto di mentalizzazione, pensiero operatorio e organizzazione delle difese secondo le modalità delle nevrosi di carattere (Bevilacqua et al., 1982). Essi ipotizzano che all'inizio della vita psichica prevalga un funzionamento elementare basato sui processi corporei, per cui la vita fantasmatica subentrerebbe in un secondo momento, ad opera della seduzione materna.

⁶⁵ Nella teoria di Freud, infatti, l'orale, l'anale ecc. sono non solo espressioni del funzionamento corporeo ma soprattutto forme che l'organizzazione psichica assume per le sue pulsioni, ecco perché al di là della fonte, si possono usare anche quando si parla di nevrosi. Estendere questo modello ad aree repulsionali significa trasformare indebitamente la teoria del sessuale in una psicologia dello sviluppo, che, tra l'altro, focalizzerebbe la sua attenzione sulla seduzione materna ma senza contraltare nella dimensione del bambino come essere seducente e seducibile (Genovese, 2008).

⁶⁶ Nella situazione antropologica fondamentale (Laplanche, 1987), il bisogno biologico (pulsione di autoconservazione) non fonda la realtà psichica (pulsione sessuale), piuttosto quest'ultima nasce dalla traduzione parziale dei messaggi enigmatici, trasmessi dalla madre al figlio nella violenza della seduzione originaria, che si basa sul naturale e necessario contatto fisico e asimmetrico tra adulto e bambino.

⁶⁷ *"Il Sé del neonato è tutto nel suo corpo"* (Bettelheim, 1987, p. 192), tanto che se la madre venisse a mancare troppo precocemente, porterebbe *"via con sé, senza che alcuno se ne renda conto, anche la bocca del neonato (...), parte del naso, delle labbra, dei bronchi, della lingua, dell'udito e dell'olfatto"* (Dolto, 1984, p. 198).

non esiste e l'angoscia ha il senso di una tensione crescente ingestibile, che produce la paura di un crollo catastrofico, di un annientamento psicofisico. L'Io emergerà dall'esperienza di minacce di annichilimento ripetutamente superate e imparerà a rapportarsi al corpo. Genovese (2008), però concorda con Assoun quando conclude che il sintomo dei pazienti psicosomatici è la *“trasformazione da parte del mentale del funzionamento somatico, il quale acquista così un senso che per sua natura fisiologicamente non ha: in altri termini, la fantasia è solo apparentemente assente, mentre in realtà è creativamente espressa nel corpo.”* (ibid., p. 69).

La possibilità di pensare il lavoro del fantasma anche dietro un sintomo inaccessibile all'attività simbolica valorizza gli spunti metapsicologici freudiani e restituisce una ipotesi di più ampio respiro rispetto a quanti, distinguendo tra somatizzazione e conversione (posizione nuovamente dualistica), credono che il sintomo possa semplicemente o tradurre fisicamente un conflitto psichico o testimoniare l'impossibilità di mentalizzazione. Non si tratta neanche di ridurre la malattia a una qualche nevrosi (Assoun, 1997) cioè di esplicitare un monismo psicologico che è stato tentato nel corso del tempo da diversi Autori e che oggi trova la sua espressione più matura nella Scuola Argentina. Luis Chiozza, che ne è il massimo esponente, infatti, scrive che la questione del rapporto tra mente e corpo è mal posta perché permane in un impianto teorico dialettico che ricerca le cause più che il senso (Brutti e Parlani, 1995). La stessa psicoanalisi non si riferirebbe al corpo “biologico” ma alle rappresentazioni verbali che investono il “corpo del desiderio”. Se Genovese (2008) descrive il corpo quale luogo di espressione di una fantasia, dunque strumento dello psichismo, Chiozza ipotizza al contrario che lo psichico sia presente in ogni cellula umana (Scotti, 1982). Traendo spunto dagli scritti di Groddeck⁶⁸ e

⁶⁸ La sua influenza è pressoché nulla (forse resta un segno solo nell'opera di Ferenczi) ed è anche logico se si ammette l'insufficienza teorica e si osserva la sua metodologia, troppo legata alla propria personalità. Bizzarro e iperbolico (Langan, 2008), Groddeck non crede nel dualismo mente-corpo ma nell'esistenza di una potenza assoluta e sfuggente, l'Es, per la quale nulla è a caso o caotico. Secondo un processo simile a quello onirico, il corpo è allora una mappa di rappresentazioni simboliche, dal battito cardiaco, alla simulazione isterica fino al cancro e alla possibilità stessa di guarire. Questa

von Weizsäcker,⁶⁹ egli afferma, infatti, che gli organi sono anche luoghi di produzione delle fantasie, dotati di un loro linguaggio universale che rivive nei miti e simboli collettivi e che si interseca con la specificità della propria storia individuale. In questo contesto teorico, laddove resta “strangolato” e incapace di esprimersi attraverso rappresentazioni consapevoli, l’affetto ha un’unica opzione possibile: il sovrainvestimento delle sue tradizionali chiavi di innervazione e quindi la modificazione della struttura o della funzione di una parte del corpo. Il sintomo o la patologia conseguente allora sono definiti somatici solo perché hanno un significato che non arriva alla coscienza ma questo non annulla il loro carattere psichico. Di conseguenza, la psicoanalisi non può occuparsi delle affezioni organiche in quanto dotate di un senso, che, però, resta inesplorato ogniqualvolta si individua per una malattia la sua causa necessaria (ma non sufficiente, Scotti, 1982).

Il suo contributo, al di là delle impostazioni teoriche contestabili e contestate, è sostanzialmente pratico. Il suo studio patobiografico,⁷⁰ infatti,

visione finisce per essere, però, totalmente indifferenziata e antidialettica, nonché difficilmente conciliabile con la metapsicologia freudiana (Bevilacqua et al., 1982). L’eredità di Groddeck sta, però, nella consapevolezza che solo il paziente può decidere di guarire (il medico è il servo del medico che è dentro il malato), ma il dottore può aiutarlo soprattutto se coinvolto nella propria identità e non solo conoscenza: l’enfasi, dunque, è posta sulla relazione (tanto che l’Es individuale è solo una definizione convenzionale), relazione che ha il suo valore nel *qui ed ora* di due persone che abitano un setting con i loro corpi (Langan, 2008).

⁶⁹ Secondo von Weizsäcker (1950a; 1950b; 1951; 1955), appare evidente che l’introduzione della psicologia in un modo di ragionare puramente scientifico richieda un cambiamento profondo: significa, infatti, non solo studiare il gruppo di malattie psichiche ma chiedersi se tutte le malattie sono di natura psichica, dunque dire che l’aspetto psicologico non è solo un tratto aggiuntivo sporadico ma un elemento integrante. Se la vita è nascosta a se stessa, la guarigione consiste semplicemente nella sostituzione di un modo di vivere con un altro, la malattia è un ordine vitale non riuscito, è un modo di essere uomo e pertanto ha un senso, non è casuale. La natura è realizzata storicamente e la scienza stessa si ridurrebbe a un modo di comportarsi senza pretese di verità assoluta, solo un mezzo e non un fine, per quanto l’uomo vi ricerchi invece la conferma alle proprie convinzioni (in verità “... crede ciò che non sa e che crede più di ciò che sa”, p. 170).

⁷⁰ Lo studio patobiografico è un procedimento complesso e profondo, finalizzato a influire sul decorso di una malattia somatica attraverso lo sforzo congiunto di un lavoro d’equipe. Il materiale oggetto di interpretazione psicoanalitica si costituisce a partire da quattro fonti:

- a) Un’inchiesta sulla malattia attuale e sui ricordi, desideri, cioè una biografia schematica, ottenuta attraverso un questionario dettagliato in tre o quattro colloqui di due ore ciascuno. La ricostruzione di momenti di crisi e difficoltà personali permette di constatare quanto spesso coincidano cronologicamente con determinate malattie o incidenti, così da decifrare in parte il linguaggio degli organi. Si aggiungono anche un breve racconto, il resoconto di un sogno e la narrazione di un film e un romanzo liberamente scelti.
- b) Una diagnosi clinica dettagliata dello stato fisico generale e della malattia del soggetto: il fattore specifico scatenante il malessere attuale aiuterebbe a identificarne il significato inconscio.
- c) Qualche fotografia del soggetto in periodi diversi della propria vita e delle persone per lui significative.

ha il grande merito di aver più volte riflettuto sulle caratteristiche e modalità di una presa in carico olistica che attraverso tutto il peso della tradizione clinica psicoanalitica possa inserire in modo serio e convinto la malattia del paziente in relazione con il contesto e i significati condivisi, con la storia personale così come si è svolta nel tempo, erede anche dei fantasmi delle precedenti generazioni.

Di parere ben diverso è André Green, che ha avuto un acceso dibattito sul tema del rapporto tra mente e corpo con Luis Chiozza nell'ambito di un seminario internazionale tenutosi nel 1989 a Roma.

Per André Green (1991) il linguaggio d'organo, infatti, ha proprio la specificità di non comunicare pur restando un linguaggio. Può sembrare una contraddizione di termini ma non lo è se si pensa che anche il sogno ha un suo vocabolario ma non è teso a comunicare, se non quando fallisce i suoi obiettivi: a detta di Freud, il sogno migliore è quello che si dimentica, come la rimozione realmente riuscita non dovrebbe lasciare tracce. La malattia organica, dunque, non distrugge la significazione ma la sua finalità, che consiste nel rifiutare una parte della realtà più che nel ridurre l'angoscia (come accade invece nel sintomo nevrotico), impone un prezzo da pagare: un blocco nel funzionamento mentale, l'impossibilità per lo psichico di trovare un modo per superare il funzionamento autistico del somatico, un'assenza di relazione tra sé e sé. Se il corpo è estraneo alla mente, il che non significa che non sia psichico, ma che ne resta sconosciuta la forma alla coscienza, è anche vero che il radicamento nel corpo è indispensabile ma

d) L'osservazione del paziente e del suo rapporto con l'equipe dello studio.

Tutto il materiale raccolto si compone di circa 30-40 pagine e viene sottoposto per ore a riflessione, elaborazione e discussione da più psicoanalisti che cercano di individuare una tematica universale tipica di quella biografia e dunque anche della patologia attuale. La malattia, infatti, nasconde alla coscienza del malato una parte (drammatica) della sua storia e costituisce anche una correzione ugualmente simbolica, soggettiva e magica a quest'aspetto insopportabile di sé. Individuarne i motivi significa restituire senso al sintomo e ri-significare la malattia nei termini della migliore soluzione personale che si è riusciti a trovare nel proprio equilibrio.

La comunicazione oggetto dei due colloqui finali, viene preparata per iscritto, ad uso del medico che la comunicherà verbalmente al soggetto, visto che è nella relazione che può assumere un senso e aiutarlo a chiarire il legame tra la malattia e il dramma della propria vita.

non basta a definire lo psichismo, c'è bisogno di altro:⁷¹ in primis l'oggetto perché la comunicazione nasce dalla relazione, riecheggiando in parte le teorie più sopra esposte sull'origine della vita psichica. Non ha senso capire se viene prima il fisico o il mentale, perché l'individuo è pensabile solo in un contesto almeno bipersonale (De Toffoli, 2001). Non importa decifrare e distinguere tra somatogenesi e psicogenesi, ammessa anche un'ipotesi mista del sintomo, ciò che conta per Green (1991) è solo che *lo psichico altro non è che la relazione tra due corpi di cui uno è assente*, per cui la relazione con il corpo è possibile solo nella dimensione più ampia del rapporto con l'oggetto (Maggioni, 1997). Il corpo è un singolare plurale: *corps* in francese, come si suol dire, prende una esse, rimanendo invariato al plurale e allo stesso modo *Körper* in tedesco si usa per uno e per tanti (De Toffoli, 2001). Scrive C. De Toffoli (2001, p. 469): “Viene spesso, e a ragione, citata l'affermazione di Freud secondo cui l'Io è prima di ogni altra cosa un Io-corpo. È invece meno citata un'altra intuizione di Freud, che colloca la sussistenza dell'Io nella trama degli affetti: “Vivere è dunque per l'Io equivalente all'essere amato” (Freud, 1922, p. 87)”.

Se il linguaggio d'organo non comunica, per dimostrare il senso del sintomo, bisognerebbe collocarsi secondo Green (1991) in una posizione esterna alla psicoanalisi tradizionale, come hanno fatto quanti cercavano il *setting* più adeguato al contenimento e al trattamento delle psicosi. La psicoanalisi, infatti, è un lavoro al negativo, il cui strumento di elezione, il linguaggio, è sempre in rapporto con l'assenza dell'oggetto e si interessa proprio all'effetto di questa assenza.⁷² Piacere e mancanza, morte e simbolo,

⁷¹ In tal senso anche la nozione cartesiana della coscienza fondata sul “*cogito ergo sum*” non è autosufficiente e incontestabile perché intrattiene un legame permanente con un “altro” anche se quest'interlocutore non è presente (Orgiazzi Billon-Galland, 2003, p. 188).

⁷² È molto interessante la lettura che fa Haynal (2008) del rapporto masochistico tra Freud e il suo corpo (un corpo malato che negli ultimi anni della sua vita fu sottoposto a ben 33 operazioni) per comprendere il contesto in cui si inseriscono alcune scelte di campo fatte dal padre della psicoanalisi nella metapsicologia. Accanto all'indagine del rapporto tra Freud e il suo corpo, c'è poi l'approfondimento del legame tra lo psicoanalista e il suo corpo nell'ambito della relazione terapeutica. In effetti, l'analista può pensare alla sessualità “*Ma la sessualità presente, sul lettino, all'interno della relazione transfert e controtransfert, oh, che terribile idea!*” (ibid., p. 23). Langan (2008), ad esempio, ricorda le critiche di Freud alle sperimentazioni di Ferenczi: il contatto fisico nell'intimità del setting contiene la minaccia di scandalosi atti sessuali per cui anche una stretta di

oggetto della psicoanalisi, sono facce di una stessa medaglia.

Anche se Green (1991) tiene a sottolineare la distanza da Lacan, il suo dibattito richiama alle teorie di quest'altro Autore. Come scrive Fraire (2010), infatti, per avere un corpo è necessaria una doppia alienazione perché il corpo appartiene al singolo solo quando lo pensa, dunque oggettivato e investito da un Io, un soggetto che si costruisce in relazione. Non si tratta di semplice traduzione sensoriale dell'eccitamento perché il corpo è storico, *“il corpo biologico è opaco al linguaggio, ostico alla significazione resistente anche alla sessuazione”*. Il corpo è il vero altro da sé, irriducibile ai codici della psiche, per cui vi immette un elemento di imponderabilità che si dovrà prima o poi riferire alla mortalità. È il reale lacaniano.

La sterilità, quale nuova forma di isteria (Ikiz, 2009; Bydlowski, 1997) esprime la difficoltà strutturale del rapporto tra i sessi (Fiumanò, 2000), è il sintomo della contemporaneità che testimonia la difficoltà di individuazione, di affermazione di sé in relazione all'altro (Ripa di Meana, 2009), perché la procreazione è forse l'unica azione umana a costituire un discorso a parte: è l'espressione più evidente di incontro tra due esseri distinti, nella generazione di un terzo, forse l'unico vero terzo della vicenda umana, ribaltando così le tradizionali triangolazioni edipiche e simboliche (Fraire, 2010). La procreazione, dunque, lascia una traccia extraverbale irriducibile nell'incontro di due soggetti in parte sconosciuti a se stessi (Fraire, 2010).

mano rischia di essere inconsueta per la rispettabilità professionale. Laddove, però, il corpo diventasse un frammento insignificante, potrebbe vendicarsi (Haynal, 2008) perché nello spazio analitico la fisicità è importante: si tocca con le parole, si osserva il linguaggio del corpo che traduce emozioni e questo vale sia per il paziente sia per lo psicoanalista. Nella seduta si dice che si ricorda, che si *rimembra*, appunto, cioè che in qualche modo si rimettono insieme le membra, le parti di sé, corpo compreso (Langan, 2008).

***Il vissuto psicologico
delle coppie infertili:
dal desiderio di un figlio
alla fine dell'iter medico***

Per la loro trasposizione in una dimensione divina, collettiva, trans-storica e trans-personale, i miti e le favole sono un'utile testimonianza dell'importanza che assume, da sempre e presso le varie culture, il tema della filiazione, per cui la sterilità è considerata una maledizione divina e la donna, che è l'unica tradizionalmente a esserne colpita (Faure e Pragier, 1987), è isolata e disprezzata (Brustia Rutto, 1996). C. Chabert (2009), ad esempio, riflette sul fatto che sebbene le favole terminino tutte con la formula un po' sbrigativa “*E vissero felici e contenti*”, molte cominciano con la difficoltà della coppia, spesso regale e osteggiata da una figura femminile magica e ostile, di avere un erede, difficoltà a cui non si presta attenzione, eppure basterebbe collegarsi a queste premesse per comprendere il tragico destino dei protagonisti. In effetti, i miti sono una delle tante soluzioni possibili per accettare senza superare il senso di una contraddizione logica (Moroncini, 2010), in primis quella legata alla differenza tra i generi e le generazioni, mentre le fiabe, da quelle in cui prevalgono fantasie di onnipotenza e desideri narcisistici a quelle in cui dominano nostalgia e egoismo, fino alle favole che prevedono amore e lieto fine, contengono tutte un messaggio: un figlio può essere solo un dono, come scrive Auhagen-Stephanos (1991), che ne fa un'attenta e interessante rassegna all'inizio del suo libro.

Non avere figli è una forma di trasgressione della legge divina “crescete e moltiplicatevi” (D'Orsi, 2008) ma nella Genesi la questione della sterilità

appare molto presto, i tre padri fondatori di Israele, infatti, Abramo, Isacco⁷³ e Giacobbe,⁷⁴ hanno tutti problemi ad avere una stirpe. L'umanità nasce al prezzo di un rifiuto della norma divina (Winter e Mingasson, 2006). Il parallelismo tra la clinica della procreazione assistita e il mistero dell'Incarnazione⁷⁵ (Ansermet et al., 2007), le storie bibliche di Sara (Atlan e Botbol-Baum, 2007) e di Elisabetta (Preta, 1999a), conclusesi con un lieto fine, si ricollegano agli esempi letterari. M. Bydlowski (2009) cita *Yerma* di Federico Garcia Lorca, il personaggio Caterina di Moravia e la *Donna senza ombra* di Richard Strauss (Bydlowski, 2003; Auhagen-Stephanos, 1991).

Come ricorda Tevfika Ikiz (2009), S. Freud parla di sterilità solo in un saggio e ne fa una manifestazione isterica: in una *Lettera a Fliess* del sei dicembre 1896, Freud sembra considerarla una conseguenza nevrotica ma non approfondisce il discorso. Fornisce una serie di spunti in modo indiretto in *Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico* (1916), in cui si

⁷³ Rebecca concepirà dopo venti anni di matrimonio da Isacco (Vassas, 2001).

⁷⁴ La storia di Giacobbe è ben raccontata da Vassas (2001) ne "*Le corps à la lettre. Ou les quatre femmes de Jacob*". L'infelice Lia è odiata da Giacobbe mentre la sorella Rachele, troppo bella e desiderabile, non può che essere amata senza diventare madre. Entrambe offrono a Giacobbe le loro schiave per avere una progenie, prima di diventare madri a loro volta. Questi esempi biblici sono spesso citati come forma di fecondazione eterologa ante-litteram ma bisogna evitare distorsioni ideologiche o banalizzazioni (Di Pietro e Tavella, 2006). Ad esempio, rivelano una genealogia matrilineare perché l'appropriazione di maternità da parte della padrona sterile non avviene a prezzo dell'espropriazione della persona feconda. Inoltre, è soprattutto il desiderio femminile più che la procreazione in senso stretto ad essere approfondita, perché racconta che le donne sterili non si rassegnano al loro destino: l'infertilità sembra non essere mai una questione maschile, ma un problema tra la donna e Dio, capace di risolversi anche attraverso la fecondità di una serva che partorisce sulle ginocchia della padrona. Ultima nota, il proprio nome nasconde un destino: nella tradizione giudea ciascuna lettera fa segno, per cui, come Sara, moglie di Abramo, perde la "i" finale con la maternità, così le due figlie di Labano sanno che il loro nome anticipa un futuro fecondo perché racchiude alcune delle lettere della significazione esoterica del nome di Dio.

⁷⁵ Chasseguet-Smirgel (1996) riflette sul fatto che i primi culti, tutti rivolti a una Dea-Madre, sarebbero tramontati con il riconoscimento del ruolo del padre nella generazione. Così nascono Zeus per i Greci e Marduk, il dio babilonese che crea il mondo dalla distruzione del caos, rappresentata dal mostro femminile Tiamat. Lo stesso, meno aggressivamente, succede nella Genesi, con il Dio ebraico. In effetti, l'Antico Testamento è percorso dal principio paterno e non c'è un aldilà, ma una vita eterna garantita dalla successione delle generazioni. L'appartenenza alla stirpe, quale trionfo della specie sull'individuo si lega sempre alla lotta all'idolatria. Con il Nuovo Testamento, però, si afferma un principio nuovo, poiché "*La verginità della madre del Cristo rappresenta l'estremo della squalificazione del padre.*" (ibid., p. 42). Il Cristianesimo ci offre così una versione perfetta del romanzo familiare: ci si può immaginare sostituito più glorioso di un umile genitore che Dio stesso? D'altronde, se si considerano le religioni non come verità rivelate ma come creazioni dello spirito umano, Ebraismo e Cristianesimo rappresenterebbero due espressioni differenti e, su alcuni punti, opposte, di desideri umani fondamentali.

susseguono le riflessioni sul *Macbeth*⁷⁶ e sul dramma di Ibsen, *Rosmerholm*, intorno al tema centrale della punizione per la trasgressione, che si sdoppia in più protagonisti e che lascia sullo sfondo l'argomento comune dell'infertilità. Ci ritornano S. Faure e G. Pragier (1987), che notano, ad esempio, come Freud attribuisca la sterilità sempre a Lady Macbeth sebbene dovrebbe essere la punizione per il parricidio perpetrato dal partner e sebbene tutto faccia pensare che ella abbia avuto almeno un figlio da un precedente matrimonio (Knights, 1933). È come se necessariamente si unissero tendenze omicide e infertilità: l'assenza di figli perpetua in fantasia un omicidio inconscio, un desiderio infanticida preceduto da un parricidio e punito dal Super-Io. Altre sono le spiegazioni possibili: per Freud, anche il desiderio di potere e l'ambizione di Lady Macbeth la allontanano dalla maternità perché sono caratteristiche della potenza virile, quindi rimandano ad una invidia del pene mai superata e di conseguenza all'odio per una madre che non l'ha fatta nascere maschio. Il carattere edipico celato dietro l'assenza di figli può anche ricalcare la punizione per un amore incestuoso (di Lady Macbeth verso Duncan) per cui l'uccisione pre-concezionale (si sacrifica la discendenza) maschera la colpa. Macbeth alla fine verrà ucciso, come predetto dalle streghe, da Macduff, colui che non nacque naturalmente dal corpo di donna: partorito tramite cesareo e involontariamente responsabile della morte della madre, simboleggia il figlio che punisce i genitori per i propri desideri infanticidi, unico modo per permettere la successione delle generazioni. In questo, Macduff assomiglia a Edipo (Faure e Pragier, 1987), che è costretto a uccidere Laio per farsi strada, entrambi caratterizzati dalla tendenza all'agito, entrambi con un oracolo mortifero nel confronto tra le generazioni, quindi in fuga da una situazione per loro potenziale ma per il dramma già effettiva, nella passione

⁷⁶ Nella tragedia shakespeariana, Macbeth sale al trono dopo aver ucciso, su incitazione e aiuto della consorte, il re Duncan di Scozia. Viene coinvolto anche in altri omicidi, compreso quello del suo migliore amico. Una volta salito al trono, però, emerge l'impossibilità di un erede, mancanza che rende vani tutti gli sforzi compiuti (Ikiz, 2009).

di non sapere (Napolitano, 2010).⁷⁷

D'altronde, la tragedia sofoclea si incentra su un giovane alla ricerca delle proprie origini, nel tentativo di capire se è un uomo.⁷⁸ Questo è anche l'enigma della Sfinge, figura femminile i cui tratti la collocano tra l'oracolo di Delfi (che sostituisce) e la madre Giocasta (che si suiciderà nello stesso modo), posta all'ingresso di una città, Tebe, colpita dalla maledizione dell'infertilità.

In tutte le culture la nascita prende senso all'interno dell'ordine di successione delle generazioni, dei legami di parentela, della definizione di ruoli e delle funzioni paterne e materne, cosicché ogni individuo nasce in una trama di alleanze inconsce prestabilite, di discorsi e miti che uniscono contratto narcisistico (Aulagnier, 1975) e patto denegativo (Kaës, 2000). Ogni gruppo umano dispone di usanze, riti, che trascendono la temporalità del corpo fisico (Campbell, 1988), leggi che codificano l'evento della procreazione e i ruoli dei soggetti coinvolti, così come istituzioni che, sostenute senza ambiguità dalle strutture sociali e dal sapere condiviso, costituiscono soluzioni culturali all'evento della sterilità (Héritier-Augé, 1989; Cailleau, 2006; Auhagen-Stephanos, 1991). La filiazione, attraverso cui si definisce l'appartenenza a un gruppo e la relazione alla coppia genitoriale con tutti i diritti ereditari che ne derivano (Fine, 2002), è dunque un processo socialmente e culturalmente costruito (*filiazione istituita*), per quanto sembri invece coincidere con la legge biologica della consanguineità (Fine, 2002).⁷⁹ Essa comporta degli effetti sul vissuto e sull'identità del

⁷⁷ A tal proposito, si consiglia anche Devereux G. (1953). *Why Oedipus Killed Laius—A Note on the Complementary Oedipus Complex in Greek Drama*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, pp. 132-141.

⁷⁸ Come racconta Napolitano (2010), Edipo si pone in una condizione di eccezione, essendo zoppo alla nascita, (a tre e non quattro zampe) e cieco da anziano (e sempre accompagnato, quindi a quattro e non tre zampe).

⁷⁹ Si rimane sempre molto stupiti di fronte a culture che scelgono un sistema trans-generazionale differente (Fine, 2002). La filiazione conosciuta in Occidente è bilaterale, considera “vera” la madre che partorisce e “vero” il padre identificato attraverso la prova del DNA perché attraverso l'ideologia del sangue trasmette caratteristiche genetiche e valori morali (Fine, 2002). Il modello genealogico, per il quale ciascun individuo nasce da altri due di sesso diverso, non veicola solo il fatto che l'erede è figlio della natura, ma anche una norma che aiuti a stabilire che non si è figli o figlie se non in queste condizioni (Fine, 2002). Di conseguenza, l'omoparentalità accende il dibattito e nel caso

singolo nella catena intergenerazionale (*filiazione narcisistica e immaginaria*, Guyotat, 1980) perché ogni individuo è tale solo in riferimento ad altri (Zurlo, 2002a).

Paradossalmente, il progresso della biologia medica ha permesso di autenticare la filiazione attraverso i test sul codice genetico e di dare una discendenza alle persone che non potevano riprodursi a causa di anomalie cromosomiche (Jordana, 2002). Allo stesso modo, la diffusione delle tecniche di procreazione assistita ha valorizzato la genitorialità desiderata e scelta e la parentalità sociale soprattutto per il padre nei casi di fecondazione eterologa. Eppure, nell'epoca in cui la paternità può essere biologicamente provata grazie a test genetici, la procreazione con donatore anonimo⁸⁰ esclude dalla filiazione una parte del legame biologico, per garantire a uno solo dei partners una genitorialità naturale e tutto questo avviene in modo completamente legale, accettato socialmente e fuori dalle discussioni morali, poiché è costruito senza adulterio (Jordana, 2002).⁸¹ Un figlio è anche un dono tra i sessi (Quintili e Lupoli, 2009), cioè ha il valore di uno scambio, che presuppone un terzo, referente comune sia per chi dà che per chi riceve. Un investimento medico e finanziario importante è il prezzo da pagare per l'impasse delle elaborazioni psichiche sulla filiazione tanto a livello individuale quanto collettivo. Senza dubbio questo punto di ancoraggio al reale è necessario almeno per alcuni, per appropriarsi veramente del bambino e dargli il suo posto nella filiazione immaginaria (Jordana, 2002). Si ripropone così la ricerca di un figlio come se rispondesse a un istinto e la preferenza della tecnica all'adozione⁸² conferma proprio la

dell'adozione o della donazioni dei gameti, si prevede che il genitore genetico sia un soggetto sconosciuto, silenzioso e anonimo.

⁸⁰ Si può constatare come ogni volta che la filiazione si colloca all'esterno della trasmissione biologica, la legge organizza un segreto, sebbene non c'è ancora una sufficiente elaborazione del suo significato: il segreto è dunque rivelatore di un'impasse psichica per la quale l'agito e il diniego impediscono l'apertura al conflitto e al rimosso (Jordana, 2002).

⁸¹ È bene sottolineare, però, che la scelta del materiale genetico non è casuale, anche laddove la legge non consente una selezione da parte della coppia, l'equipe medica lavora comunque favorendo la corrispondenza dei gruppi sanguigni e delle caratteristiche morfologiche (Jordana, 2002).

⁸² Con l'adozione, si è in una posizione di uguaglianza rispetto al bambino e nessuno saprà mai chi è sterile, con l'eterologa, invece, il bambino sarà almeno di uno dei due, a garantire la continuità generazionale.

priorità data al legame biologico, priorità poi rinnegata da quanti sostengono che rivelare il segreto delle origini al figlio non è importante né necessario perché anzi significherebbe valorizzare in modo (indebitamente) eccessivo la filiazione biologica a discapito del legame affettivo.⁸³

L'enigma della propria nascita è parte dell'immaginario individuale⁸⁴ che si interroga sul segreto dell'origine (D'Arrigo, 2009), attraverso il romanzo familiare o, nella sua versione psicotica, attraverso il delirio di filiazione (Chasseguet-Smirgel, 1996). Esso è anche una componente evolutiva essenziale, che si lega indissolubilmente alle domande sulla morte (Ciambelli, 1999), nonché il punto ineludibile di contatto tra discipline diverse (D'Arrigo, 2009): la conoscenza ha inizio proprio dal desiderio infantile di avere una risposta in merito. Freud, ad esempio, a proposito della pulsione epistemofilica, scrive nel 1905: *“la pulsione di sapere dei bambini è, inaspettatamente presto e con inattesa intensità, attratta dai problemi sessuali, anzi ne è forse risvegliata per la prima volta. Non sono interessi teorici bensì pratici quelli che mettono in essere nel bambino l'attività esplorativa... Il primo problema che lo occupa... è l'enigma: da dove vengono i bambini? In una forma distorta, che si può facilmente eliminare, questo è pure l'enigma che la Sfinge di Tebe deve porre.”* (ibid., pp. 502-503). Le teorie infantili si costruiscono nella ricerca di un sapere mai conquistato finché il desiderio non incontra la Legge del Padre che proibisce di conoscere la Madre (Nunziante Cesàro, 2000a). L'introduzione alla temporalità, la differenziazione, lo spazio del simbolico passano attraverso il tabù dell'incesto e i divieti edipici. In un collegamento letterario affascinante con il *Faust* di Goethe⁸⁵, Silvia Vegetti Finzi (1999) ricorda come la manipolazione ed il controllo dell'origine della vita, tipici

⁸³ Secondo il dottore Didier David (2001, cit. in Jordana, 2002), ad esempio, *“la posizione di certi «psy» a favore di una rivelazione sistematica è criticabile nel senso del primato del reale del biologico nella filiazione e mette al secondo posto la filiazione narcisistica.”*

⁸⁴ Oggi sostituito dall'indagine visiva estesa alle fasi aurorali del concepimento o addirittura alle sue premesse, con l'immagine preformata elaborata dalle macchine (Duden, 1991).

⁸⁵ Mefistofele e Wagner, assistente di Faust, mettono al mondo un homunculus in provetta in un laboratorio medievale, dove *non vi sono né amanti né amore* e la tecnica domina incontrastata nella produzione di oggetti mercificabili.

della medicina di cura della sterilità, appiattiscano la dimensione storica a favore del tempo presente (si pensi alla crioconservazione del materiale genetico per esempio) e questo sembra rendere più comprensibile il fatto che si tenga nascosto al figlio la modalità del suo concepimento (Fagandini et al., 2006). In effetti è spesso presente il tema del segreto, almeno nei paesi di lingua cattolica (Anserini, 2004), che trova una sua giustificazione nell'apparentemente altruistica volontà di preservare il bambino dal trauma di una simile rivelazione (Salerno, 2002) o nella paura di rovinare il rapporto con lui (Araya Krstulovic, 2009).⁸⁶ Più realisticamente, c'è anche l'esigenza egoistica di rimuovere le modalità di concepimento (Salerno, 2002) per preservare la propria immagine narcisistica e allo stesso tempo difendersi dall'angoscia persecutoria per la trasgressione di un divieto e il senso di colpa e vergogna che restituisce anche la percezione della fragilità soggettiva (Francesconi e Scotto di Fasano, 2005). Per l'uomo si tratta di allontanare la svalutazione della propria virilità; per la donna, che pensa che nessun'altra accetterebbe mai le dure prove della procreazione assistita (Jordana, 2002), si tratta di non sminuire il compagno, proteggendolo fino anche a far credere di essere lei ad avere dei problemi, pur di non dare l'occasione inconscia a suo padre di poterle dire “*non hai saputo trovare di meglio come marito?*” (Jordana, 2002).

In una società moderna che misura il valore della persona sulla sua capacità di produrre, la difficoltà di mettere al mondo dei figli mina la propria autostima e sembra che le donne siano maggiormente costrette dalla loro fisiologia a porsi in modo più urgente e pressante la questione della

⁸⁶ Una recente rassegna bibliografica di R. Araya Krstulovic (2009), ad esempio, dimostra come mantenere l'anonimato sia importante soprattutto per il donatore nel caso di fecondazione eterologa, come le coppie eterosessuali del sud Europa siano più reticenti a svelare al figlio la modalità del suo concepimento e, approfondendo la ricerca con una popolazione CECOS, come la rivelazione, fatta solitamente da entrambi i membri della coppia congiuntamente e su iniziativa parentale, abbia lasciato nella metà dei casi i figli indifferenti. C'è, però, anche da sottolineare che i bambini coinvolti nella suddetta ricerca hanno un'età massima di sette anni: se è vero, infatti, che più passa il tempo più è difficile per la coppia svelare il segreto, è anche comprensibile che un'età troppo precoce (in un caso su tre entro i due anni di vita) probabilmente deresponsabilizza i genitori ma non permette al bambino di capire davvero il senso della rivelazione, anche perché solitamente se la curiosità per la propria nascita è precoce e si alimenta dei fantasmi familiari e delle fantasie personali, una ricerca più realistica e consapevole sulle origini appartiene propriamente all'adolescenza e alla preadolescenza (Salerno 2002).

riproduzione (Fine, 2002).⁸⁷ L'impazienza di essere madri, però, concerne essenzialmente l'arrivo del primo figlio, come se questo fosse uno spartiacque nella vita di una donna perché la maternità è vissuta come una esperienza tanto essenziale nella ricerca di sé da costituire quasi un diritto, la logica conseguenza di una vita di coppia e professionale soddisfacente, i tre elementi che renderebbero una donna completa (Fine, 2002).

Il cambiamento nel secolo scorso del modello culturale dominante, con l'affermazione del divorzio e la gestione consapevole del proprio corpo (Pickmann, 2001), si risentono anche in una richiesta di genitorialità che modifica l'immagine tradizionale del padre e che tanto per l'adozione quanto per la procreazione assistita assume la dichiarazione di un "desiderio di coppia".

L'analisi dell'origine del sintomo e del desiderio di un figlio passa necessariamente attraverso la comprensione di come entrambi si inseriscono nella storia personale e di coppia. In effetti, la realizzazione del desiderio di avere un bambino è molto complessa, perché i vissuti arcaici delineano le modalità di anticipazione futura (Margherita e Zurolo, 2009), si uniscono i fantasmi dell'uomo come della donna, intrecciati ai desideri dei membri delle rispettive famiglie ma anche il contesto immediato, così come si costruiscono nel lungo arco di tutta la propria storia personale (crescita, sessuazione e relazioni): *"Insomma, ogni partoriente è in qualche modo una «madre portatrice», portatrice della cristallizzazione nel suo corpo del fascio di desideri che ha scatenato il concepimento."* (Chatel, 1993, p. 21). In caso contrario, non ci sarebbe spazio per il nascituro e la gravidanza invece che "madre" di tutte le separazioni (Lechartier-Atlan, 2001), si

⁸⁷ La drastica riduzione del numero delle nascite in tutto il mondo occidentale (Vegetti Finzi, 1997) può essere spiegata facendo ricorso a cause economico-sociali, ad innovazioni legislative, a nuovi modelli culturali. Oltre a ciò, i dati di natura clinica indicano come sia le donne che gli uomini siano diventati meno fertili (la fecondità umana, è d'altronde, già di per sé bassa, intorno al 25% per ogni rapporto in condizioni fertili): sono, ad esempio, aumentate le malattie a trasmissione sessuale e se da un lato negli ultimi cinquant'anni, la percentuale di spermatozoi per millimetro di sperma si è quasi dimezzata (dati dell'ISS), con una riduzione della loro motilità dovuta a fattori ambientali (inquinamento, sostanze tossiche e mutate abitudini di vita), dall'altro, per la donna, al ricorso a aborti e anticoncezionali si associa il rinvio del primo figlio agli anni più avanzati della propria vita fertile, quando le probabilità di concepire sono diminuite (il periodo più fertile per una donna è, infatti, tra i 20 e i 25 anni).

costituirebbe solo come un effetto nel corpo, una incomprensibile reazione somatica (Chatel, 1993).

Il desiderio di un figlio è normalmente ambivalente perché accanto alla visione positiva della gravidanza, della nascita e della parentalità, c'è sempre un certo grado di ansia per i cambiamenti che implica, molti dei quali non sono nemmeno prevedibili e riguardano i propri ruoli come la qualità della vita di coppia. Questi temi vengono affrontati anche nel caso del percorso di cura della sterilità dove il tempo faticosamente impiegato alla ricerca di una soluzione diventa anche lo spazio in cui interrogare il proprio desiderio (Wischmann, 2003). L'ambivalenza provata, però, nei confronti della sessualità, del proprio destino riproduttivo e del figlio è un tema troppo familiare nei colloqui di qualunque coppia per pensare che possa caratterizzare specificamente l'infertilità (Apfel e Keylor, 2000).

È anche vero allo stesso tempo che il desiderio di essere genitore e di avere un figlio si connota in modo diverso nei due generi e di conseguenza anche la stessa esperienza della diagnosi di sterilità.

Nel caso della donna, se C. Chabert (2009) si interroga sull'ipotesi che a partire dalla bisessualità si organizzi un doppio versante che rende la costituzione del desiderio femminile di un figlio simmetrica rispetto alla formazione del Super-Io, per Vitale Massoni (2009), tale desiderio più che termine dell'Edipo sembra parte di un processo che si interseca con lo sviluppo della femminilità a cominciare dall'arcaico quanto pregnante contatto corpo-a-corpo tra madre e figlia (Bergeret-Amselek, 2005). La gravidanza, di conseguenza, costituisce per la donna un'esperienza psicofisica del tutto particolare che unisce il bisogno primario di procreazione all'irriducibile opposizione al suo destino, che, peraltro, non coincide necessariamente con un percorso evolutivo (Nunziante Cesàro, 2000a). Se, quindi il dato biologico (lo spazio cavo quale elemento originario della femminilità) risulta fondante (Ferraro e Nunziante Cesàro, 1985), è nella relazione con la propria madre prima e con il futuro bambino poi che si sperimenta quella condizione narcisistica che tenta di ripristinare

regressivamente l'indistinzione originaria.⁸⁸

In questa prospettiva storica, l'infertilità potrebbe anche essere il campanello di allarme che segnala la difficoltà della donna a collocarsi in termini evolutivi e creativi nel percorso di crescita individuale: un *interdetto psicosomatico a generare*, conflitto che si radica nel soma e che simbolizza il non-desiderio/paura di maternità, latente e incistato nel corpo, in presenza di un desiderio manifesto (Nunziante Cesàro, 2000a). È la dichiarazione dell'impossibilità a staccarsi dall'orbita materna, accettando la conseguente elaborazione del lutto (Faure e Pragier, 1987), l'assenza della trasmissione di un debito di vita⁸⁹ (Bydlowski, 1997), che la collochi nella sequenza generazionale, la problematicità di lasciarsi fecondare dal desiderio dell'Altro, riconoscendo le esigenze del partner e quindi, l'esistenza del terzo, la difficoltà di investire l'interno del proprio corpo sconosciuto e perturbante, affidandosi alla possibilità che non sia mortifero ma creativo. Tutte queste non sono solo ipotesi teoriche ma si basano spesso sull'esperienza psicoterapica decennale sebbene non supportata statisticamente in quanto il numero di pazienti è limitato (Wischmann, 2003), la riflessione sulle cause psicologiche della sterilità sono sempre evidenziate a posteriori e i tempi della terapia sono troppo lunghi, come nota Bydlowski (2003). Nondimeno, la stessa Autrice fa una attenta rassegna dell'instaurarsi di un sintomo che benché fonte di sofferenza, potrebbe essere il solo compromesso che permette di rassicurare la paziente

⁸⁸ La nostalgia dell'esperienza fusionale, la fantasia di autarchia, il fantasma del Doppio, il lavoro del lutto per il nuovo stato, colorano in modo ambivalente l'esperienza gestazionale, mentre il fatto che l'identità femminile sia segnata dalla possibilità fattuale e perenne di ripristino della relazione primaria (la ripetizione nel corpo e con il corpo della condizione originaria di saturazione beante) può contenere lo scacco implicito verso altre modalità evolutive e creative (Ferraro e Nunziante Cesàro, 1985). In questo quadro, le vicende che toccano il corpo della donna, si configurano come un'esperienza-limite perché rimandano a un rapporto fisico e parassitante con la propria madre, fatto di un senso di rapimento e insieme di inevitabile rovina (Chatel, 1993).

⁸⁹ Come ricorda lo psicoanalista Jacques Arènes, il debito di vita è strettamente connesso alla possibilità di provare gratitudine, la capacità di ringraziare la vita ancor prima che una data persona. È l'antitesi radicale al "non ho chiesto io di nascere" ma l'ingratitudine non è l'omissione di un grazie bensì il rifiuto di riconoscere gli aspetti quotidiani positivi e di assumersene la responsabilità. Il miglior modo di saldare un debito, forzatamente inestinguibile, è donare la vita o essere artefice della propria esistenza, che d'altronde è l'incitazione di Goethe ai figli, come ricorda Freud (Taubes, 2008).

dell'impossibile realizzazione di un fantasma incestuoso⁹⁰ (Bydlowski, 1997; 2003). Lo spavento di un crollo di fronte a una gravidanza indurrebbe un sintomo eretto a sistema di difesa che sacrifica in anticipo un figlio non ancora concepito per l'integrità della propria psiche: si cerca di assicurare talvolta una filiazione partenogenetica⁹¹ talvolta un controllo completo del proprio corpo (una gravidanza solo sotto controllo), di evitare un'interrogazione sulle proprie origini, i sentimenti invidiosi verso la fertilità materna (Deutsch, 1945) o un'immagine catastrofica della gravidanza, ad esempio successiva ad un trauma (es. aborto spontaneo) oppure costruita sulla base della tragica esperienza delle precedenti generazioni tramandata attraverso i miti familiari.

La psicoanalista avverte però che la disfunzione potrebbe anche essere un problema di coppia: *"...visto da vicino, ognuno dei due ha delle buone ragioni inconscie di rimanere sterile. Non è forse la base involontaria della loro associazione coniugale?"* (ibid., p. 122).⁹²

Tradizionalmente, si sostiene che nell'uomo il desiderio di un figlio si costruisce a partire dalle relazioni edipiche con i genitori per poi rimettersi in gioco con la riflessione adolescenziale sulle proprie capacità di generare. Il figlio fantasticato assume generalmente un carattere irrealistico, investito di quello che si sarebbe voluto da bambini che i propri genitori facessero per sé (Bettelheim, 1987). Si immagina, quindi, una situazione idealizzata, nella quale l'amore parentale così commovente ed infantile non è altro che il narcisismo del padre e della madre tramutato in investimento oggettuale

⁹⁰ La nostalgia del proprio padre sarebbe tale da non potersi avvicinare al compagno che non riesce a sostituirlo.

⁹¹ La donna richiede un figlio alla madre o per la madre ma si scontra con un rifiuto che può andare incontro a una remissione sintomatica laddove il ginecologo assuma una funzione per così dire materna.

⁹² Può ad esempio, succedere che una fissazione inconscia possa essere la causa se non di sterilità maschile almeno del non desiderio di figlio, che porta a scegliere senza rendersene conto donne sterili con cui colludere (Bydlowski, 1997). Laddove difficoltà psicologiche rispetto al tema della filiazione fossero presenti tanto nell'uno quanto nell'altra, la loro unione sarebbe una sorta di alleanza inconscia che complica la possibilità di avere un figlio anche in presenza di un progetto consapevole: questi casi rendono ancora più evidente il fatto che la sterilità sia un problema di coppia, concetto che, ormai comunemente accettato, tanto da costituire anche la definizione tipica nella terminologia medica quanto legislativa, viene di solito inteso come co-partecipazione al percorso di cura o condivisione delle relative difficoltà più che come collusione inconsapevole nella genesi del sintomo.

(Freud, 1914; Righetti et al., 2009). In verità, in parte il narcisismo paterno è soddisfatto dalla nascita di un figlio, perché l'uomo si identifica con la potenza e l'autorità dei suoi genitori e con le qualità che ha immaginato in loro, ma in parte è ferito per la rinuncia ad essere egli stesso quel bambino meraviglioso, unico e perfetto (Stoleru, 1989). Un figlio è, infatti, quell'*estraneo familiare* (Bydlowski, 1989, p. 33) che impone responsabilità, maturità e l'identificazione al proprio genitore che sta invecchiando, avvicinandosi implicitamente alla morte. *“Non si dice forse che i bambini spingono verso la tomba?”* (Bydlowski, 1989, p. 35). Così, all'augurio di diventare genitore, l'inconscio associa anche il suo opposto: il figlicidio,⁹³ il desiderio di morte di chi impone uno slittamento generazionale perché assumendo su di sé l'eredità genetica e di un nome, prolunga l'esistenza ma allo stesso tempo decreta la fine delle generazioni precedenti (Vegetti Finzi, 1997).

Diventare padre, dunque, significa allo stesso tempo cercare una rivincita personale nei confronti della morte e dimostrare la propria fertilità, nel confronto con il genitore, tra l'altro ancora oggi strettamente correlata con la potenza sessuale e l'autostima rispetto all'identità di genere (Cecotti, 2004). Come per la donna, anche per l'uomo essere sterili può essere collegato alla difficoltà di gestire gli affetti complessi elaborati all'interno delle relazioni familiari, alle complicazioni di assumere un'età adulta (D'Orsi, 2008) che implica tra l'altro, accettare la propria finitudine a partire dal sostegno di una compagna fino al progetto responsabile di un figlio. Scrive Bydlowski (1997): *“La sterilità permette questa economia psichica: il mantenimento intatto dell'illusione narcisistica della giovinezza [...] Non concepire per non far morire se stesso”* (ibid., p. 78).

Se fino a non molto tempo fa la sterilità era considerata solo un problema

⁹³ Se la tradizione mitica e religiosa ha di solito raccontato della sterilità femminile, una nuova chiave di lettura può ribaltare i rapporti di figura-sfondo per valorizzare l'apporto delle figure maschili: così nella storia di Edipo, è Laio a manifestare i primi impulsi omicidi, allo stesso modo, nella Bibbia, Abramo è messo alla prova da Dio per il sacrificio del figlio Isacco e anche Gesù, espressione più alta di una procreazione che esclude l'apporto iniziale del padre per poi riconoscerlo in altre vesti, poco prima di morire rivolge il suo atto di dolore e di accusa al Padre che lo ha abbandonato (Bonasia, 2000).

al femminile, tanto che la fertilità maschile era messa in discussione secondo un criterio di esclusione (Morelli, 1996) e i vissuti dell'uomo non erano presi in considerazione (Almeida et al., 2002), le indagini mediche rivelano che negli ultimi cinquant'anni il problema dell'infertilità maschile è in rapido aumento, costituendo mediamente la metà dei casi e si pensa che possa aumentare ancora in futuro, soprattutto tra le nuove generazioni (La Rochebrochard, 2003). Non è sorprendente allora che la ricerca sul ruolo dei fattori psicologici nell'etiologia dell'infertilità si sia indirizzata prevalentemente verso lo studio della donna, mentre le indagini sui correlati psichici della condizione maschile appaiono per certi versi ancora in una fase *pionieristica*, senza alcun rapporto univoco ed esclusivo se non nel consenso accordato all'influenza dello stress (cronico) sulla spermatogenesi (Morelli, 1996).

Il passaggio dal desiderio di un figlio del singolo al progetto tangibile quale atto deliberato di concretizzazione di una volontà reciprocamente riconosciuta passa, ad esempio, attraverso la sospensione della contraccezione e quando l'attesa si fa troppo lunga, esordisce la medicalizzazione (Athéa, 1987).

Come spiegano Almeida et al. (2002), si possono individuare tappe distinte in questo caso: c'è la fase iniziale di attesa della gravidanza che non arriva, sempre più difficile da vivere senza angoscia, mentre comincia a farsi strada la distinzione tra sessualità e procreazione. Questo periodo è un tempo passivo. Segue la ricerca di una causa, primo momento di attivazione della coppia, che verrà messa in discussione, a dura prova, dalla scoperta della diagnosi. Questo momento, però, non ha molto spazio di approfondimento, perché la significazione consapevole o inconscia che ciascuno elaborerebbe, viene rapidamente rimossa grazie all'immediata proposta di una soluzione terapeutica. La speranza ritorna, a vincere sulla fatalità e per essere più forti della natura: è la fase della *speranza medicalmente assistita*. La coppia s'informa, agisce, ritorna attiva ma attraverso la dipendenza da un'equipe.

Il desiderio di un figlio diventa *sterilità* solo quando si comincia a consultare un dottore (Maggioni, 1997), così le coppie iniziano la loro peregrinazione dal medico generico allo specialista nella cura dell'infertilità e mentre aumentano gli esami l'attesa si fa lunga, dolorosa, a volte intollerabile (Athéa, 1987).

Alla ricerca di una diagnosi univoca e quando tale, anche chiara e comprensibile, fa seguito una reazione psicologica complessa: la diagnosi di sterilità destabilizza e frammenta, alternando fallimento e delusione, per l'attacco all'Ideale dell'Io (Cecotti, 2004), protezione e difesa, inadeguatezza e inferiorità, legati al proprio sentirsi ammalati e diversi, condivisione ma anche negazione del problema (Salerno, 2002).

I sentimenti di colpevolezza sono auto o etero diretti, all'interno di dinamiche di ricerca del colpevole: anche se nella realtà risulta spesso inutile, visto che in due casi su cinque, l'indagine medica rivela la presenza di una responsabilità congiunta (La Rochebrochard, 2003), i pazienti ergono spesso il medico a giudice che deve attribuire la responsabilità della sterilità all'uno o all'altro, in situazioni simili al divorzio, testimoni più che arbitri dell'esistenza solo di relazioni passionali e duali con l'altro, di rapporti di potere più che scambi tra pari (Bydlowski, 1997).

Esattamente come il desiderio di un figlio, anche le reazioni alla notizia della sua difficile realizzazione distinguono i due partner: se il rischio di slentizzare una patologia è basso, l'impatto sulla qualità di vita è notevole ma differenziato per genere (Ambrosio et al., 2009; D'Orsi, 2008). Per l'uomo si tratta inconsciamente di una forma di impotenza, affrontata spesso in modo intimo e silenzioso, talvolta attraverso difese di negazione e compensazione (iperinvestimento nella realizzazione professionale, Quintili e Lupoli, 2009). Per la donna si tratta di una minaccia alla propria identità, alla possibilità di essere donna come le altre, per cui si sente deprezzata e isolata (Fiومانò, 2000). D'altronde, le verrebbe negata non solo l'esperienza della genitorialità, come per gli uomini, ma anche quella di vivere la gestazione e l'allattamento (Fine, 2002), cioè di sperimentare

fisicamente l'arrivo di un figlio. Come descrive S. Vegetti Finzi (1997), un conto è rifiutare la maternità perché estranea al personale progetto di vita, un conto è non riuscire ad avere figli pur desiderandoli (e il desiderio investe sempre la mancanza): la donna sterile percepisce il suo corpo come arido e vuoto, ricalcando una condizione fisica e identitaria che le è propria, ma allo stesso tempo rispetto a un'esperienza di perdita non vissuta veramente (D'Orsi, 2008), un ramo secco,⁹⁴ oggetto di una punizione per una colpa sconosciuta, condannato a restare senza termini che siano davvero in grado di descrivere quest'esperienza, “*la difficoltà di prendere la parola riduce le donne sterili a comparse del proprio dramma*” (ibid., p. 117).

Alla sorpresa iniziale di fronte a una diagnosi che suona come un verdetto scioccante, possono seguire una rabbia rifiutante (Quintili e Lupoli, 2009), per cui la negazione può spostare l'attenzione sull'impegno in altre attività socialmente accettabili (Labella e Cantone, 2006); disperazione e autocompatimento, aggravata dal senso di colpa (ad esempio, per passate trasgressioni sessuali, che sollevano rimorsi o recriminazioni circa la masturbazione o la contraccezione chimica, Suman, 2002) e angoscia, confusione, stagnazione e ripiegamento su di sé. Il senso di una condanna ingiusta che obbliga a una sopportazione passiva, rende le coppie simili ai personaggi di *Waiting for Godot*, di S. Beckett: sempre in attesa ma perennemente con lo sguardo puntato all'esterno mentre i vissuti depressivi investono un corpo odiato perché gli si dipende, quasi fosse una madre frustrante (Auhagen-Stephanos, 1991). La gelosia e l'invidia per le coppie in attesa di un figlio, ammettono ancora una volta la propria mancanza e ricalcano le esperienze infantili delle relazioni duali e triangolari (D'Orsi, 2008), fino a far sperimentare addirittura una “sindrome da desiderio di figli” (Auhagen-Stephanos, 1991), che dalla sterilità psicosomatica conduce a un disturbo dei rapporti interpersonali, una sorta di *sterilità sociale*, nella quale gli originari sentimenti predatori nei confronti del grembo materno si

⁹⁴ Scrive Delaisi De Parseval (1985): “*Il bambino che non vuole o non può venire, è come rimasto aggrappato ai rami, alle foglie o ai nodi del suo albero genealogico*” (trad. mia).

riattivano senza esser compensati dal senso di gratitudine e dalla voglia di riparazione. D'altronde, nell'immaginario comune, le donne senza figli sono tradizionalmente isolate come streghe dalle sensazioni negative (Auhagen-Stephanos, 1991). Ancora, nascondendo la propria condizione ai parenti, verso cui spesso le donne raccontano di aver da sempre esercitato una funzione materna, accudente e protettiva (Auhagen-Stephanos, 1991), ci si sente anche descrivere come egoisti perché si vuole approfittare ulteriormente della libertà prima di mettere su famiglia (Athéa, 1987). In effetti, la paura di essere stigmatizzata e giudicata, spinge la coppia a mantenere il segreto di fronte a un contesto fortemente influenzato da implicazioni culturali e soprattutto religiose (Mayorga, 2007). Nella maggior parte dei casi, la coppia è sola in questo momento di elaborazione del lutto, soprattutto quando, abitando in grandi città, si è lontani dalle famiglie di origine. Si sperimenta una condizione di desolato e rabbioso isolamento (Suman, 2002), che rende più acuta la propria disperazione (Maggioni, 1997), solitudine anche tra i coniugi stessi (D'Orsi, 2008), tanto che talvolta si cerca una "soluzione" extraconiugale, con la difficoltà di far sopravvivere la coppia come tale (Invitto, 2008). Ci sono sovente recriminazioni reciproche e la ferita narcisistica crea una crisi di vita e un vero lutto stabile (la coppia piange l'assenza di un figlio) e ricorrente (ad ogni mestruazione).

L'infertilità mette a dura prova il desiderio di un figlio e obbliga a pensare la filiazione in una dolorosa situazione di perdita: come una castrazione traumatica, una ferita narcisistica che implica il lutto del fare, provoca una profonda rimessa in discussione dell'immagine di sé nella linea transgenerazionale (Jordana, 2002).

Il passo successivo all'elaborazione che dovrebbe permettere l'accettazione e l'attivazione di risorse emotive (Labella e Cantone, 2006), è stabilire cosa fare: rimanere senza figli, orientarsi verso l'adozione o, come avviene nella maggior parte dei casi, decidere per la procreazione assistita (scelta che costituisce l'unico approfondimento del presente lavoro), che,

confrontata con l'adozione, è sicuramente un iter ugualmente lungo e penoso, ma permette di mantenere quel legame di sangue che riduce il senso di alterità (Testart, 1993). Il prezzo da pagare, accanto agli oneri economici, è una rinuncia alla riservatezza dell'intimità coniugale con una manipolazione del corpo rischiosa e dolorosa (Di Pietro e Tavella, 2006), che non garantisce successi (vedi Appendice C). Eppure si vuole un figlio, lo si desidera appassionatamente,⁹⁵ si mettono da parte per quando arriverà *scorte d'amore* (Auhagen-Stephanos, 1991), il che non significa che il bisogno sia più forte rispetto a quello degli altri, ma che sia messo più spesso alla prova e dunque sembrerebbe più comprovato (Jordana, 2002). In verità, desiderio e volontà non coincidono e semplicemente il fatto di volere a tal punto un figlio rende l'ambivalenza difficile da vivere, tutto viene idealizzato e enfatizzato, il figlio diventa nell'immaginario un oggetto salvifico di investimento (D'Orsi, 2008), non ci possono essere ombre, se non associate a un carico di colpa ma questo genera anche una atmosfera d'artificio (Almeida et al., 2002). Quando la donna porta la sua sofferenza in laboratorio, reclama una generica compensazione, "voglio UN figlio", oscillando tra depressione e maniacalità, in attesa di un ospite per il suo ventre, attualmente assente ma non inesistente (Vegetti Finzi, 1997). La propria forza risiede, in realtà, in una richiesta identitaria: come se la riparazione di una ferita narcisistica passasse inevitabilmente attraverso il ripristino della propria integrità corporea (Quintili e Lupoli, 2009), un figlio permette di ricostruire (o così si pensa) una buona immagine di sé, riparando alle identificazioni e alle linee generazionali (Jordana, 2002), egli diventa allora l'espressione attuale della necessità antica di scongiurare la maledizione divina. La durezza dell'iter è di conseguenza una sorta di pena da scontare per la trasgressione di un divieto di fertilità mentre le esigenze

⁹⁵ Ben di passione si tratta se si deve sopportare, subire, soffrire e pazientare investendo il progetto in modo quasi esclusivo. È anche la passione posta sotto pressione dal discorso istituzionale, per preservare l'intimità e mantenere il diritto al segreto. Passione, infine, è quella dell'equipe medica che si confronta a sua volta con i temi della sessualità, della filiazione, dividendo l'intimità e il senso di trasgressione e di *défaillance* con la coppia su questa *scena primaria medicalmente assistita* (Jordana, 2002).

inconsce sembrano le sole ipotesi possibili a spiegare la formidabile e tenace determinazione delle coppie ad insistere per anni in pratiche che due volte su tre risultano fallimentari (Vigneri, 1999).

In seguito ad una corretta diagnosi, si cerca comunque di dare alla coppia la possibilità di un concepimento spontaneo perché la tecnica si dovrebbe profilare come un atto terapeutico. Il primo tentativo dell'esperto, infatti, consiste nel monitoraggio delle relazioni intime e dell'attività degli organi genitali.

Il vissuto quotidiano allora si trasforma, aggravato dai rituali ossessivi della medicalizzazione: l'appiattimento sul piano biologico conseguente la scissione tra mente e corpo, tra “fare l'amore” e fare un bambino”, attiva strategie di continuo controllo che dà poco spazio agli aspetti emotivi (Quintili e Lupoli, 2009).

Così, prendere ogni mattina la propria temperatura, come primo atto della giornata, che viene a ricordare la sterilità; la curva della temperatura a indicare i giorni propizi per i rapporti mirati,⁹⁶ quando sono proibiti altri tentativi nei giorni immediatamente precedenti (Athéa, 1987), inevitabilmente incidono sulla sessualità di coppia, perché perde di spontaneità e quindi di piacere, mentre di pari passo aumentano insoddisfazione e disinteresse, tanto che il Disturbo del Desiderio Sessuale

⁹⁶ I disturbi sessuali possono talvolta essere la causa principale dell'assenza di figli (Mezzetti, 2009). Può sembrare *naïf* ricordare che è utile avere dei rapporti sessuali per avere un bambino ma talvolta si scopre che la sessualità di coppia non è mai stata armoniosa e che i rapporti sono rari, ad esempio, perché gli orari di lavoro non coincidono o perché l'interruzione della contraccezione chimica è coincisa con un calo della libido per lei, lui o entrambi. Caruson (2009), ad esempio, ricorda che il 5% delle cause di sterilità è dovuto a disfunzioni sessuali non diagnosticate (disturbi dell'eccitazione, dell'orgasmo, del desiderio ecc.), che spesso si accentuano o si moltiplicano proprio durante il periodo di rapporti mirati: ci sono così coppie che richiedono una cura dell'infertilità ma non sono sterili perché hanno problemi specifici nella sessualità di coppia, come matrimoni bianchi, rapporti sessuali incompleti (Delaisi De Parseval, 1993, p. 1257) o pochi, che a volte si riducono solo a quelli mirati e prescritti. Il 5% delle donne che chiedono una visita per la sterilità non sono deflorate per esempio, alcune coppie resistono inconsciamente evitando un contatto intimo che rischierebbe davvero di procreare, altre non provano piacere. Gli uomini impotenti spesso sono ripiegati su se stessi, si sentono castrati ed evitano la sessualità: può allora sembrare logico proporre l'inseminazione artificiale ma questo mezzo potrebbe rivelarsi efficace sul piano della sterilità, mai su quello dell'intimità coniugale. Il medico collude inconsapevolmente allo spostamento del problema dalla sua origine alla richiesta di un figlio, che diventa il modo per cercare una soluzione e insieme lamentarsi di una vita quotidiana monotona o denunciare una sessualità senza gioia. In altri casi, le coppie vivono una relazione gemellare perfetta o una perfetta sinergia fantasmatica che ripropone inconsapevolmente il rapporto incestuoso con il genitore dell'altro sesso (Caruson, 2009).

Ipoattivo è tra le sindromi sessuali quella più frequentemente associata ai casi di infertilità sia per gli uomini che per le donne (Mezzetti, 2009).⁹⁷ Si prende maggiormente l'iniziativa ma la sessualità non ha più nulla di erotico e edonistico (Coëffin-Driol e Giami, 2004):⁹⁸ la donna subordina i rapporti al desiderio di una gravidanza, per cui la sessualità è un mezzo e non un fine in sé. Lo *sciopero del piacere*⁹⁹ entra in un circolo vizioso fatto di ansia e punizione per cui più urgente è il desiderio di un figlio, minore è quello verso il partner (D'Orsi, 2008). E mentre assecondare l'equipe medica che amministra, regola, autorizza o nega i rapporti assume le sembianze della sottomissione infantile al genitore onnipotente (Pines, 1990), il partner paradossalmente è meno attraente perché non è più oggetto d'amore ma strumento di un atto meccanico, di un rito dissacrato (D'Orsi, 2008). La sessualità prescritta ripropone ogni volta le difficoltà nell'incontro con l'altro (ferite, ansie e speranze, Caruson, 2009) e contemporaneamente segna la collusione della coppia e dell'equipe sulla distinzione tra sessualità e procreazione, tanto che nei colloqui psicologici si parla dell'intimità di coppia solo in relazione agli esami medici (D'Orsi, 2008; Maggioni, 1997). Non è raro che ci siano delle disfunzioni sessuali transitorie di natura psicologica, causati dallo stress da performance e dalla necessità di riferire tutto al medico, più che dall'ambivalenza nei confronti del desiderio di un figlio, che creano ovviamente un circolo vizioso (Di Pietro e Tavella, p. 73,

⁹⁷ La validità dei risultati dei vari studi, che indagano il numero di rapporti e la soddisfazione di coppia (quantità e qualità) è comunque messa alla prova dalla desiderabilità sociale, per questo non si può sapere esattamente quante coppie *non* hanno rapporti nel periodo fertile (Wischmann, 2003).

⁹⁸ Coëffin-Driol e Giami (2004) fanno un'attenta rassegna bibliografica sul tema della sessualità in relazione alla diagnosi e al trattamento dell'infertilità di coppia, sottolineando come le analisi cliniche sono sicuramente più approfondite e ricche di spunti ma anche come solo l'indagine quantitativa ne permette il confronto con altre popolazioni. Al di là delle limitazioni metodologiche (maggiore interesse per la donna o difficoltà nella definizione di popolazioni di controllo, ad esempio), per cui bisognerebbe studiare ogni fase del trattamento e la condizione psicologica antecedente la diagnosi, è soprattutto un terzo punto che appare interessante: bisognerebbe mettere l'accento sulle rappresentazioni della sessualità, in quanto questi studi, come le tecniche assistite, sono diffusi quasi esclusivamente nel mondo occidentale.

⁹⁹ Lo sciopero del piacere può essere limitato alla sessualità di coppia o esteso a ogni ambito della propria esistenza. In questo caso, si perde la gioia di vivere perché si pensa di non poter essere felici senza un figlio. In verità, l'interlocutore è il Super-Io, che deve essere rabbonito e ingannato: lo sciopero, infatti, può essere la formazione reattiva di fronte al desiderio inconscio di godersi la vita senza figli, desiderio vissuto con un senso di colpa insopportabile e dunque negato o spostato su altri, ad esempio il medico che non garantisce il successo della procedura o le altre madri fortunate ma non sufficientemente buone (Auhagen-Stephanos, 1991).

2006).

Se le donne sono maggiormente coinvolte,¹⁰⁰ anche in caso di sterilità maschile, non per questo la condizione del partner è più semplice. Gli uomini in cura devono non solo mostrare a comando la loro virilità in una sessualità su prescrizione, ormai impoverita e umiliata, ma anche raccogliere lo sperma, farlo analizzare e valutare, sia durante la fase diagnostica sia successivamente. Solitamente all'interno di una coppia, la masturbazione fa parte del non detto, non se ne parla, continuando la tradizione educativa infantile che la vuole proibita. Ora invece, non solo è ordinata ma anche discussa all'esterno della coppia. Si immagina un uomo, a cui viene dato un giornale pornografico o un farmaco per garantire l'erezione, e ottenere sperma di buona qualità per le analisi o la tecnica assistita, sperma eiaculato (Di Pietro e Tavella, 2006, p. 74) nella masturbazione solitaria, solitamente nei locali mediocri di una struttura medica, dove raramente si giunge di propria volontà (Bydlowski, 1997), mentre si fantasma di dover far presto perché c'è qualcun altro che aspetta subito dietro (Athéa, 1987) e si cerca di non badare alle voci degli infermieri che provengono dai corridoi (Almeida et al., 2002). Granet (1990) la definisce l'antisessualità, la sessualità mortifera. Per non parlare di quando poi la sua posizione passiva, per così dire femminile, a confronto della potente équipe medica fecondante riattiva un Edipo inverso e viene messa in scena in una biopsia testicolare solitamente eseguita in una sala del reparto di ginecologia (Almeida et al., 2002).

Testart (1986) così descrive la condizione dell'uomo: *“La raccolta di sperma è indubbiamente la fase meno pericolosa e teoricamente la meno dolorosa della FIVET, ma costituisce talvolta un problema psicologico non indifferente. Questo atto non rientra nella pratica medica; gli specialisti non se ne occupano né forniscono alcun suggerimento per la pratica masturbatoria: “Signore, questo è un recipiente sterile, si lavi*

¹⁰⁰ E sono sempre loro a decidere se continuare o meno una cura. Tutt'altro che vittime del sistema medico, quindi, sono attrici sociali per le quali il trattamento impegna la loro soggettività e conferma la propria femminilità (Fine, 2002).

accuratamente mani e glande e, quando avrà finito, riporti il recipiente nella stanza vicina.” Allora, il signore, accenna immediatamente il gesto di svestirsi, come nei luoghi di piacere [...]. Alcuni minuti più tardi, di solito, compare timidamente sulla soglia del laboratorio, con il recipiente nascosto dalla mano. Vuole liberarsene al più presto, depositarlo in un luogo qualsiasi e fuggire. Alcuni abbandonano di nascosto la piccola stanza e il contenitore, altri si scusano di non essere stati più generosi poiché il recipiente è così grande da suscitare un inevitabile senso di umiliazione nell’atto di consegnarlo quasi vuoto, come quando lo si è ricevuto. Nei confronti del tabù della masturbazione, si rivelano le differenze culturali...” (ibid., p. 45).¹⁰¹

La riduzione dell’uomo a sperma (Pickmann 2001), sembra appartenere a quel più ampio declino culturale contemporaneo del Nome del Padre: il posto assegnato alla paternità dalla tecnica è puramente reale ed il suo ruolo genitoriale è ridotto al contributo genetico, mentre il medico ne assume la dimensione immaginaria (Fiumanò, 2000).¹⁰² In questa chiave di lettura lacaniana, è inevitabile ricordare le parole dello stesso Jacques Lacan (1957, pp. 377-378), che alla notizia di un caso americano di inseminazione artificiale post-mortem, ribadisce che la nozione reale del padre non si confonde mai con quella della sua fecondità, perché il problema è sempre altrove, nella coincidenza tra il padre simbolico e il padre morto, mentre se

¹⁰¹ E ancora “La realtà più sorprendente è il frequente rifiuto di raccogliere lo sperma in coppia [...] Indubbiamente, l’angoscia di dover produrre il proprio sperma in un momento preciso e in un luogo determinato, perché l’ovulo lo attende, può spiegare molte di queste difficoltà [...] Molti hanno affermato che la FIVET abolisce la sessualità. Ma, in realtà, non risulta difficile da accettare solo in quanto rivela l’immagine insopportabile, perché caricaturale, della sessualità naturale? Il sesso della donna diviene un corridoio muto che conduce all’utero, ma il sesso dell’uomo? Mostruosamente eretto nel vuoto” immagine lacaniana “è un membro scarnificato che funziona, nel momento prestabilito, fino a emettere il suo seme nel nulla. Per molte coppie, questa rivelazione miserabile dell’impari rapporto dei sessi raggiunge l’indecenza quando il rapporto sessuale viene annullato. Questa ossessione è sicuramente parte integrante della FIVET...” (Testart, 1986, p. 46).

¹⁰² Scrive M.-M. Chatel (1993): “... gli uomini si sono trovati in secondo piano”, la nuova tecnologia “dissocia la paternità sessuale dalla procreazione sino a produrre la scomparsa dell’effetto magico della parte simbolica del desiderio sessuale maschile nella sua parola d’amore. L’uomo è ridotto a sperma, mentre il suo desiderio sessuale viene a essere allontanato dalla causa procreatrice e privato delle sue conseguenze potenziali nella filiazione.” (ibid., p. 57). E più oltre aggiunge: “Gli uomini sono i “parenti poveri” di quello che accade nelle pratiche della medicina della procreazione, anche se possono essere fisicamente presenti. Nell’insieme sono invisibili, trasparenti. Solo lo sperma, preferibilmente congelato, è l’oggetto di esami e di manipolazioni.” (ibid., p. 60).

si cerca di dirimere la questione rimandando a ciò che è naturale, la tecnica stessa dimostra l'artificiosità di questo concetto.

D'altronde, pur non considerando quest'aspetto, bisogna sottolineare come anche il più motivato dei futuri padri è spinto alla periferia del progetto di un figlio dalla tecnologia biomedica, relegato ad una funzione di contorno (Zerbetto, 2009), o di terapeuta, sostegno della depressione della moglie (Bydlowski, 1997). Non crea la vita ma assume già il ruolo genitoriale, una funzione contenitiva nei confronti della partner, che, però, non sempre lo riconosce, troppo presa a trovare un'alleanza con l'equipe medica, nella fantasia di una gravidanza partenogenetica,¹⁰³ e ad investire, in un movimento regressivo (D'Orsi, 2008), lo spazio di cura come luogo sicuro, in cui incontrare altre donne con esperienze simili, o essere protette dall'autorità e dagli obblighi dei protocolli medici (Bayle, 2003).

Per la donna ci sono decine di visite, che danno la sensazione di perdere il controllo del proprio corpo, manipolato come un oggetto, sotto lo sguardo giudicante di chi cerca un problema e non ha riguardo per l'altrui pudore (La Rochebrochard, 2008). E poi ci sono gli esami dolorosi, con o senza anestesia, le iniezioni piene di effetti secondari spiacevoli, una sofferenza anticipata e mantenuta da un'attesa lunga due settimane con tutta l'ansia per i risultati, che se negativi, come accade in quattro coppie su cinque, colorano il tono emotivo con il senso di frustrazione e colpa, inadeguatezza ed ingiustizia per una sofferenza immeritata perché il concepimento dovrebbe essere un processo naturale, fisiologico, normale,¹⁰⁴ si immagina (Athéa, 1987; D'Orsi, 2008). Le parti di sé vengono considerate in cattivo

¹⁰³ Almeida et al. (2002) ricordano come la fantasia di un figlio come generato solo da sé possa appartenere anche all'uomo: allorché un paziente è sottoposto a biopsia testicolare sul lettino del reparto di ginecologia che lo pone in una posizione femminile, il bambino che nascerà sarà solo il frutto del proprio seme così prelevato, nell'incontro con un medico, investito del ruolo maschile. Un altro esempio può venire dai casi in cui la tecnica prescelta è la ICSI, di solito impiegata nei casi di sterilità maschile severa: l'identificazione alla donna, che in parte mescola i generi e riduce le differenze, serve a rendere l'uomo un personaggio completo, materno e paterno insieme, come soluzione difensiva di fronte alla ferita inferta dalla diagnosi.

¹⁰⁴ Maggioni (1997, p. 10) fa notare la confusione dei termini *normale* e *naturale*: *normale* rimanda a una norma, cioè a un prodotto culturale, non è presente in natura ma appartiene a quanto viene accettato e riconosciuto da un gruppo come modello abituale e condiviso. Si confonde, dunque un dato di fatto con un giudizio di valore.

stato, o si riflette sulla difficoltà di unione del materiale organico reciproco come se la coppia fosse male assortita, così considerazioni sui propri organi si estendono all'intera persona e alle relazioni intime.

Intanto il tempo passa, gli esami si ripetono amaramente e lo stesso medico risponde al fallimento terapeutico con accanimento. È raro, infatti, che il calvario riesca al primo tentativo, molte coppie ci riprovano più volte e ogni trattamento costa e impegna per un tempo che cambia a seconda del livello di complessità della tecnica. E quando anche questo non basta, le risposte depressive svalorizzano il dottore che se ne difende parlando di motivazioni psicologiche (Athéa, 1987): in termini psicotomici la soluzione "*se voglio un figlio, non devo pensarci*" può essere visto come un tentativo – paradossale - di ottenere un'influenza positiva su una situazione alla fine incontrollabile, vista l'inutilità di qualunque intervento e come consiglio dei familiari è una dichiarazione di resa, di impossibile aiuto da offrire (Wischmann, 2003). Nasce anche dalla diffusione delle teorie psicogene che, però, perdono nel linguaggio comune tutta la loro complessità del legame con la storia personale e relazionale, riducendosi ad una linearità alquanto meccanica e manipolativa che sopravvaluta il mito di una gravidanza spontanea successiva a richiesta di procreazione assistita, adozione o rinuncia al progetto (Cailleau, 2006). La fiducia va così scemando e si può decidere di fermarsi o di passare al prossimo dottore, con un'*artiglieria* più potente ma non per questo più efficace (Athéa, 1987) non solo nel tentare ancora una volta ma anche nel farsi carico della disillusione aggressiva di una coppia frustrata.

Come spiega Invitto (2008), può succedere che una coppia decida di fermarsi, soprattutto se non era stata adeguatamente preparata a tutte le dinamiche di una fecondazione assistita e, per esempio, vive con intolleranza l'innaturalità dei rapporti mirati e con esasperazione un iter medico che impegna in media un paio di anni. Dire basta è sempre molto difficile e doloroso (D'Orsi e Capurso, 2008), perché decidere di fermarsi significa non solo rinunciare al figlio ma anche accettare di essere sterili,

nonché deludere le aspettative dei potenziali nonni, soprattutto se si è figli unici. Tutto questo si traduce per alcuni in crisi esistenziali e severe reazioni emotive, in senso di fallimento, svalutazione dell'identità e senso di colpa, soprattutto quando l'infertilità è psicogena o inspiegata. La scelta sembrerebbe, infatti, più facile nel caso di un'anomalia certificata medicalmente perché in un certo senso deresponsabilizza: è logica la reazione aggressiva sia nei confronti del medico, quale cattivo oggetto giudicante, sia nei confronti dei genitori, responsabili di un'anomalia cromosomica, ad esempio, che ha permesso loro di vivere la gioia di avere un figlio ma impedisce a quest'ultimo un'esperienza analoga (Athéa, 1987). Fermarsi, inoltre, richiede ovviamente una riorganizzazione della coppia verso altri scopi di vita, attivando risorse personali e contestuali (Verhaak, 2006), chiedendosi cos'è una donna quando non può essere madre o il senso della propria storia quando non ci sono eredi, come accettare la morte totale, la propria fine senza discendenza, consapevoli che nulla sopravvivrà a una bella storia di coppia o che quando l'uno morirà, l'altro rimarrà solo (Foïs, 2009). Spesso la coppia si sente dire *“vedrete, adesso che avete rinunciato, arriverà”* e ovviamente all'inizio non si riesce a non crederci, a non sperare (Foïs, 2009). La rinuncia alla tecnica non si traduce necessariamente in ricerca dell'adozione: si può essere tacciati di egoismo, ma ormai si è scoraggiati dalla lunghezza delle lente procedure burocratiche e dall'oneroso costo economico.

Quando la causa non è chiara, però, c'è ancora la speranza, medico e paziente continuano a provare, pur di trovare una soluzione, il che può essere anche rischioso. Mentre la fatica si accumula, diversi anni di infertilità e tentativi falliti costituiscono uno stressor cronico a cui si reagisce in modo maniacale, cercando un nuovo trattamento come unica soluzione possibile ossessivamente cercata di fronte ai propri problemi e all'esigenza di controllarli (Verhaak, 2006), provando via via tutte le tecniche di fecondazione artificiale, o come è definita più di recente,

assistita (ed il cambio nei termini non è casuale né neutrale).¹⁰⁵ Queste, infatti, hanno diversi livelli di complessità tecnologica e manipolazione del materiale organico e, di conseguenza, ciascuna ha le sue specifiche implicazioni psicologiche (Quintili e Lupoli, 2009). Nell'inseminazione artificiale, ad esempio, il minor livello di manipolazione la rende più facilmente assimilabile a un processo naturale (Salerno, 2002) ed è il corpo femminile ad essere sottoposto a stimolazione, anche per curare una sterilità del partner, e quando la tecnica fallisce, la donna inizia a dubitare delle proprie capacità (Athéa, 1987). Si tenta, però, ancora e ancora nel corso dei mesi, anche perché questo andamento ciclico che alterna speranza e delusione, se ripetuto costantemente in modo maniacale, dà l'illusione che non sia successo niente (Athéa, 1987).

Nel caso della fecondazione in vitro, la tecnica è più sofisticata e impegnativa per il medico come per la coppia, anche se tutto si gioca tra la donna e l'equipe, mentre l'uomo è solo il donatore di sperma (Athéa, 1987). Richiede, ad esempio, tempi più lunghi, attese più estenuanti, non può essere ripetuta ogni mese e carica di uno sforzo ulteriore per la massiccia stimolazione e perché comunque il prelievo degli ovociti è un intervento chirurgico (Coghi, 2005).

Varie sono le reazioni psicologiche delle coppie di fronte alla pratica delle fecondazioni extracorporee: dubbi sulla paternità (Almeida et al., 2002), ripiegamento, depauperamento degli investimenti, culto dell'ovulo tra donne, perdita dell'intimità corporea, esperienza alienante di un corpo meccanizzato, stress indotto dalla tecnica, eccetera (Bayle, 2003).

Nei paesi in cui è legale la fecondazione eterologa, si lascia spazio per l'entrata nella coppia di un donatore anonimo che consente al partner l'assunzione del ruolo di padre simbolico (Athéa, 1987). In altri termini,

¹⁰⁵ In fondo, la procreazione è stata sempre assistita, vuoi perché la donna partoriva circondata da donne, vuoi perché di fronte a casi di sterilità si trovavano varie soluzioni culturali, come nuovi matrimonio o l'accudimento di figli non propri (Di Pietro e Tavella, 2006 p. 63). Il cambiamento di termini sta quasi a negare il fatto che ciò che caratterizza la fecondazione moderna non è tanto l'assistenza quanto appunto il fatto che l'assistenza sia medica, cioè che la fecondazione sia forzata, artificiale, per quanto *imiti* la natura.

viene giustificata dagli uomini a posteriori con la valorizzazione della paternità sociale (mentre un atteggiamento confuso rispetto al valore del legame biologico fa propendere per una scarsa elaborazione del lutto della propria condizione) e a priori con un enorme senso di colpa: sono responsabili di costringere le compagne a non sentirsi donne vere e a sacrificarsi con cure ormonali rischiose e senza successo certo, pur di rimediare ad un loro limite (Fine, 2002). Restano in gioco il fantasma di incesto esattamente come il timore che ci possano essere anomalie del feto o difficoltà nella gravidanza quali punizione inconscia della trasgressione (Athéa, 1987; Zurlo, 2000).

Talvolta, però, la tecnica riesce e arriva la gravidanza quale convalescenza della sterilità (Epelboin, 2001) e solitamente la coppia scompare dal centro e recide ogni legame con l'équipe curante (Athéa, 1987). Laddove l'annidamento dell'embrione è avvenuto con successo, la gravidanza è comunque a rischio. Sovente le donne sono costrette a un rigido riposo, che impedisce loro la partecipazione, ad esempio, a corsi di profilassi al parto, considerati tra l'altro pochi utili, visto che è molto diffuso in caso di PMA il ricorso al taglio cesareo (Cecotti, 2004). Questo significa che il controllo e la medicalizzazione che si esercitano durante il concepimento, accompagnano l'intero iter, ad esempio, attraverso visite ecografiche ripetute sullo stato del feto. Il maggior rischio come anche lo straordinario bisogno di rassicurazione delle coppie sono tali che spesso non lasciano al caso neanche la data di nascita. Inoltre, si registrano fattori di rischio medico: l'impianto di più embrioni comporta la possibilità di gravidanze multiple e parti gemellari, che vengono accolte dal pubblico e dalle coppie con commozione, esultanza e interesse, forse per la palese contraddizione con la norma di una società a crescita zero (Cecotti, 2004). La conseguenza, però, è un drammatico crescendo in termini di prematurazione, basso peso alla nascita, mortalità perinatale, eventuali

handicap¹⁰⁶ (Carrère-D'Encausse e Cymes, 2006). La riduzione embrionaria che può verificarsi in caso di gravidanze multiple, come l'aborto volontario alla scoperta di malformazioni congenite sono un'esperienza nuova rispetto all'aborto tradizionale, costituendo una forma di lutto diversa dalle altre.¹⁰⁷

Dal punto psicologico, è necessario che la coppia riesca finalmente a concepirsi in attesa di un bambino reale, non più immaginario: contenta per il successo che premia la tenacia, talvolta moltiplica i sintomi e vive soprattutto le prime settimane con un'angoscia tanto più difficile da sopportare perché percepita come colpevole, criticata da un contesto che non la comprende e vissuta come ingratitudine dal corpo medico (Epelboin, 2001). La naturale ambivalenza sembra dunque interdetta ma finisce per tornare con un'impressione di urgenza (Epelboin, 2001).

La descrizione fin qui fatta dei rischi di una gravidanza assistita potrebbe dare la sensazione di una visione apocalittica, dunque di una esagerazione pessimistica. In verità, è normale la sottolineatura di tutti gli aspetti negativi sia per lo stato di salute della madre e del futuro bambino sia per le difficoltà psicologiche e relazionali che potrebbero insorgere, perché solitamente si intende intervenire o comprendendo le condizioni patologiche, o prevenendo situazioni di difficoltà. In verità, però, nessuna previsione certa è possibile a priori, sia perché la gestazione è un momento di tale trasformazione per la famiglia e il contesto che le risorse a cui si riesce ad attingere sono spesso sconosciute in precedenza, sia perché il bambino, quale figura attiva fin dall'inizio, saprà incidere

¹⁰⁶ Il rischio di malformazioni genetiche a carico dell'apparato cardiovascolare, muscolo-scheletrico, gastrointestinale e urino-genitale sembra leggermente superiore nel caso di bambini nati in seguito a protocolli di concepimento assistito (Tallandini, 2008), come anche ritardo nel linguaggio e nell'apprendimento (Cecotti, 2004).

¹⁰⁷ Le donne che perdono il loro bambino prima ancora di averlo preso in braccio, sono spesso non capite e qualificate come mortifere. La loro disperazione nasce dalla sensazione di aver perso una parte di loro stesse, di una speranza. Non c'è alcuna traccia sensoriale, alcun oggetto familiare a ricordarlo, neanche una tomba o l'iscrizione allo stato civile (Bydlowski, 1997), sebbene molte decidano di dare un nome al loro bambino perduto. Di fronte a questa evenienza, spesso le donne decidono di vivere in uno stato emotivo sospeso e ibernato, come se non fossero incinte, una condizione di torpore che nega la gravidanza e non investe il grembo materno fino a quando il risultato di un test prenatale non scongiuri la presenza di malformazioni (Munnich, 2006), la gestazione non sia in stato avanzato mettendo meno a rischio la nascita di un bambino vivo o quando la riduzione embrionaria non è più necessaria.

significativamente sulle interazioni con i suoi genitori.¹⁰⁸

¹⁰⁸ A parte rimandare all'Appendice C a proposito di studi fatti sull'argomento, si può solo dire che questa è un'altra storia, che esula dalle finalità del presente lavoro.

CAPITOLO II
Il progetto di ricerca

Introduzione: il progetto di ricerca

Comprendere più a fondo le dinamiche intrapsichiche e relazionali di una coppia che si rivolge a un centro per la cura della sterilità, risulta suggestivo e degno di attenzione, a trent'anni ormai dalla nascita di Louise Brown, la prima bambina in provetta e a poche settimane dall'assegnazione del Nobel per la medicina al suo padre putativo, Robert Edwards. Allo stesso tempo, però, un progetto di ricerca in quest'ambito risulta complesso, laddove la chiave di lettura di stampo psicoanalitico non rende più possibile un rapporto lineare di causa ed effetto tra difficoltà psicologiche e sintomo del corpo.

D'altronde, il presente studio si colloca in diversi modi negli obiettivi di un dottorato che da sempre ha indirizzato i suoi interessi verso l'approfondimento delle tematiche di genere. Innanzitutto, infatti, la diagnosi di sterilità ed il successivo intervento tecnico pongono in primo piano l'identità sessuale individuale, quindi l'identità di genere e di ruolo, in secondo luogo, la sterilità e la procreazione assistita si inseriscono in un più ampio dibattito socio-culturale e storico-politico, infine, in una società che ha decretato il declino del Nome del Padre e le rappresentazioni più mediatizzate ne hanno schiacciato la funzione dalla parte di un femminile che fa di lui un doppio materno (Chabert, 2009), si vuole restituire unicità e importanza al vissuto degli uomini all'interno di questo specifico progetto, coinvolgendoli allo stesso modo delle partners nella somministrazione di tutti i test.

La strutturazione della ricerca, quindi, nasce fin dall'inizio con l'obiettivo di approfondire i vissuti della coppia infertile, anche perché per quanto sembra che maternità e femminilità siano inseparabili, è anche vero che la cura della sterilità coinvolge entrambi sia per le analisi preliminari sia

perché eventuali cure o trattamenti o interventi dell'uno incidono anche sul clima di coppia e sullo stato emotivo dell'altro.

La ricerca è stata interamente svolta presso l'Azienda Ospedaliera Sanitaria (AOU) "Federico II" di Napoli, presso il centro di cura della sterilità di coppia, resp. Prof. De Placido, che offre da anni ormai uno sportello psicologico a cui vengono invitate a rivolgersi tutte le coppie, dopo la prima visita con la ginecologa.

La ricerca è stata preceduta da un periodo preliminare di natura esplorativa, della durata di circa due mesi, da ottobre a dicembre 2009, durante il quale chi scrive ha affiancato la psicologa allo sportello informativo e ha assistito ai colloqui che si tengono ogni martedì presso il reparto di ginecologia-cura della sterilità di coppia, dell'AOU napoletana, partecipando anche alle supervisioni quindicinali di gruppo con la responsabile dott.ssa M. Duval. Questa esplorazione iniziale ha permesso di raccogliere una serie di informazioni importanti sia sulla popolazione che afferisce al centro pubblico, sia sulle modalità del colloquio, in termini tanto strutturali quanto contenutistici, così da comprendere come organizzare concretamente il progetto di ricerca, in particolar modo come scegliere gli strumenti di indagine.

Si è arrivati così a progettare una ricerca che prevedesse un unico incontro con le coppie, per due motivi. Il primo, di ordine pratico, riguarda la dispersione della popolazione, motivo per il quale, tra l'altro, non si è ipotizzata una corretta ricerca longitudinale con misurazioni ripetute, e nasce dalla constatazione che è davvero molto raro strutturare un ciclo di colloqui, cosa che forse è naturale aspettarsi in tutti i casi di domanda non spontanea. Le coppie vengono infatti inviate dalla ginecologa, che di solito al primo appuntamento segna loro gli esami da fare e inserisce nell'elenco, senza ulteriori specificazioni, anche il colloquio presso lo sportello psicologico, colloquio che è suggerito ma non obbligatorio. A parte l'evidente confusione che una simile organizzazione genera, rendendo in fantasia il colloquio psicologico solo un ulteriore esame valutativo, piuttosto

che un'occasione di riflessione e confronto, il fatto di vedere l'esperto come prassi e non come esigenza, non costituisce un buon inizio e non cambia molto il fatto che durante l'incontro emergano delle difficoltà contenibili in uno spazio psicologico. D'altronde, e questo è il secondo motivo, laddove ci fosse l'opportunità di strutturare un ciclo di consultazioni, è etico che la ricerca ne resti fuori per fare spazio ad un approccio clinico che sia davvero di supporto alla coppia.

Quest'unico incontro si è svolto secondo delle modalità costanti per tutte le coppie. A condurlo sempre la stessa psicologa, sempre nello stesso giorno della settimana, il martedì pomeriggio e l'appuntamento è sempre fissato immediatamente dopo la prima visita ginecologica, nel periodo degli esami e degli accertamenti preliminari da portare alla visita successiva, quindi in assenza di una diagnosi chiara, almeno presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria napoletana, visto che non si esclude che in passato si siano consultati altri centri.

Il setting è rimasto costante per tutto il periodo della ricerca: una stanza diversa da quella solitamente destinata al counselling per le coppie. Si è deciso, infatti, di predisporre un spazio altro, sia per evitare le interruzioni da parte dei pazienti o degli altri operatori, com'è tipico della condivisione di uffici pubblici, sia per permettere alle coppie di spostare l'attenzione su di sé, cosa più difficile in una stanza ambulatoriale del reparto per la cura della sterilità. Infine, anche per separare l'attività dello sportello informativo dalla ricerca: il primo è andato avanti con la psicologa che se ne è sempre occupata, la seconda ha selezionato alcune coppie ogni settimana per sottoporre loro dei test, richiedendo un tempo maggiore di uno sportello che, a causa della sovrapposizione degli appuntamenti, ha solitamente ritmi più stringenti. La somministrazione della batteria, infatti, ha previsto un tempo di circa un'ora, un'ora e mezza a coppia, anche se si registrano variazioni considerevoli a seconda della volontà e apertura dei soggetti a raccontarsi.

Il protocollo è stato applicato in forma congiunta a entrambi i partners, visto l'interesse della ricerca verso il modo in cui insieme affrontano questa

crisi esistenziale, ma ciò presuppone automaticamente una ulteriore selezione della popolazione iniziale: non solo, infatti, un primo filtro è determinato dalle coppie stesse, per cui si ha la possibilità di incontrare solo quelle che hanno deciso di presentarsi allo sportello psicologico per un colloquio che non è obbligatorio¹⁰⁹ ma in più sono stati esclusi a priori tutti i casi in cui la persona (la donna) si è presentata da sola allo sportello o accompagnata da genitori, sorelle, amiche ecc., e laddove ci fossero altre persone accanto alla coppia, si chiedeva loro esplicitamente di rimanere ad aspettare all'esterno della stanza.

All'inizio, si presenta alla coppia il consenso informato, chiedendo di firmarlo. Si descrivono a voce gli obiettivi e le caratteristiche della ricerca, sottolineando il trattamento aggregato dei dati in difesa del diritto alla privacy. In caso di rifiuto del consenso informato, non si è fatta ricerca ma semplicemente ci si è limitati all'attività di counselling e di sportello informativo.

*Il consenso
informato*

Al consenso informato, seguono l'intervista, la raccolta dei dati anamnestici e la somministrazione della batteria dei test, descritti qui di seguito e riportati interamente in appendice.

L'intervista è semistrutturata, rivolta a entrambi i coniugi contemporaneamente, in modo che definiscano autonomamente i turni di parola, sebbene laddove uno dei due rimanga per troppo tempo in silenzio, viene sollecitato a raccontare anche il proprio punto di vista, ricordo o vissuto. Durante il colloquio tutto è audio-registrato, come anticipato nel consenso informato: alle coppie si fa vedere l'apparecchio che viene poggiato poi sul tavolo, in una posizione seminascosta in modo tale da non infastidire ma sufficientemente vicino da raccogliere una registrazione

L'intervista

¹⁰⁹ Quest'aspetto non è affatto scontato se si tiene conto che sia nel periodo preliminare sia durante la ricerca, il confronto tra il numero di appuntamenti fissati e di quelli effettuati segna una perdita di circa il 50%. Le persone che si presentano, sono quindi il frutto di un'autoselezione, il che da un lato facilita in linea di principio il contatto, dall'altro lascia in ombra una importante fascia di popolazione non raggiungibile. Paradossalmente, l'incontro psicologico "è spesso rifiutato dalle coppie più a rischio" (Darwiche et al., 2002, trad. mia). D'altronde, le motivazioni per cui le coppie incontrano lo psicologo possono essere tra le più diverse: lo considerano un altro esame da fare, comprendono che è obbligatorio, in modo scaramantico non rifiutano nulla, fanno tutto ciò che viene detto loro, sono incuriositi, ne sentono l'esigenza, ecc.

chiara. Nessuna coppia che ha partecipato ha mai avuto problemi con il registratore, anzi, ben presto se ne dimenticano, tanto che resta acceso per tutta la durata del colloquio, aspetto utile per la conferma di alcuni dati, la raccolta di certe informazioni d'interesse o la correttezza della pinacoteca nell'esecuzione del test proiettivo che completa il protocollo, come sarà descritto in seguito. Raramente le persone hanno giocherellato con il registratore o lo hanno cercato con lo sguardo durante il colloquio e solo in un caso, è stato chiesto esplicitamente di spegnere l'apparecchio alla fine dell'intervista e prima della raccolta dei dati anamnestici.

L'audio-registrazione per sottoporre successivamente i colloqui a analisi testuale nasce dall'esigenza di dare importanza alla scelta delle parole, perché il loro potere evocatore serve agli uomini a condividere il proprio vissuto delle cose e del contesto in cui si inseriscono.

L'essere umano, scrivono Darwiche et al. (2002), ha una tendenza naturale a raccontare storie, cioè a mettere in forma narrativa le sue esperienze in modo da dotarle di senso e condividerle con gli altri e insieme rendere fluida l'identità soggettiva.¹¹⁰ La ricerca contemporanea sulle narrazioni utilizza principalmente le interviste e i colloqui come dati di base. Come spiega Bruner (1990), la storia di una vita raccontata da una persona precisa a un'altra persona precisa non può che essere il prodotto congiunto di quei due interlocutori e la ricerca focalizza la sua attenzione più che sui contenuti proprio sul modo in cui la co-narrazione, costruzione narrativa comune, è stata processata (Darwiche et al., 2002). Nel caso particolare del colloquio con la coppia, la co-narrazione dipende da quanto ciascuno è riuscito a dare spazio all'altro e dunque il ricercatore ha una difficoltà supplementare: deve essere attento al contributo di ciascuno, nonché all'influenza reciproca. Si può aver bisogno di tempo per riuscire a raccontare l'esperienza dell'infertilità visto che a volte prende la forma di una proto-narrazione nel senso che è caratterizzata dall'assenza dello

¹¹⁰ La storia o narrazione è molto di più della semplice descrizione degli eventi perché si riferisce specificamente al loro corso, con un inizio, un momento di complicazione (la trama, l'intrigo) e una conclusione finale, che termina questa organizzazione temporale.

sviluppo nel tempo e dell'interpretazione degli eventi (Darwiche et al., 2002). L'infertilità come qualunque evento doloroso, nel momento in cui comincia a essere integrata nella propria storia e a essere significata in modo da trasmetterla agli altri, può essere ammessa e tollerata da chi la vive, che è in grado di assumere un ruolo di protagonista anche nel rapporto con l'equipe curante (Darwiche et al., 2002).¹¹¹ Tutto questo dipende evidentemente dallo *spessore* della storia personale cioè dalle risorse che le proprie vicende individuali e familiari hanno fornito nel tempo, integrando e superando le eredità delle esperienze parentali (Darwiche et al., 2002). Le interviste servono allora a capire se la coppia è in grado di raccontarsi la propria storia, se attraverso la co-costruzione sa dare spazio all'altro, se è possibile proporre un approfondimento successivo più specificamente psicologico clinico qualora fosse necessario.

Come scrive Del Volgo (2003), in una clinica del reale, come quella che si incontra in ospedale, i discorsi sulla propria sofferenza *autorizzano* il paziente a ricordare. Invitato a parlare del motivo "somatico" della sua sofferenza, motivo della consultazione, il soggetto è incitato a una vera e propria opera creativa, attraverso e nella parola, di ricostruzione della sua storia soggettiva e posizionamento nella sofferenza. L'istante da dire offre al paziente l'occasione di sviluppare e riordinare i misteri della sua vita e del suo destino a partire dall'enigma della sofferenza attuale (Del Volgo, 2003). Questa parola si rivela allora come un atto creativo per il quale accede una volta e una solamente, in modo fugace e frammentario alle ferite della sua memoria (Del Volgo, 2003)

L'intervista della presente ricerca è stata imbastita a partire da

¹¹¹ Si prenda ad esempio in considerazione la ricerca di Claudia Mejia et al. (2005) con 15 coppie di genitori di bimbi in provetta. La linguista ha coinvolto entrambi i genitori contemporaneamente, invitandoli a raccontare la loro esperienza. La testimonianza toccava alcuni punti cardine e seguiva l'ordine cronologico, ma non aveva altri limiti. In un discorso emotivo, in cui si prevede predominio di sentimenti e opinioni personali, ci si aspetterebbe l'uso quasi esclusivo del primo pronome personale. Mejia, sorprendentemente, ha trovato che il pronome personale viene per lo più sostituito dalla forma impersonale: al posto dell'introspezione soggettiva c'è uno sguardo esterno agli avvenimenti e le descrizioni neutrali sostituiscono i sentimenti profondi. Se il vocabolario è in generale asettico perché la terminologia medica colonizza il terreno emotivo, sono le donne a mostrare un discorso familiare e intimo.

un'indagine nella letteratura. In particolare, da tre ricerche precedenti, presentate da Maggioni (1997), Cecotti (2004), e il Questionario Descrittivo di Martinelli e La Sala (2009).

La sua struttura finale è stata sia precisata in supervisione e sia rifinita nel secondo mese preliminare di esplorazione, migliorando di volta in volta il modo di formulare le domande o la loro successione o cercando di capire se ci fossero dei temi che non si era pensato di indagare e che invece emergevano spontaneamente come pregnanti nelle attività dello sportello.

Alla fine, si è organizzata intorno a quattro temi centrali, solitamente introdotti da domande volutamente generiche. Gli interventi dell'intervistatrice sono soprattutto volti a approfondire le risposte dei soggetti, in particolare ciò che viene appena accennato, soprattutto nel tentativo di ricostruire la sequenza temporale e causale degli eventi raccontati.

L'intervista comincia, dunque, trattando il percorso medico della coppia. Questa condizione risponde alle aspettative di quanti associano il colloquio psicologico ad un esame valutativo più che ad un'opportunità di riflessione e confronto. Contemporaneamente, facilita la costruzione di un primo legame con le persone che si trovano a raccontare il loro iter come già hanno fatto durante la visita medica, quindi senza sentirsi particolarmente attaccati, almeno all'inizio. La domanda di apertura, però, è volutamente ambigua, in modo tale che le persone possano cominciare a raccontare la loro storia da dove vogliono: a partire dagli eventi più recenti, dal desiderio di un figlio alle difficoltà attuali, dalla scoperta della diagnosi, ecc.

La seconda parte, sposta, invece, l'attenzione sulla propria storia di coppia, procede, dunque, a ritroso nel tempo, a ricordare gli anni di fidanzamento e di matrimonio. Le domande ora cercano di ampliare lo sguardo, visto che troppo spesso prese dalla necessità di raggiungere dei risultati, le coppie sterili finalizzano i loro rapporti alla prestazione e la vita quotidiana, i dialoghi e i pensieri si medicalizzano, dimenticando una dimensione emotiva, che inelaborata potrebbe nel tempo tradursi in fattori di

rischio psicopatologico.

Ancora più indietro nel tempo, il colloquio continua cercando una descrizione della storia familiare. È un argomento più delicato rispetto ai precedenti e anche meno prevedibile per le coppie. Il motivo principale di questo tema è che la nascita di un figlio si inserisce nell'ambito dei rapporti con le proprie figure parentali reali e fantasmatiche e l'attenzione alla famiglia non è un modo per cercare la causa della sterilità nelle maglie delle generazioni ma per capire le risorse a disposizione. Il contesto, infatti, può costituire un valido sostegno per chi affronta l'iter medico di cura della sterilità.

L'intervista si conclude con una proiezione nel futuro: si cerca, infatti, di raccogliere le fantasie sul figlio che potrebbe nascere, sulle sue caratteristiche e sul modo in cui potrebbe modificare la propria vita.

Subito dopo si cerca di ricapitolare le informazioni acquisite riportandole con ordine e completezza nella scheda socio-anagrafica che non viene affidata alla coppia ma compilata dall'intervistatrice che scrive mentre i soggetti forniscono tutte le informazioni, in modo da essere sicuri di non saltare nessun punto e riuscire a completare tutto in breve tempo.

Si indagano:

- le caratteristiche dei soggetti:
 - età (si riporta la data di nascita in modo tale che si possa calcolare esattamente l'età al momento del colloquio);
 - la nazionalità;
 - il titolo di studio;
 - la professione;
 - il credo religioso e il suo rapporto con la decisione di intraprendere l'iter medico della procreazione assistita.
- le caratteristiche delle famiglie di origine:
 - i genitori: età, professione, distanze abitative, necessità assistenziali, anni di matrimonio;
 - la ricostruzione in sequenza della fratria, corredata di età, stato

civile e presenza di figli;

- l'eventuale presenza di casi di aborto o sterilità in famiglia.

- la storia di coppia:

- gli anni di fidanzamento e matrimonio/convivenza;

- eventuali relazioni precedenti;

- esperienze significative affrontate insieme.

-la storia dell'iter medico:

- la presenza di altri centri consultati in passato;

- la diagnosi;

- le cause della sterilità e le eventuali operazioni affrontate (es: varicocele, endometriosi);

- i tentativi di inseminazione artificiale o di procreazione assistita presso altri centri.

- l'ipotesi dell'adozione.

- il colloquio psicologico:

- la sua utilità;

- altri contatti con gli psicologi in passato.

Alla scheda socio anamnestica segue la batteria di test autosomministrati:

- il POMS, Profile of Mood States (McNair et al., 1981), sugli stati emotivi;

- la SAR, Scala Alessitimica Romana (Laghi et al., 2005), per indagare il livello di alessitimia;

- il test di Wartegg (Wartegg, 1953), siglato secondo le indicazioni di Crisi (2007).

La scelta dei test sopra elencati nasce dalla necessità di unire indagine qualitativa e quantitativa. Mentre infatti l'audioregistrazione permette di trascrivere i colloqui in modo tale da applicare un'analisi testuale, questi reattivi completano la ricerca apportando dati quantitativi. La loro selezione nasce dalla volontà non solo di indagare la storia della coppia in quanto tale ma anche di approfondire aspetti e vissuti più individuali, come:

- gli stati emotivi e le reazioni affettive: seguendo la tradizione della

letteratura scientifica che si focalizza soprattutto sui livelli di ansia, depressione e stress e sulle strategie di coping delle coppie sterili, si è analizzato l'aspetto emotivo dei soggetti, nella consapevolezza di non poter distinguere la causa dagli effetti nella sua relazione con la diagnosi.

- il rapporto con il proprio corpo: fedelmente alle premesse teoriche da cui muove il presente progetto di ricerca, è sembrato importante poter indagare il modo in cui ciascuno si rapporta al proprio corpo e ne fa uno strumento di comunicazione nel dialogo con se stesso e gli altri e un mezzo per esprimere le emozioni.

- le caratteristiche di personalità: a partire soprattutto dagli studi clinici, si è cercato per decenni il profilo tipico della persona sterile, senza riuscire a definirlo con sicurezza. Quest'argomento, quindi, ha unito nel tempo le due distinte tradizioni di ricerca (clinica e sperimentale).

I criteri di scelta di questi specifici test rispetto ad altri, per l'indagine delle aree sopra citate, sono stati poi dettati dalle limitazioni pratiche del setting di ricerca: il colloquio unico in forma congiunta, necessita di reattivi che prevedano la possibile consegna collettiva e l'auto-somministrazione ma anche che siano allo stesso tempo veloci da completare, tanto per la loro numerosità, quanto perché seguono un'intervista impegnativa, e non complicati, per non stancare ulteriormente le coppie e perché il loro livello culturale è medio basso.

In questo modo, si è tentato di unire analisi statistica quantitativa e ricerca qualitativa, valutazione degli aspetti più consapevoli e di quelli che emergono inconsapevolmente, intervista e test scritti autosomministrati, analisi di coppia e individuale, reattivi a risposta multipla e proiettivi.

Le coppie della ricerca

Nel periodo della ricerca, tra gennaio e giugno 2010, sono state incontrate in media una o due coppie ogni martedì, per un totale di trenta, come riportato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Distribuzione del numero di coppie nel corso dei 6 mesi di ricerca

	Gennaio				Febbraio				Marzo				
Data	05	12	19	26	02	09	16	23	02	09	16	23	30
N. coppie	-	3	2	1	-	1	-	-	2	1	1	2	2

	Aprile				Maggio				Giugno		
Data	06	13	20	27	04	11	18	25	01	08	15
N. coppie	-	3	1	-	2	2	2	1	1	3	1

I protocolli sono stati siglati con un numero in ordine crescente da 1 a 31 e di questi sei sono assenti in quanto:

- 1 coppia ha già un figlio piccolo e lo porta nella stanza al momento del colloquio, rendendo la raccolta dati molto confusa (intervista n. 2);
- 2 coppie hanno rifiutato il consenso informato (coppie n. 15 e 25);
- 1 coppia ha fornito un protocollo completo e molto ricco ma ha già un figlio (intervista n. 27);
- 1 coppia ha rifiutato anche lo sportello psicologico: essendo straniera e non parlando bene l'Italiano, pensava che si trattasse della visita ginecologica per la visione degli esami medici. Di conseguenza va via infastidita dall'equivoco, dall'attesa e dalla necessità di tornare in altra data (coppia n. 29);

- in un caso si è preferito sospendere la ricerca perché la coppia ha sollecitato fortemente un colloquio psicologico che riuscisse a aiutarla a uscire da un momento di crisi così urgente, manifestando un livello di ansia tale da richiedere un immediato contenimento (coppia n. 31).

La scheda socio-anagrafica, allegata alla fine del presente lavoro ha fatto emergere i seguenti dati, per lo più in linea con le caratteristiche della popolazione (606 coppie) contattata da una ricerca Censis del 2009.¹¹²

Le 25 coppie sono italiane, tutte campane, tranne due, una pugliese e una calabrese. Si può comunque dire che l'appartenenza al Sud Italia renda omogeneo il background culturale.

L'età delle donne oscilla tra i 20 anni e i 44 anni (M=33,8 e DS=6,544718, moda=29, mediana=35) mentre per gli uomini si va dai 25 ai 60 anni (M=38,32 e DS=8,792526, moda=33, mediana=36).

A proposito del titolo di studio, 4 persone hanno fatto solo la scuola elementare (e 3 di queste sono donne), 19 le medie (9 donne e 10 uomini), 20 hanno una licenza superiore (9 donne e 11 uomini ma i licei sono rari, mentre più comune è la formazione professionale e soprattutto la ragioneria), solo 7 persone hanno completato la formazione universitaria (3 donne e 4 uomini) e di solito c'è analogia di titolo di studio tra i partners: solo in sei casi, infatti, è diverso ma comunque prossimo (e quattro volte su sei è la donna a avere un titolo inferiore).

¹¹² L'indagine "Il desiderio di diventare genitori, problemi e speranze di chi combatte l'infertilità" (2009) è stata promossa dalla Fondazione Serono e realizzata proprio a scopo investigativo dal Censis. I questionari sono stati compilati da coppie per lo più sposate (87%, nella presente ricerca è 88% circa), in media da più di sei anni (contro i quattro di queste 25 coppie). L'età si aggira intorno ai 38 anni per lui, 35 per lei (nello studio presentato l'età media è di 38 anni per lui e 24 per lei) e solo nel 63% dei casi la diagnosi è certa (vs il 70% ca delle coppie incontrate presso l'Azienda napoletana). Discutono dei limiti della legge 40/2004, pensano che il rapporto si sia consolidato con la diagnosi (70%), hanno difficoltà a confidare il loro problema a amici e familiari, riproveranno in caso di fallimento perché per quante difficoltà ci possano essere, sono convinti della soluzione finale positiva, si sentono in una condizione di sospensione esistenziale e soprattutto gli strumenti culturali fanno la differenza nella capacità di affrontare tempestivamente il percorso.

Tabella 2. Titolo di studio in dettaglio

Titolo di studio	Frequenza	Percentuale
Licenza elementare	4 (1 M e 3 F)	8%
Licenza media	19 (10 M e 9 F)	38%
Diploma	20 (10 M e 9 F)	40%
Laurea breve	0	0%
Laurea	6 (4 M e 2 F)	12%
Formazione post-universitaria	1 (F)	2%

Tabella 3. Grafico a torta con le percentuali per le tre categorie di “titolo di studio”

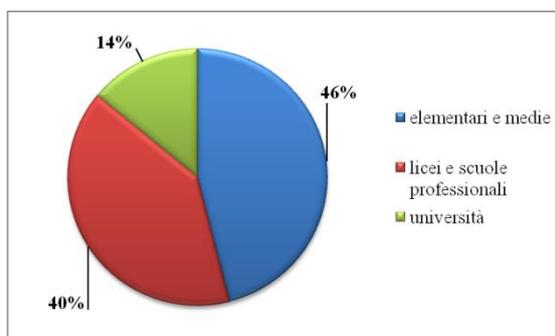
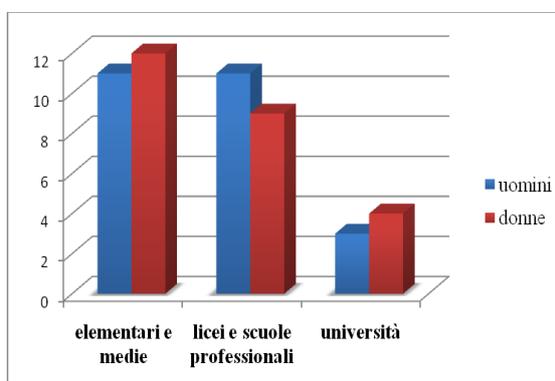


Tabella 4. Istogramma per il titolo di studio differenziato in base al genere



La professione è molto varia, per cui si è cercato di sintetizzarla come segue sia nella tabella sia nei grafici. Emerge, ad esempio, che prevale una posizione economica media o medio-bassa e che quasi una donna su due (10 su 25) non lavora fuori casa. Questo dato è spesso legato proprio al percorso di cura della sterilità: molte donne decidono di prendersi un periodo di pausa o sono costrette a lasciare il lavoro a causa dei continui permessi chiesti per affrontare l'iter medico. A tal proposito, Tain (2005) ricorda che per molte donne il trattamento di fecondazione assistita non è solo una vera e propria sfida ma anche un motivo di degradazione della posizione sociale perché frena la carriera. Inoltre, viene spesso testimoniato dalle coppie un periodo economicamente difficile, specchio della recente crisi internazionale e motivo anche del fatto che si è deciso di rivolgersi a un centro pubblico piuttosto che privato.

Tabella 5: Professione: dettaglio dei codici impiegati, delle frequenze e delle percentuali per ogni gruppo

Professione	Codice	Frequenza	Percentuale
Casalinga Pensionato/a	0	12 (2 M e 10 F)	24%
Operaio/a Lavoratore/trice part time Artigiano/a Commessa	1	13 (7 M e 6 F)	26%
Impiegato/a Negoziante Segretaria Insegnante	2	20 (14 M e 6 F)	40%
Libero/a professionista Responsabile	3	5 (2 M e 3 F)	10%

Tabella 6. Grafico a torta con le percentuali per i vari gruppi di professioni

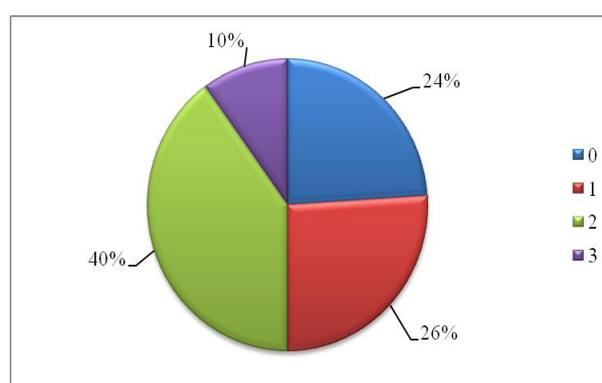
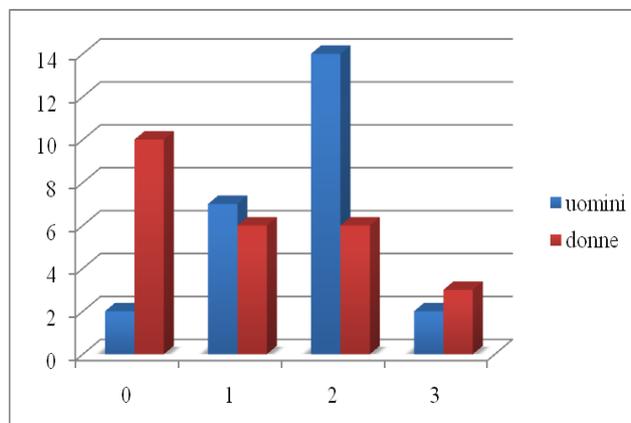


Tabella 7. Istogramma per la frequenza dei vari gruppi di professioni nei due generi



Tutti i soggetti sono di religione cattolica, laddove sposati, sempre secondo il rito religioso. Il modo di vivere la fede è simile e solo in tre casi l'uno è credente e l'altro no, mentre in quattro l'uomo è credente e la donna è anche praticante. La religione è fortemente sentita dalle coppie che per la quasi totalità sono almeno credenti se non anche praticanti, una donna persino insegna religione a studenti di liceo.

Tabella 8. Religione: frequenze delle diverse risposte differenziate per genere

Religione	Frequenza
Ateo/a	1 (M)
Agnostico/a	2 (1 M e 1 F)
Credente	27 (15 M e 12 F)
Praticante	20 (8 M e 12 F)

Questo dato potrebbe essere in contrasto con l'iter medico di procreazione medicalmente assistita che probabilmente le coppie andranno ad affrontare. I soggetti però non pensano a questo contrasto (solo tre immaginano che ci sia una contraddizione), cosa che giustificano con l'idea che un figlio sia comunque una benedizione del cielo (D'Orsi, 2008) e se mai la scienza può dare loro una mano, è anche volontà del Signore. Raramente hanno deciso di parlarne individualmente con il parroco o con un padre spirituale (solo in 9 casi), che sembrano di solito mantenere una posizione aperta ed equilibrata tra i dettami della Chiesa e le esigenze e sofferenze delle coppie.

A proposito della storia familiare, i genitori dei 50 soggetti sono sposati, solo per due donne divorziati, per una donna e un uomo separati in casa, in ogni caso da almeno 12 anni, quindi hanno vissuto la divisione parentale o da adolescenti o da adulti.

Per nessuna coppia si può dire che la vita coniugale abbia comportato un allontanamento concreto dalla casa delle rispettive famiglie di origine: anche laddove, in sei casi, si dichiara di abitare lontano, infatti, questo si concretizza spesso solo in un cambio di paese e comunque sempre per andare a vivere più vicino alla famiglia del/la partner. La giustificazione principale è nel fatto che i genitori costruiscono spesso le loro case in modo da prevedere future divisioni in piani o più appartamenti per i figli, per cui si finisce per coabitare nello stesso stabile, spesso insieme non solo a fratelli e sorelle ma anche zii e cugini.

Questo, d'altronde, facilita la possibilità di prestarsi reciproco sostegno: talvolta sono i genitori a mostrarsi attenti e disponibili quanto non invadenti ma nella maggior parte dei casi (22 su 50, il 44%), le persone della presente ricerca, uomini e donne in modo uguale, si rappresentano sempre troppo coinvolti nell'assistenza, spesso anche a causa del fatto che l'assenza dei figli li rende meno impegnati o giustificati rispetto al resto della fratria. Inoltre, il fatto che per lo più questo valga per entrambi i membri della stessa coppia (in 16 casi su 22), rende il progetto di genitorialità di più

difficile concretizzazione. È tuttavia vero che questa percezione di sé non sembra sempre giustificabile in base a un'esigenza concreta e attuale ma può essere legata al passato o alla gestione delle piccole faccende quotidiane. Quando si è chiesto dello stato di salute dei genitori, infatti, solo 9 mamme e 6 papà sono viventi ma ammalati, quindi la percentuale dei figli coinvolti è del 30% (contro il 44% di cui sopra): per due donne entrambi i genitori non godono di buona salute e per due coppie entrambi i coniugi hanno almeno un genitore ammalato.

Due uomini e una donna sono orfani mentre per gli altri, è deceduta o solo la madre (un caso, un uomo) o solo il padre (nove persone, per due donne e sette uomini).

Le mamme sono quasi tutte casalinghe, 37 su 50 viventi e in buona salute, laddove ammalate in 3 casi su 9 si tratta specificamente di una patologia psichica (depressione o esaurimento nervoso), negli altri di problemi cardiaci o circolatori, polmonari o scheletrici, Alzheimer e sclerosi.

Per 32 soggetti, il papà è vivente e in buona salute, per sei ammalato (in un caso è psicotico da quando l'uomo era piccolo) e deceduto 8 volte su 12 per tumore.

Tabella 9. Stato di salute dei genitori dei soggetti intervistati

Stato di salute	Madre	Padre
Vivente e in buona salute	37 (per 19 M e 18 F)	32 (per 13 M e 19 F)
Vivente e ammalato/a	9 (per 3 M e 6 F)	6 (per 4 M e 2 F)
Deceduto/a	4 (per 3 M e 1 F)	12 (per 8 M e 4 F)

Solo un uomo è figlio unico, tre hanno un/a gemello/a.

Una donna ha due fratelli gemelli e per due altre i papà hanno avuto figli da relazioni precedenti o extraconiugali.

Tutti hanno in media tra i due e i tre fratelli, a loro volta sposati e con figli. La posizione che il singolo occupa nella fratria non è quella di primogenito ma per lo più di figlio minore rispetto ad altri, come indicato nella tabella sottostante.

Infine, almeno 12 persone (1 su 4 quindi) riportano esperienze di aborti spontanei o difficoltà procreative di fratelli, sorelle e/o genitori.

Tabella 10. Posizione del soggetto nella successione della fratria

	Frequenza
Figlio unico	1 (M)
Primogenito/a	12 (6 M e 6 F)
Posizione centrale	18 (9 M e 9 F)
Figlio/a minore	19 (9 M e 10 F) (in 8 casi, 3 M e 5 F, con un solo fratello)

Tabella 11. Grafico a torta con le percentuali per ciascuna posizione possibile nella successione della fratria

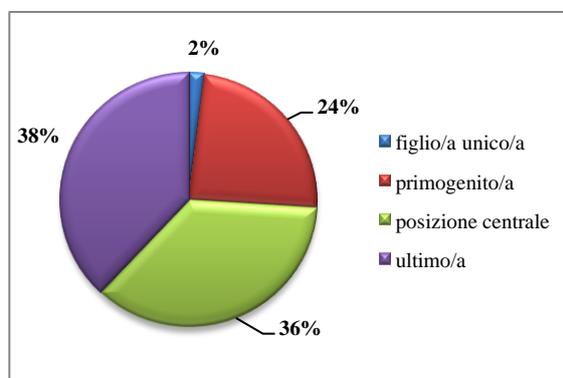
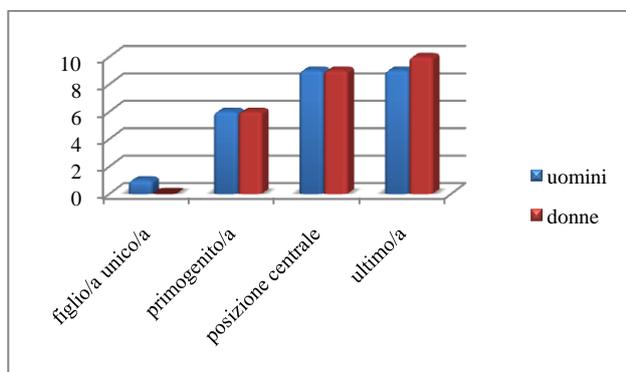


Tabella 12. Istogramma delle varie posizioni all'interno della successione di fratelli, distinte in base al genere



A proposito della vita insieme, solo 3 coppie convivono e 2 hanno convissuto per pochi mesi prima del matrimonio, le altre sono sposate da 2 a 14 anni ($M=4,72 \pm 3,56$) e dopo un fidanzamento che varia tra qualche settimana e anche 13 anni ($M=5,28 \pm 4,00$).

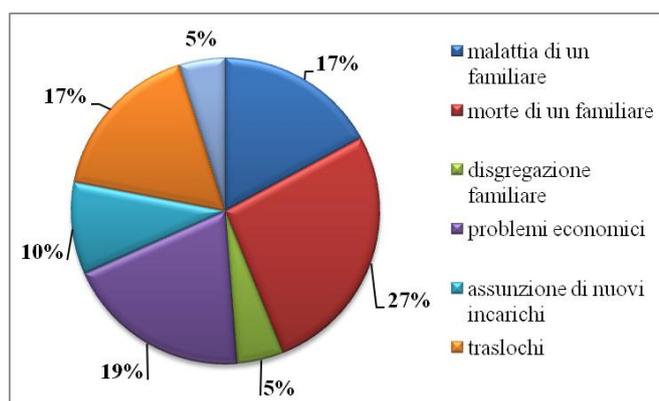
Per 9 coppie, quello attuale costituisce l'unico rapporto importante della loro vita, sostanzialmente perché si sono fidanzati giovani e sono cresciuti insieme. Esperienze precedenti sono: altri fidanzamenti per 10 donne e 11 uomini, inoltre un uomo ha anche affrontato una convivenza in precedenza, due uomini sono divorziati e uno dei due ha avuto due figli dalla precedente unione.

Insieme, i due partners hanno affrontato nel corso del tempo: la malattia e/o la morte di qualche familiare (18 coppie), problemi economici e lavorativi (8 coppie) e/o traslochi (7 coppie), più raramente fenomeni di disgregazione familiare (2 coppie) e/o assunzione di nuovi incarichi (4 coppie).

Tabella 13. Frequenze degli eventi importanti affrontati insieme

Eventi importanti	Frequenza
Malattia di un familiare	7
Morte di un familiare	11
Disgregazione familiare	2
Problemi economici	8
Assunzione di nuovi incarichi	4
Traslochi	7
Altro	2

Tabella 14. Grafico a torta delle percentuali degli eventi affrontati insieme



A proposito dell'iter medico, per 15 coppie l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" è il primo centro contattato per la cura della sterilità e l'iniziativa di fissare un appuntamento è stata concordata insieme o presa soprattutto dalla donna (dall'uomo solo in due casi). Le altre si sono

rivolte in passato a un numero di strutture che varia tra 1 e 4, centri per lo più privati (tranne in due casi), abbandonati per motivi psicologici (veniva meno il rapporto di fiducia) o pratici (trasferimenti e soprattutto problemi economici).

La diagnosi merita un approfondimento a parte. È stato, infatti, molto difficile riuscire a definirla e questo dato risulta significativo. La diagnosi, infatti, non è determinata dalle cartelle cliniche e dall'incontro con la ginecologa, ma ricostruita a partire dal racconto delle coppie e da quello che affermano durante la somministrazione della scheda socio-anamnestica.

Nessuno ha mai parlato di sterilità di coppia, ad esempio. In alcuni casi, la diagnosi (inspiegata, femminile e maschile) è chiara e coerente alla storia (nelle interviste n. 01, 04, 06, 07, 09, 10, 12, 17, 18) oppure è ancora sconosciuta perché è il primo centro consultato (14, 23, 24, 26, 30). Negli altri casi, può succedere che la coppia:

- abbia consultato altri medici, però dice di non avere la certezza della diagnosi, di solito di oligospermia (03, 05, 08, 21),
- abbia consultato altri medici senza mai avere una spiegazione chiara per cui sono stati abbandonati per scarsa fiducia (11, 13, 16, 20),
- addirittura si sia sottoposta a degli interventi di inseminazione o fecondazione in vitro senza saperne esattamente il motivo (19, 28), o con una diagnosi di sterilità maschile mantenuta in modo non coerente anche di fronte alla poliabortività della donna (22).

È risultato quindi abbastanza difficile riuscire a categorizzare le risposte il che testimonia anche della confusione delle coppie stesse nonché del fatto che qualsiasi informazione medica venga poi elaborata personalmente nei modi (fantasmatici) più vari, negandola ad esempio, come è successo in vari casi di sterilità maschile, da parte di entrambi o solo della donna. Riassumendo si è deciso:

- in accordo con la definizione dei soggetti, di considerare femminili le sterilità inspiegate e maschili anche l'intervista numero 22;
- nei casi di sterilità maschile incerta, di accettare la diagnosi nei due

casi in cui la confusione sembrava opera di negazione, visto il lungo percorso già affrontato e comprensivo di stimolazione ormonale per una eventuale tecnica mai applicata nonché di modificazioni psicologiche interne alla coppia, mentre laddove la sterilità è ipotizzata senza alcuna conferma medica né coinvolgimento personale tanto che la coppia la propone giusto come ipotesi, si è preferito lasciare l'incertezza a rappresentarla meglio.

Tabella 15. Dettagli della definizione della diagnosi per le 25 interviste

Diagnosi	Interviste	Dettagli
Inspiegata	1 - 6 - 10	2 sterilità senza causa, associata in genere alla donna 1 sterilità femminile
Maschile	4 - 7 - 9 - 12 - 17 - 18 - (22)	7 sterilità maschile (1 sbagliata)
Maschile incerta	3 - 8 5 - 21	2 sterilità maschile definita ma oggetto di negazione 2 sterilità maschile come ipotesi
Assente	14 - 23 - 24 - 26 - 30 11 - 13 - 16 - 20 19 - 28	5 incerta anche la stessa sterilità perché l'Azienda Ospedaliera Universitaria è il primo centro consultato 4 sterilità sconosciuta pur avendo consultato altri centri 2 sterilità sconosciuta anche in presenza di interventi di fecondazione o procreazione assistita

Tabella 16. Frequenze delle varie diagnosi nella loro definizione ultima

Diagnosi	Frequenza
Femminile/inspiegata	3
Maschile	9
Sconosciuta	13

La causa della sterilità è ignota a 14 coppie su 25, per 5 coppie l'oligospermia maschile non è considerata una causa della sterilità di coppia in quanto diagnosticata in passato ma non confermata da analisi recenti ed essa stessa ha un'origine sconosciuta. 11 persone si sono sottoposte a interventi chirurgici o hanno assunto farmaci per curare la causa della loro infertilità: si tratta di cure ormonali per due donne e 5 uomini, di varicocele per 5 uomini (in due casi operato per errore, a loro dire), di cause diverse per 4 donne, dall'ovaio policistico all'utero piccolo, dalle aderenze alla tuba ostruita e poi operazioni per i "polipetti" e l'endometriosi.

15 coppie su 25 hanno avuto rapporti mirati concordati con il ginecologo (anche se in due casi l'episodio non si è ripetuto dopo il primo tentativo), 11 si sono sottoposte alla stimolazione ormonale e 6 anche a inseminazione artificiale o procreazione assistita.

A tal proposito, 5 coppie su 6 si sono sottoposte almeno a una inseminazione artificiale (o IUI) mentre 4 almeno a una fecondazione in vitro, c'è solo un caso di inseminazione intracitoplasmatica (ICSI).

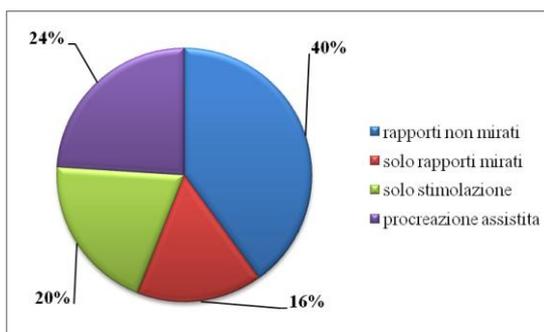
I tentativi si distribuiscono equamente tra i tre tipi di diagnosi, il che significa che 4 volte su 6 si è intervenuti, secondo quanto riportano i soggetti, o con una sterilità *sine causa* o con una definizione incerta della presenza dell'infertilità di coppia. Se a questo si aggiunge anche che dei due casi di ipofertilità maschile, uno corrisponde a una diagnosi probabilmente

sbagliata o quanto meno incompleta (la poliabortività della donna non è stata considerata nelle indagini mediche precedenti), significa che 5 volte su 6 l'intervento medico è avvenuto un po' alla cieca, procedendo per tentativi e errori, cosa più grave se si registra che 5 coppie su 6 non si sono fermate al primo tentativo infruttuoso.

Tabella 16. Tabella di frequenza degli interventi per curare l'infertilità

		Frequenza	
Rapporti mirati	15	Con stimolazione ormonale	11
		Senza stimolazione ormonale	4
Nulla	10		
		Con PMA	6
		Senza PMA	5

Tabella 17. Grafico a torta dei vari interventi per la cura della sterilità



7 coppie hanno vissuto l'aborto, in particolare:

- in un caso di sterilità femminile inspiegata, sono state affrontate diverse gravidanze in periodi lontani dagli interventi medici e in un caso, è nata una bambina, troppo prematura, morta dopo una settimana (coppia

n. 6);

- una donna ha fatto esperienza di gravidanza con ovulo bianco (coppia n. 13);

- in un caso, la sterilità sembra subentrata come una reazione traumatica successiva ad un aborto terapeutico per malformazione (acefalia) del feto (coppia n. 16);

- per un'altra coppia, l'aborto è precedente al percorso medico di cura dell'infertilità e sembra essere legato principalmente allo stato emotivo della donna, sconvolta dalla recente morte del padre (coppia n. 28).

Questi aborti, quindi, sono relativi non a gravidanze indotte con tecnica medica. È importante notare che nei racconti, il vissuto emotivo e fantasmatico di perdita di un figlio è presente solo laddove l'aborto è avvenuto a qualche mese di gravidanza, quando il feto comincia a muoversi o prima, quando lo si osserva nell'ecografia o se ne certifica il battito. Nessuna delle coppie, infatti, considera aborto il mancato attecchimento dell'embrione in seguito a fecondazione in vitro, anche se tecnicamente lo è.

Infine, dai colloqui emerge che tra chi prova per la prima volta e chi ha una lunga storia, in media sono 4 anni (3,76) che queste coppie tentano di avere un figlio: in particolare, 11 coppie provano da almeno un anno, 8 coppie da 3 - 5 anni, 6 coppie da 7 - 11 anni.

Tabella 18. Conteggio degli anni di ricerca di un figlio

Numero di anni di ricerca	Numero di coppie
1	6
2	5
3	3
4	2

5	3
6	2
7	2
9	1
11	1

A proposito dell'adozione, solo 2 coppie hanno avviato le pratiche e sebbene in 9 casi ci abbiamo pensato, la concretizzazione del percorso adottivo è legato agli esiti delle tecniche di procreazione assistita. 2 coppie non ci hanno nemmeno mai pensato e, sorprendentemente, quasi la metà, 12 coppie non pensano all'adozione. In 3 casi perché la immaginano di difficile concretizzazione a causa di una trafila burocratica troppo lunga, delle proprie difficoltà economiche o dell'età avanzata, ma in 9 casi perché o vogliono un figlio proprio (2 coppie) o lui rifiuta l'idea e le motivazioni sono abbastanza complesse:

- non accetterebbe il figlio di un estraneo,
- immagina che sia ancora troppo presto,
- è contrario all'adozione,
- preferisce tentare anche l'eterologa all'estero,
- non sente di avere la forza per farsi carico della responsabilità di un bambino già nato.

Infine, a proposito del colloquio che hanno avuto con la psicologa, bisogna sottolineare le difficoltà di costruire un rapporto che possa avere un seguito e avviare un ciclo di consultazione: le coppie, anche se problematiche e in difficoltà (o forse proprio per questo) sfuggono alla possibilità di un sostegno psicologico, sebbene venga loro offerto in modo gratuito, protetto e all'interno di un percorso non facile. Delle 25 coppie, infatti, soltanto una è stata incontrata una seconda volta, incuriosita dai test

fatti, soprattutto il grafico proiettivo, ma dopo questa restituzione è scomparsa. Allo stesso modo, per due coppie, il secondo appuntamento fissato è stato disdetto telefonicamente e altre due non si sono presentate alla data concordata per approfondire le problematiche emerse in precedenza. Infine, per tutte le altre, anche laddove mostrassero un timido interesse, l'aggancio è stato impossibile, sebbene due donne abbiano chiamato a distanza di tempo, o per una restituzione telefonica dei risultati ai test o per avere informazioni sul centro di cura della sterilità, a dimostrazione di quanto confondano il colloquio psicologico con gli altri esami e lo sportello sia assorbito dall'iter medico di cura.

Tabella 19. Tabella riepilogativa degli esiti del primo colloquio

	Frequenza
Un solo colloquio	18
Un solo colloquio ma un contatto telefonico successivo	2
Secondo colloquio fissato ma disdetto	2
Secondo colloquio solo fissato	2
Secondo colloquio realizzato	1

Questo può risultare normale per chi non ha mai avuto un contatto con la psicologia, ma per 6 coppie su 25, c'è stato almeno un colloquio con un esperto in passato:

- una terapia decennale in adolescenza, in seguito alla morte di una amica che comportò cambiamenti somatici e mal di testa cronici (intervista

n. 8);

- qualche colloquio cinque anni fa, in seguito a un periodo di forti difficoltà, tra rapine subite e interventi medici (intervista n. 10);

- l'incontro con lo psichiatra per decidere di abortire il feto malato (intervista n. 16);

- counselling di qualche mese per affrontare i disturbi gastrointestinali associati alla difficile convivenza con una sorella (intervista n. 14);

- un incontro in tenera età e in presenza di tutta la famiglia per delle difficoltà che un fratello lamentava in classe (coppia n. 19);

- un percorso di sostegno ai tempi dell'università per affrontare la fine di una storia importante (intervista n. 20).

Si tratta, tranne in un caso (coppia n. 10), che ha visto coinvolti entrambi, sempre di colloqui psicologici affrontati dalla donna, per motivi relazionali che tre volte su sei hanno coinvolto il corpo in modo significativo.

L'analisi testuale con il TLAB

La lettura di materiali testuali come interviste, racconti, diari, articoli di giornale ecc., può fornire una serie di spunti utili a comprendere la costruzione di senso che i loro autori fanno intorno ad un argomento ma per quanto chiarificatrice, non è sufficiente a considerarla “scientifica” e comunicabile. Negli ultimi anni si sono diffusi metodi qualitativi di indagine dei testi che prevedono l'applicazione di software preposti alla scomposizione e riorganizzazione del materiale mediante indici statistici più o meno sofisticati. La scelta del software e delle istruzioni da impartire al medesimo dipendono dalla finalità delle proprie elaborazioni e dunque, dalla cornice teorica che guida la lettura dei dati (Richards e Morse, 2007). In questo specifico progetto di ricerca, sulla base delle premesse teoriche esplicitate in precedenza, si è ritenuto che l'Analisi Emozionale del Testo (AET, Carli e Paniccchia, 2002) potesse costituire il modello di riferimento più utile allo studio delle interviste sull'infertilità di coppia. In un *working in progress* continuo, la finalità dell'Analisi Emozionale è proprio quella di costruire, più che verificare, ipotesi sulla cultura di un'area sociale, in modo da pianificare meglio un possibile intervento psicologico. Questo scopo viene perseguito cercando di rintracciare nel discorso dei protagonisti i processi collusivi, o meglio la loro simbolizzazione affettiva nei confronti del contesto a cui partecipano (Carli e Paniccchia, 2002). Si ipotizza, infatti, che per conoscere a fondo la Cultura Locale di uno specifico ambito, sia necessario osservarla da vicino, interrogando direttamente le persone che ne fanno parte e che, di conseguenza, agiscono quella Cultura tramite il comportamento emozionato e la trasformazione simbolico-affettiva del linguaggio (Carli e Paniccchia, 2002). Le emozioni non sempre consapevoli, dunque, si traducono in caratterizzazioni verbali che vengono attribuite agli

oggetti di quella specifica realtà contestuale.

L'Analisi Emozionale applicata ai risultati di un'elaborazione computerizzata dei discorsi di un gruppo permette, di conseguenza, di riconoscere e valorizzare le parole significative, "dense" dei testi e fare delle ipotesi sul modo in cui si associano tra loro, o raggruppandole sotto un comune nome evocativo o concatenandole in modo che i lemmi successivi riducano, in una logica a imbuto, la polisemia dei precedenti (Carli e Paniccia, 2002).

Come spiega Lancia (2004), il T-Lab, che per questa ricerca è nella versione Pro 5.3, è un software costituito da un insieme di strumenti linguistici e statistici per l'analisi dei testi più vari, interviste, racconti, articoli di giornale, ecc. L'intero materiale da analizzare costituisce il corpus dei dati, che il software scompone in contesti elementari, parti del testo di lunghezza variabile a seconda che si scelga di far prevalere la punteggiatura forte (. , ; ! ?) a separare le frasi, o si preferiscano porzioni di testo più ampie (frammenti, quali insieme di più frasi o paragrafi, caratterizzati dal ritorno a carrello). La preparazione iniziale del corpus prevede anche la distinzione tra multi-words, stop-words e parole chiave.

Le multi-words sono parole multiple, cioè locuzioni usati come modi di dire o nomi composti: sono formate da almeno due parole dense di senso che si susseguono frequentemente nel corpus e che quindi potrebbero costituire in realtà un concetto unico, per cui si prevede di utilizzare un segno di underscore a unirle, in modo da ridurre l'ambiguità delle analisi successive (criterio di efficacia).

Le stop-words o parole vuote sono invece tutti gli elementi privi di contenuti specifici o rilevanti in sé ma capaci di connettere le diverse parti del discorso: si tratta di congiunzioni, articoli, avverbi, verbi modali e ausiliari, preposizioni ecc.

Le parole chiave, infine, sono tutte le unità lessicali significative su cui lavora il software.

Il T-Lab, infatti, lavora su due tipi di unità di analisi:

- le unità lessicali (LU): sono parole, singole o multiple, specificate in due campi, forma (la parola così come compare nel corpus) e lemma (la parola lemmatizzata tramite dizionario, cioè riportata assieme ad altre alla stessa radice lessicale, ad esempio, tutte le declinazioni di uno stesso verbo sono ricondotte alla forma dell'infinito presente).

- le unità di contesto (CU): i documenti primari, divisi a loro volta in contesti elementari, sottoinsiemi del corpus identificati secondo uno stesso livello della medesima variabile.

Il corpus che si intende sottoporre ad analisi, deve essere preliminarmente preparato: deve essere salvato in formato .txt e laddove costituito da più parti, ciascuna deve essere preceduta da una stringa che ha caratteristiche costanti e che le specifichi nei livelli delle variabili considerate.

Nella fase di importazione del file, il software provvede a:

- normalizzare il testo,
- riconoscere multi-words e stop-words,
- segmentare in contesti elementari,
- lemmatizzare,
- costruire il vocabolario,
- selezionare le parole chiave.

A parte la prima opzione, tutte le altre possono essere scelte e modificate personalmente. Il software, infatti, permette di selezionare nella fase di importazione il tipo di contesto elementare e successivamente, negli strumenti del sub-menù lessico, permette di modificare le liste di stop-words e multi-words, di prendere visione del vocabolario del corpus, di personalizzare il dizionario, in modo tale anche da capire quali sono le parole che il T-Lab ha lemmatizzato (LEM), non riconosce (NCL, non classificate) o distingue ma non lemmatizza (DIS e OMO), cioè hanno bisogno di essere disambiguate (funzione presente nello stesso menù) perché sono ad esempio, scritte in modo uguale ma hanno un significato diverso.

Infine, si può osservare la lista delle parole chiave, cioè dei lemmi densi di senso su cui effettuare le analisi, e modificare l'elenco escludendo alcuni termini, aggiungendone degli altri e modificando la soglia di occorrenza (la frequenza con cui si presenta all'interno del corpus).

Una volta selezionate le parole chiave, si può procedere con tre tipi di analisi:

1) analisi delle co-occorrenze di parole chiave:

- associazioni di parole: tabelle, istogrammi e diagrammi radiali permettono di visualizzare per ciascuna parola chiave selezionata le altre unità lessicali che le sono più frequentemente associate (co-occorrenze);

- confronti tra coppie: la selezione di due parole chiave permette di vedere con quali altre parole si associano più frequentemente o insieme o in modo mutualmente escludente;

- co-word analysis: sulla base di indici di associazione, attraverso l'analisi delle corrispondenze o il MDS, il MultiDimensional Scaling, applicata o al corpus o nel suo sottoinsieme, analizza le relazioni tra singole parole (se meno di cento) o tra nuclei tematici (cluster), che sono rappresentati da piccoli gruppi di parole co-occorrenti nello stesso contesto elementare. Il risultato è una mappa: un piano fattoriale su cui si distribuisce la nuvola dei diversi cluster, identificati da un'etichetta o label, che corrisponde alla parola più tipica di quel nucleo (valore di occorrenza più alto);

- analisi delle sequenze;

- concordanze: di sola consultazione, permette di avere l'elenco dei contesti elementari in cui è presente la parola chiave selezionata.

2) analisi tematiche delle unità di contesto:

- analisi tematica dei contesti elementari: le analisi delle co-occorrenze e comparativa automatiche costruiscono una rappresentazione su un piano fattoriale dei contenuti del corpus attraverso pochi e significativi cluster tematici, costituiti dai contesti

elementari con gli stessi pattern di parole chiave e descritti dai lemmi e le variabili più tipici di quei contesti;

- sequenze di temi;

- classificazione tematica dei documenti: operazioni simili all'analisi tematica dei contesti elementari sono ora applicati all'intero corpus se composto da almeno 20 documenti che possono essere così riordinati in clusters

3) analisi comparative dei sottoinsiemi del corpus:

- analisi delle specificità: di sola consultazione, permette di verificare quali sono le unità lessicali tipiche o esclusive di sottoinsiemi del corpus identificati da qualche variabile;

- analisi delle corrispondenze: consente di analizzare o le tabelle di occorrenza (lemma per variabile) o le tabelle di co-occorrenza (contesto per lemma), così da ottenere dei grafici su piani cartesiani in cui sono rappresentate le relazioni sia tra sottoinsiemi del corpus sia tra le loro unità lessicali. L'analisi delle corrispondenze può essere anche multipla ed è la premessa indispensabile per la cluster analysis;

- cluster analysis.

Le interviste

Le interviste delle 25 coppie audio-registrate sono state inizialmente trascritte in modo letterale e successivamente preparate per l'importazione in T-LAB. Questa preparazione ha cercato di apportare modifiche minime al testo originale, in particolare:

- ha tradotto le forme dialettali;
- ha eliminato le domande dell'intervistatore, rendendo il discorso della coppia fluido e continuo.

Inoltre, sebbene nella sbobinatura originale fosse previsto, il file in estensione .txt non riporta se a parlare sia lui o lei, l'unico modo per riconoscere il cambio di turno è il ritorno a carrello. Questa scelta nasce sostanzialmente dalla consapevolezza che il discorso è co-costruito, frutto dell'elaborazione comune e che quindi, non ha molto senso estrapolare il materiale in base al genere, se non attraverso una evidente deformazione del significato del testo.

Le 25 interviste costituiscono l'intero corpus di analisi ma si è deciso di suddividerlo in quattro parti, in modo da rispettare la differenza di contenuto. Le risposte dei soggetti ruotano, infatti, intorno a quattro temi principali:

- l'iter medico;
- la storia della coppia;
- le famiglie di origine;
- la rappresentazione del figlio.

Si sono così ottenuti quattro subcorpus di dimensione .txt, ciascuno contenente le elaborazioni che ogni coppia ha fornito rispetto al singolo tema. Le risposte di ogni coppia sono state distinte da quelle delle altre, identificandole attraverso una riga di codifica caratterizzata da un numero crescente per l'IDnumber e dalla distinzione di alcune variabili elencate di

seguito.

Le modalità e le relative etichette sono:

1. Diagnosi di sterilità (STERILITÁ): incerta, maschile, inspiegata;
2. Presenza di esperienze abortive (ABOR): sì no;
3. Presenza di esperienze di procreazione assistita (PMA): sì no;
4. Anni di ricerca di un figlio (ANNI): 1 2 3 (a seconda che la ricerca di un figlio risalga a 1-2 anni fa, almeno a 5 anni fa o oltre 6 anni);
5. Punteggio totale di alessitimia al test della SAR per la donna (ALESLEI): 1 (per un punteggio compreso tra 1 e 4), 2 (per un punteggio che va da 5 a 7), 3 (per un punteggio che supera il cut off di 8);
6. Punteggio totale di alessitimia al test della SAR per l'uomo (ALESLUI): 1 (per un punteggio compreso tra 1 e 4), 2 (per un punteggio che va da 5 a 7), 3 (per un punteggio che supera il cut off di 8).

Si tratta dunque di 6 variabili, tutte a 3 livelli tranne quelle relative alla eventuale presenza di aborti e di esperienze di procreazione medicalmente assistita, che ne prevedono solo 2. Era stata inizialmente introdotta anche la variabile relativa all'eventuale presenza dei primi trattamenti di stimolazione ormonale ma la variabile non è risultata mai significativa nelle analisi, per cui, dopo i primi tentativi, si è deciso di abbandonarla.

Nella importazione di ciascun subcorpus, si è scelto la lemmatizzazione automatica ma la modalità avanzata sia per le multi-words sia per le stop-words. Il contesto elementare selezionato è il frammento, considerando la frase troppo breve e il paragrafo inefficace. Il paragrafo, infatti, è stata l'opzione preferita inizialmente in quanto, essendo segnato dal ritorno di carrello, si è pensato avrebbe rispettato l'alternanza delle voci nel dialogo. Si è, però, osservato che spesso i paragrafi sono squilibrati tra loro perché in alcuni casi la voce di uno si riduce a una parola di conferma di quello che afferma il/la partner, mentre in altri casi, poiché gli interventi dell'intervistatore sono molto ridotti, i paragrafi più ricchi finiscono per spaziare tra temi distanti tra loro, non permettendo un'adeguata comprensione delle partizioni tematiche. Si è deciso quindi di scegliere il

frammento, in modo tale che possa coincidere con l'alternanza delle voci (paragrafi) nel caso di interlocutori poco loquaci e possa invece dividere gli interventi più complessi, nel caso di coppie più pronte a raccontarsi.

Si è successivamente lavorato sul vocabolario:

- attraverso le disambiguazioni,
- personalizzando il dizionario,
- sottraendo alla lista di parole vuote i verbi modali: potere, dovere, sapere e i pronomi personali.

Si è selezionata una soglia di occorrenza pari a tre e personalizzato tutte le liste di parole chiave.

Il risultato delle operazioni preliminari sui quattro corpus è riportata nella tabella sottostante.

Tabella 20. Tabella riepilogativa delle caratteristiche di ogni sub corpus

	Iter	Coppia	Famiglia	Figlio
Testi	25	25	25	25
Contesti	681	891	896	882
Occorrenze	19537	22265	29413	27072
Lemmi	1645	1837	1878	1853
Forme	2711	3033	3284	3194
Hapax	1399	1612	1693	1655
Soglia	3	3	3	3
Parole chiave	394	432	416	439

Di tutte le analisi previste dal software, si è deciso di scegliere, in particolare:

- l'analisi tematica dei contesti elementari, sui singoli sub-corpus, perché permette di avere una rappresentazione dei contenuti attraverso pochi cluster, individuando attraverso il calcolo delle co-occorrenze i temi che caratterizzano maggiormente i contesti elementari di ogni intervista.

- l'analisi delle corrispondenze multiple, sull'intero corpus, perché

permette di osservare tutti gli incroci possibili tra tutte le variabili nella loro distribuzione sul piano fattoriale.

Iter medico

Il primo subcorpus processato dal TLAB è stato denominato “iter medico” e il numero di contesti elementari è inferiore rispetto alle altre parti dell’intervista in quanto alcune delle coppie con diagnosi sconosciuta sono al loro primo incontro con un centro che si occupa di procreazione assistita. Lavorando su 394 parole chiave, l’analisi tematica dei contesti elementari ha classificato 515 contesti elementari sui 681 presenti e ha proposto una partizione di 5 clusters sui 3-9 disponibili, distribuiti su piani fattoriali definiti dalla combinazione di 4 fattori, di cui si approfondiranno di seguito solo i primi due.

Tabella 21. Autovalori e percentuali dei quattro fattori

Ind	Autovalori	Percentuali	Percentuali Cumul.
1	0.2950	30.8184	30.8184
2	0.2424	25.3271	56.1455
3	0.2210	23.0896	79.2351
4	0.1987	20.7649	100.0000

Tabella 22. Lemmi principali del Fattore 1

Polarità (-)	Polarità (+)
riuscire	analisi
volere	dovere
cercare	medico
potere	inseminazione
bambino	centro

capire	cura
speranza	FIVET
mese	esame
buono	aderenza
grave	parlare

Il FATTORE 1 sembra muoversi tra i due poli della speranza (del desiderio di una soluzione, di un figlio) e della condizione attuale concreta, tra analisi, doveri e medici. Si può quindi definirlo come l'asse del proprio impegno nell'iter, "VOLERE/DOVERE", dove la polarità positiva è però proprio quella relativa all'agito prescritto.

Tabella 23. Lemmi principali del Fattore 2

Polarità (-)	Polarità (+)
prendere	riuscire
noi -	buono
età -	uscire
tempo -	speranza
fermare -	capire
lei -	nascere
sapere-	tecnica
discussione	rendere
sposare -	incinta
pensare	ospedale

Il FATTORE 2 sembra muoversi su una dimensione temporale, che contrappone il momento iniziale della coppia che scopre e cerca di affrontare la diagnosi alla soluzione finale, vista nella possibilità di aspettare un bambino. È dunque il fattore relativo al problema della sterilità, l'asse della "SCOPERTA/SOLUZIONE".

Tabella 24. Istogramma e Tabella che rappresentano per ciascun cluster il numero e la percentuale di contesti elementari



CLUSTER 1	119	23.11%
CLUSTER 2	113	21.94%
CLUSTER 3	71	13.79%
CLUSTER 4	131	25.44%
CLUSTER 5	81	15.73%

Tabella 25. Lemmi principali per ciascun cluster

CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5
analisi	riuscire	prendere	dovere	vivere
inseminazione	capire	età	affrontare	noi
medico	speranza	soldo	parlare	sapere
cura	buono	chiedere	io	accadere
FIVET	uscire	lei	operare	succedere
amico	bambino	bello	verità	pezzo
ICSI	cercare	punto	endometriosi	stress
RESTO	incinta	girare	esame	sposare
fecondazione	rendere	centro_privato	ragazzo	passare
ginecologo	tecnica	tempo	rosolia	fermare
centro	Signore	discussione	sottoporre	mancare
aderenza	conto	arrivare	cambiare	importante
riscontrare	volere	conoscenza	lui	raccontare
posto	nascere	attimo	convincere	mese
porre	infiammazione	preciso	bisogno	stressare

sperma	risolvere	ultimo	aprire	tranquillo
togliere	evitare	potere	laparoscopia	
prescrivere	grave	lasciare	persona	
rivolgere	strada	volere	normale	
giorno			momento	

Il CLUSTER 1, come si può osservare, non ha né verbi tra i primi 10 lemmi né aggettivi: è caratterizzato da oggetti, elementi che raccontano l'iter medico, senza alcuna connotazione soggettiva: le figure dominanti infatti sono esterne quando non estranee alla coppia. Potrebbe essere quindi denominato come "ELEMENTI DELL'ITER MEDICO"

Il CLUSTER 2 si concentra sui lemmi che raccontano gli esiti positivi di questo percorso: la possibilità di avere un figlio, una speranza che però chiama in causa anche una volontà superiore che sfugge al dominio umano (e volere è l'unico verbo modale di questa lista, ma volere è anche desiderare e il desiderio che si nutre di mancanza, rimanda a una dimensione inconscia con cui fare i conti ma di cui non si riesce a tenere i conti). Potrebbe essere chiamato allora "ESITO SPERATO DELL'ITER MEDICO"

Il CLUSTER 3 sembra descrivere gli investimenti personali nel percorso di cura della sterilità di coppia: la perdita di tempo, i tentativi che si spera ultimi, la ricerca dei centri privati, l'età che avanza e l'investimento economico. La coppia cerca di fare tutto ciò che le è possibile per raggiungere l'obiettivo (e potere è il primo verbo modale che si incontra nella successione). È anche vero, però, che l'unico protagonista che sembra coinvolto in questo è la donna: "lei" è il soggetto dominante il cluster, che potrebbe essere definito come "INVESTIMENTI NELL'ITER MEDICO".

Il CLUSTER 4 inizia con un verbo modale: dovere, che è il lemma più tipico di un cluster in cui prevale la descrizione delle azioni prescrittive che la coppia deve seguire alla lettera se vuole portare a termine l'iter medico di cura. Ancora una volta, però, non c'è la coppia: si distinguono infatti "io" e

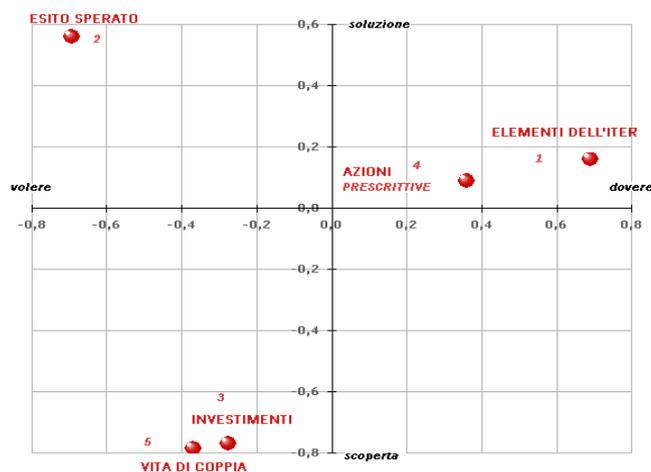
“lui”, che può rivolgersi al partner o indicare un altro generico, come anche i termini “persona” e “ragazzo”. L’iter è de-soggettivante in questo e in effetti non ci sono elaborazioni affettive personali del vissuto, che si colloca nella dimensione del bisogno e che viene travestito di normalità. È il cluster delle “AZIONI PRESCRITTIVE DELL’ITER MEDICO”.

Infine, la coppia si ritrova nell’ultimo cluster quando compare il “noi”, immediatamente dopo il lemma “vivere”. È il cluster della “VITA DI COPPIA RAPPORATA ALL’ITER MEDICO”, in cui sembra che si alternino lemmi che rimandano allo stare insieme bene e tranquilli finché la diagnosi (sapere è il verbo modale di questo cluster) non intrude creando stress e mancanze e bloccando l’evoluzione della coppia.

Si ricorda che i CLUSTER 3 e 5 che rimandano alle dimensioni della famiglia attuale o di quella che verrà, costituiscono anche quelli che coprono il minor numero di contesti elementari mentre domina il CLUSTER 4, del dover fare.

Si riporta ora la distribuzione dei 5 clusters sul piano cartesiano individuato dai primi due fattori.

Tabella 26. Rappresentazione grafica della posizione dei cinque clusters rispetto al piano fattoriale 1-2



In sintesi, i 5 cluster si distribuiscono su questa mappa dimostrando come

l'esito sperato (CLUSTER 2) costituisca una soluzione tanto attesa e desiderata quanto lontana (si colloca all'estremo vertice superiore sinistro del piano cartesiano). Sebbene la vita di coppia sembra scomparire in questo iter (il CLUSTER 5 si colloca nel terzo riquadro, quindi nella dimensione della volontà e della speranza, ma in prossimità del polo negativo del secondo fattore, quindi fissata al momento della scoperta della diagnosi) e il proprio impegno (CLUSTER 3) siano il frutto di una volontà alimentata dalla speranza, ciò che domina nella realtà attuale sono "gli oggetti" che occupano lo spazio di cura (CLUSTER 1) e le azioni imposte (CLUSTER 4), che si collocano lontano sia dalla vita di coppia sia dalla fantasia del figlio (confronto con gli altri clusters), in una condizione di sospensione lontana dalla speranza e dalla volontà (posizione rispetto agli assi fattoriali).

La vita di coppia

L'analisi tematica degli 891 contesti elementari ha significativamente individuato 4 clusters e 3 fattori. Si è deciso di riportare di seguito solo il grafico relativo ai fattori 2 e 3, in quanto più chiaro.

Tabella 27. Autovalori e percentuali dei tre fattori

Ind	Autovalori	Percentuali	Percentuali Cumul.
1	0.2929	39.7251	39.7251
2	0.2529	34.3088	74.0339
3	0.1914	25.9661	100.0000

Tabella 28. Lemmi principali del Fattore 2

Polarità (-)	Polarità (+)
anno	problema
conoscere	sentire
sposare	dottore
insieme	io
amico	capire
crescere	leggere
mezzo_di_contrasto	intervento
Pozzuoli	guardare
frequentare	particolare
vita	libro

Approfondendo non solo i lemmi elencati di sopra, il FATTORE 2 potrebbe essere definito un asse temporale, perché va da lemmi che

sintetizzano gli eventi dei primi tempi di frequentazione e conoscenza, a lemmi relativi all'iter medico principalmente. Potrebbe essere definito dunque il fattore che si sposta dalla costruzione della diade a quella della triade, "DIADE/TRIADE".

Tabella 29. Lemmi principali del Fattore 3

Polarità (-)	Polarità (+)
lavoro	dovere
ridere	pensare
convivenza	contento
sorella	tornare
casa	fotografia
chiamare	giorno
preparare	tenere
parlare	notte
divertire	bello
aspettare	paura

Il FATTORE 3 è quello delle emozioni legate agli eventi di vita, da una polarità (-) che racconta dell'ansia e delle aspettative per la futura vita insieme, ad una polarità (+) che si sposta sull'impegno della vita attuale. Potrebbe allora essere definito come l'asse degli "INVESTIMENTI AFFETTIVI TRA PASSATO E FUTURO".

Tabella 30. Istogramma e Tabella che rappresentano per ciascun cluster il numero e la percentuale di contesti elementari

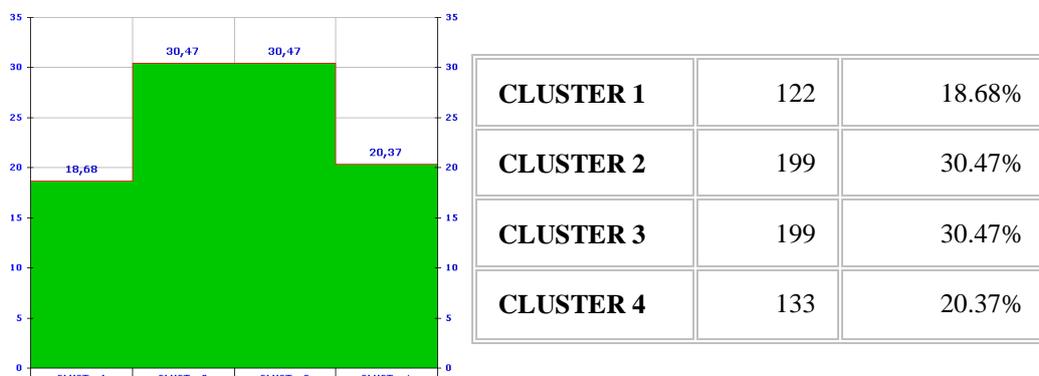


Tabella 31. Lemmi principali per ciascun cluster

CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4
prima	sentire	anno	giorno
matrimonio	problema	conoscere	bello
convivenza	dottore	insieme	matrimonio
ridere	volere	sposare	tomare
chiamare	capire	amico	contento
LAVORO	uscire	noi	tu
aspettare	lasciare	storia	verità
preparare	cercare	sempre	giornata
fidanzamento	lei	crescere	centro_dell_attenzione
scuola	particolare	in_comune	notte
piangere	io	rassegnare	fotografia
ristorante	esame	colpo_di_fulmine	indietro
notare	figlio	agosto	sposo
attività	possibile	Pozzuoli	dormire
divertire	guardare	convivere	malattia
settimana	intervento	abituare	pensare
resto	entrare	fidanzare	antico
casa	leggere	vita	duro

sorella	domani	fidanzato	estate
	incinta	frequentare	ricordare

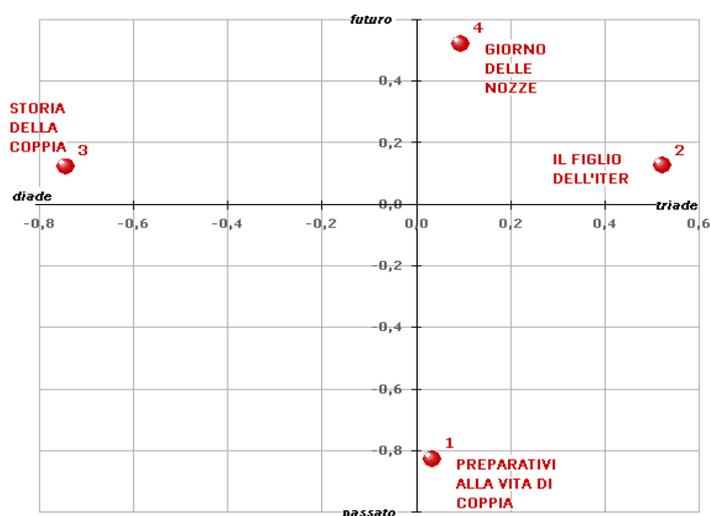
Il CLUSTER 1 sembra descrivere tutti gli eventi che accadevano prima della scoperta della sterilità di coppia e a volte anche prima del matrimonio stesso visto che l'idea dominante è che il matrimonio venga costruito per concretizzare il progetto di una famiglia insieme, progetto vuoto senza la possibilità di avere figli. I termini che caratterizzano questo cluster sembrano poterlo definire come “PREPARATIVI DELLA VITA DI COPPIA”.

Il CLUSTER 2 già prevede la triangolazione: tra “io” e “lei” si collocano ora il “figlio” ora il “dottore” e i lemmi sembrano rimandare proprio al progetto di un figlio in seguito alla diagnosi, per questo si immagina di definirlo “IL FIGLIO DELL'ITER MEDICO”.

Il CLUSTER 3 ritorna sulle tematiche del passato, agli anni che hanno preceduto il matrimonio, in particolare al periodo del fidanzamento, al momento della costruzione di una noità ed è così che viene definito “LA STORIA DELLA COPPIA (FIDANZAMENTO)”.

Il CLUSTER 4, infine, concentra i lemmi intorno al ricordo del giorno specifico del matrimonio, infatti, giorno indelebile nei propri pensieri ma in cui ciò che viene prevalentemente richiamato alla memoria non è tanto l'unione con l'altro, presente nel cluster precedente, quanto la possibilità di viverli singolarmente al centro dell'attenzione e completamente assorbiti dalle proprie emozioni. Questo cluster può essere chiamato “IL GIORNO DEL MATRIMONIO”.

Tabella 32. Rappresentazione grafica della posizione dei quattro clusters rispetto al piano fattoriale 2-3



Osservando ora come i 4 clusters si distribuiscono sul piano fattoriale, si può constatare come la storia della coppia (CLUSTER 3) si collochi all'estrema sinistra del piano, più vicino alla polarità di del fattore 2 e quindi alla dimensione prettamente duale della relazione con l'altro. All'estremo opposto, invece, c'è il progetto di un figlio (CLUSTER 2), che ottenuto attraverso l'intervento medico, vede l'accesso della coppia a una triangolazione che allo stato attuale coinvolge soprattutto il medico. I due sono i CLUSTER anche più rappresentativi dei contesti elementari del corpus.

Tra i due si collocano i preparativi della vita di coppia e separatamente il giorno del matrimonio che si posizionano in maniera contrapposta rispetto all'asse orizzontale, a testimoniare che mentre la costruzione della vita insieme fa parte di un passato carico di ansia e aspettative, il giorno del matrimonio costituisce un rito di passaggio puntuale quanto fondamentale che proietta già verso gli investimenti affettivi del futuro, un futuro che attira a sé l'apertura della coppia al terzo (posizione dei CLUSTER 1 e 4

rispetto ai due fattori).

C'è anche da sottolineare che la storia di coppia si organizza intorno a dei punti di riferimento temporali che distinguono il passato da un domani rappresentato dal figlio. Dei verbi modali, resta solo “volere”, associato esclusivamente al tema del figlio. Il cluster relativo, però, isola le varie figure del progetto: il “noi”, infatti, appartiene solo al periodo del fidanzamento e scompare già il giorno del matrimonio dove prevale la gioia di essere al centro dell'attenzione.

La storia familiare

L'analisi tematica su 416 parole selezionate dei contesti elementari ha classificato 733 contesti sugli 896 previsti e delle partizioni disponibili tra 3 e 10, ha selezionato 5 clusters distribuiti su 4 fattori. La necessità di semplificare questa analisi ha indotto a una riduzione delle partizioni da 5 a 4 clusters su tre piani fattoriali, di cui si riporta di seguito solo il primo, dato dall'intersezione dei fattori 1 e 2 (percentuale cumulata pari a 73 ca).

Tabella 33. Autovalori e percentuali dei tre fattori

Ind	Autovalori	Percentuali	Percentuali Cumul.
1	0.2267	41.5250	41.5250
2	0.1712	31.3596	72.8845
3	0.1480	27.1155	100.0000

Tabella 34. Lemmi principali del Fattore 1

Polarità (-)	Polarità (+)
abitare	problema
vicino	lei
rapporto	mamma
bello -	piccolo
lui	mettere
normale	lasciare
amore	dovere
pensare	figlio
persona -	capire
famiglia	creare

Tabella 35. Lemmi principali del Fattore 2

Polarità (-)	Polarità (+)
problema	riuscire
chiudere -	capire
situazione	carattere
lasciare	papà
volere	periodo
vita	lucido
ospedale-	morire
creare	ultimo
collera -	dormire
pigliare	morte

Il FATTORE 1 distingue una polarità (-) caratterizzata da termini che rimandano a una relazione vissuta quotidianamente in modo profondo e positivo da una polarità (+) in cui si affacciano i problemi che possono rovinare questa intimità e riguardare soprattutto la malattia, con conseguenti sentimenti di perdita. È, dunque, l'asse del "BENESSERE/DISAGIO IN FAMIGLIA".

Il FATTORE 2 ripropone il tema del malessere, tanto che prevalgono connotazioni affettive cupe ma in una chiave differente: se, infatti, i termini di un polo sembrano rifarsi alla reazione prima di fronte alla scoperta di un disagio, quelli del polo opposto sembrano descrivere la fine (negativa) del problema. È dunque l'asse "PROBLEMA FAMILIARE/SOLUZIONE".

Tabella 36. Istogramma e Tabella che rappresentano per ciascun cluster il numero e la percentuale di contesti elementari



CLUSTER 1	131	17.87%
CLUSTER 2	290	39.56%
CLUSTER 3	185	25.24%
CLUSTER 4	127	17.33%

Tabella 37. Lemmi principali per ciascun cluster

CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4
capire	abitare	lei	problema
carattere	vicino	figlio	chiedere
riuscire	bello	sorella	situazione
mamma	rapporto	fratello	parlare
papà	lui	unico	tu
periodo	normale	sposare	lasciare
lucido	amore	piccolo	ospedale
ultimo	persona	casa	pigliare
amico	lontano	mamma	risolvere
dormire	amare	allontanare	perdere
morte	famiglia	egoista	creare
autonomo	pensare	età	occhio
lavorare	fidanzarsi	noi	continuare
morire	palazzo	diventare	mettere
malattia	numeroso	incinta	testa
dolce	genitore	dovere	nascere
anziano	telefonare	verità	prendere

camminare	tenere	femmina	trovare
baciare	succedere	mangiare	chiamare
Alzheimer	buono	uscire	dimenticare

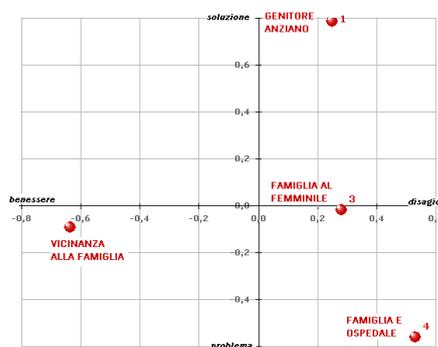
Il CLUSTER 1 contiene lemmi che rimandano alla descrizione di genitori ormai anziani e malati quando non al ricordo tenero di parenti ormai deceduti. È quindi il cluster del “GENITORE ANZIANO”.

Il CLUSTER 2, che ha il maggior peso, raccoglie i lemmi collegati alla vicinanza con la famiglia di origine: la possibilità di abitare a poca distanza, di sentirsi spesso, di vivere positivamente il rapporto di coppia all’interno di una cerchia più ampia, quindi, senza una separazione netta dalla posizione di figlio a quella di compagno di vita. È il cluster “VICINANZA ALLA FAMIGLIA”.

Il CLUSTER 3 unisce un elenco delle figure che costituiscono il proprio albero genealogico, alla possibilità di aprirsi alla genitorialità. È anche vero, però, che questo cluster ha una caratterizzazione tipicamente femminile e una dimensione egoica. È il cluster “FAMIGLIA AL FEMMINILE”.

Il CLUSTER 4, infine, descrive il rapporto con il mondo medico, sia nella veste di chi in quanto figlio, assiste il genitore ammalato sia nella veste di paziente che cerca nella famiglia il supporto necessario per affrontare l’iter medico. Si potrebbe allora definire “FAMIGLIA E OSPEDALE”.

Tabella 38. Rappresentazione grafica della posizione dei quattro clusters rispetto al piano fattoriale 1-2



Nella distribuzione dei clusters sul piano fattoriale, il CLUSTER 2 è separato da tutti gli altri dall'asse verticale a sottolineare come la vicinanza affettiva dei familiari costituisce una condizione di benessere isolata e ormai lontana, anche se è l'argomento più approfondito. A prevalere, infatti, sono gli altri tre clusters per i quali il problema attuale è proprio la presenza di un ricorso alla medicina che si inserisce direttamente o indirettamente nella propria vita (CLUSTER 4), tanto che è difficile pensare al progetto di figlio, che si colloca in una trasmissione prettamente femminile, mentre la morte del familiare si pone in una condizione di soluzione (CLUSTER 1).

Questa parte dell'intervista ha termini che inteneriscono e dimostrazioni di affetto e legame che non si sono ritrovate nella descrizione della storia di coppia: il baciarsi, ad esempio, testimonia un contatto che nella maturità della vita di coppia, presa ora dall'iter, sembra completamente assente. Il verbo modale che si presenta, unico, però, è quello del dovere e proprio nell'ambito di una trasmissione intergenerazionale che si caratterizza al femminile. Questo ricorso a una qualità materna può essere forse giustificato dalla natura specifica dell'assistenza al genitore anziano e malato.

Il desiderio di figlio

L'analisi tematica (439 lemmi) dei contesti elementari ha classificato 724 sugli 882 presenti e delle partizioni possibili tra 3 e 10, il software ha selezionato 4 clusters distribuiti su tre piani fattoriali, di cui si considera quello dato dai fattori 1 e 3.

Tabella 39. Autovalori e percentuali dei tre fattori

Ind	Autovalori	Percentuali	Percentuali Cumul.
1	0.3121	42.1371	42.1371
2	0.2235	30.1724	72.3094
3	0.2051	27.6906	100.0000

Tabella 40. Lemmi principali del Fattore 1

Polarità (-)	Polarità (+)
dovere	bello
sapere	figlio
dottore	immaginare
potere -	femmina
uscire	mamma
tu	maschio
iniziare	padre
finire	famiglia
guardare	vita
tempo	parlare

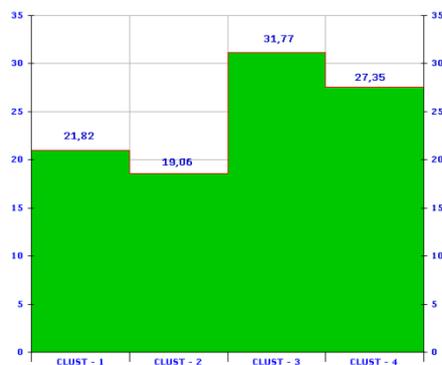
Tabella 41. Lemmi principali del Fattore 3

Polarità (-)	Polarità (+)
trovare	immaginare
parlare	figlio
matrimonio -	mamma
unico	padre
maschio	buono
progetto	tu
pagare	vedere
oggi	tenere
mangiare	capitare
restare	nipote

Il FATTORE 1 presenta alla polarità (-) la cura (altri lemmi non riportati descrivono le analisi, i tentativi, ecc.) mentre alla polarità (+) rimanda chiaramente al tema della famiglia (figlio, femmina, padre, mamma, maschio, famiglia, ecc.), a come potrebbe essere. È l'asse della progettualità dalla dimensione concreta dell'iter a quella immaginativa del seguito. L'iter da una parte, l'immaginazione dall'altra: "PRIMA/DOPO L'ITER".

Il FATTORE 3, di più difficile comprensione, nella lettura di tutte le parole chiave che lo compongono, sembra simile al precedente ma sposta il focus dall'esterno statico della cura e dell'immagine fissa di una descrizione idealizzata, all'interno dell'impegno soggettivo: al polo negativo, rispetto alle forze da raccogliere per risollevarsi ad ogni tentativo fallito o speranza non concretizzata, al polo positivo immaginando le energie da investire nella riorganizzazione della vita quotidiana con un figlio. È l'asse dei concreti "IMPEGNI DI VITA SENZA/CON UN FIGLIO".

Tabella 42. Istogramma e Tabella che rappresentano per ciascun cluster il numero e la percentuale di contesti elementari



CLUSTER 1	158	21.82%
CLUSTER 2	138	19.06%
CLUSTER 3	230	31.77%
CLUSTER 4	198	27.35%

Tabella 43. Lemmi principali per ciascun cluster

CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4
immaginare	tempo	dovere	parlare
mamma	mettere	sapere	vita
femmina	passare	analisi	lui
bello	iniziare	guardare	figlio
padre	pensiero	tu	conoscere
maschio	tentativo	voi	volere
piacere	pensare	lei	cambiare
buono	assurdo	noi	lavoro
nipote	possibilità	sbagliare	felice
capitare	delusione	uscire	rapporto
maschio_o_femmina	potere	problema	familiare
gioia	sera	colpa	diverso
scegliere	Dio	pressione	sùbito
morire	studio	ginecologo	casa
nome	ospedale	oggi	coccolare
predominare	dottore	diagnosi	stressare
salute	finire		bisognare
occhio	normale		contento

strada			
immaginare			

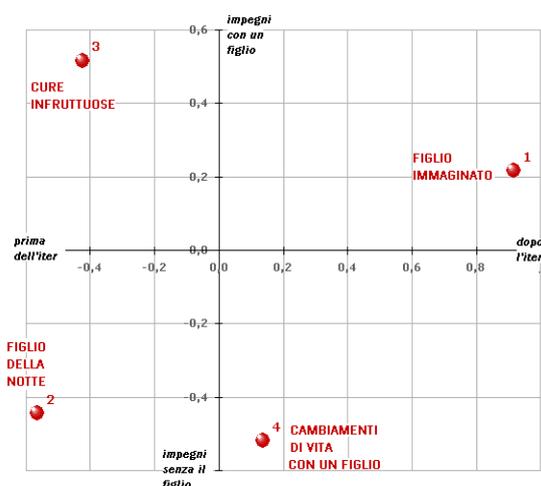
Il CLUSTER 1 sembra raccogliere le fantasie sul figlio, in modo però alquanto generico e idealizzato: l'attenzione, infatti, è sulla gioia che provocherebbe, indipendentemente dalle sue caratteristiche concrete. È il cluster del "FIGLIO IMMAGINARIO".

Il CLUSTER 2 pare riportare l'attenzione sul tempo e le risorse impiegate nell'iter medico senza però riuscire a ottenere risultati, la genitorialità infatti, sembra sfuggente e legata a fattori incontrollabili. È il cluster del "FIGLIO DELLA NOTTE".

IL CLUSTER 3 che copre il maggior numero di contesti elementari, descrive la condizione attuale della coppia impegnata ad affrontare la sterilità e le cure mediche finora infruttuose quando non sbagliate: è il cluster delle "CURE INFRUTTUOSE".

Il CLUSTER 4, a differenza del primo, pur raccontando di come si immagina un bambino, sposta l'attenzione su una dimensione più pratica e concreta: è il cluster della "VITA IMMAGINATA CON UN FIGLIO".

Tabella 44. Rappresentazione grafica della posizione dei quattro clusters rispetto al piano fattoriale 1-3



Nel piano fattoriale, ciascun cluster si distribuisce in un diverso quadrante: il primo e l'ultimo, ad esempio, sono separati dagli altri due dall'asse verticale: mentre le cure infruttuose e la dimensione incontrollabile del concepimento sono più vicini al polo negativo dell'asse orizzontale, quindi in relazione alla condizione precedente la genitorialità, alla situazione attuale dell'iter medico, ciò che si immagina dopo la cura è un figlio dai lineamenti ancora indefiniti e una vita concreta da riorganizzare. Ancora, se per il proprio impegno per superare le difficoltà e le delusioni dei fallimenti si traduce oggi nell'immagine di un figlio che viene dall'ignoto, è rispetto alla propria vita concreta che si immagina gli stravolgimenti futuri (CLUSTER 3 e 4 nella parte inferiore della mappa). Infine, il proprio investimento massimo è attualmente rivolto alle cure mediche, fatte pensando a un figlio che non arriva ma che o non si immagina o non si riesce a immaginare concretamente (CLUSTER 1 e 3 nella parte superiore del piano).

***L'Analisi delle
Corrispondenze
Multiple***

L'intero corpus è stato processato in modo da capire come si distribuivano le interviste dei soggetti in base alle variabili considerate. L'Analisi delle Corrispondenze Multiple, considerando la diagnosi e la presenza di esperienze precedenti di aborto e procreazione assistita, quali variabili attive, tutte le altre illustrative, ha dato i risultati che seguono.

Tabella 45. Autovalori e percentuali dei tre fattori

Ind	Autovalori	Percentuali	Percentuali Cumul.
1	0.6168	46.26	46.26
2	0.3367	25.25	71.51
3	0.2942	22.06	93.57
4	0.0857	6.43	100.0000

Si è deciso di considerare solo il piano fattoriale individuato dai primi due fattori, visto che la percentuale cumulata è superiore al 70%.

Tabella 46. Lemmi principali del Fattore 1

Polarità (-)	Polarità (+)
malattia	visita
vecchio	caso
volere	gestire

oggi	mondo
nonno	buono
sogno	spermatozoo
confronto	inizio
vita	fisico
abitare	inseminazione
gioia	consigliare

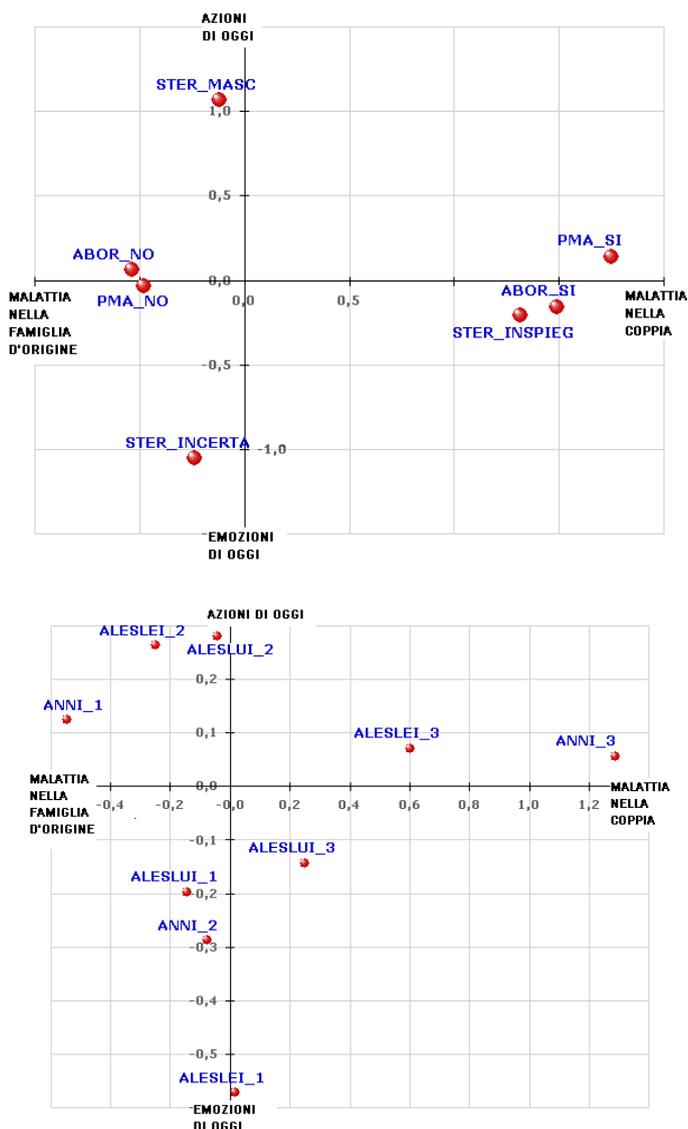
Da questi come dagli altri lemmi, emerge che il FATTORE 1 potrebbe essere l'asse della malattia che intrude nella propria vita in cui caso, il polo negativo, in riferimento a genitori ormai anziani e bisognosi di cura, per cui si rimpiange un passato più sereno, nell'altro, polarità positiva, nel coinvolgimento personale in un percorso di cura incerto e faticoso.

Tabella 47. Lemmi principali del Fattore 2

Polarità (-)	Polarità (+)
figlio	malattia
bello	oggi
studio	accadere
casalinga	consultare
bambino	sogno
impegnare	paura
debole	adozione
Signore	leggere
calma	rivolgere
vivere	dolore

Da questi come dagli altri lemmi, emerge che il secondo fattore potrebbe essere l'asse del proprio rapporto agli eventi attuali: da un lato ci sono i progetti e le emozioni, che tornano a far emergere anche temi semplici della vita quotidiana, dall'altro, c'è la diagnosi, con l'iter medico e il bisogno di affrontarlo attraverso azioni concrete.

Tabella 48. Rappresentazione grafica della posizione delle variabili attive e illustrative sul piano fattoriale 1-2



È evidente nell'osservazione del primo grafico come siano ben distinte le interviste dal tipo di diagnosi e come solo la condizione di infertilità

inspiegata assorba completamente la coppia nella medicalizzazione, ancor di più laddove ci sono esperienze abortive o tentativi falliti. L'assenza di questi ultimi, d'altronde, permette ancora di fare spazio nelle interviste ad attività di accudimento rivolte alla famiglia di origine. Inoltre, la condizione di incertezza di fronte alle difficoltà procreative permette o favorisce ancora la prevalenza di descrizioni emotive, cosa che tende a essere meno evidente nel caso della sterilità maschile. A proposito delle variabili illustrative, infine, la medicalizzazione si accentua con il passare degli anni, incidendo soprattutto nei casi in cui i soggetti hanno punteggi Alessitimici elevati.

Il Profile of Mood States. POMS

Il Profile of Mood States o POMS è un metodo semplice e rapido per identificare e quantificare stati affettivi particolari, in particolare condizioni nevrotiche o di stress. Ideato da Douglas M. McNair et al. (1981), è un inventario che misura sei fattori e altrettanti stati dell'umore, che si muovono lungo le dimensioni di ansia e depressione:

1. Fattore T: Tensione-Ansia
2. Fattore D: Depressione-Avvilimento
3. Fattore A: Aggressività-Rabbia
4. Fattore V: Vigore-Attività
5. Fattore S: Stanchezza-Indolenza
6. Fattore C: Confusione-Sconcerto

Le istruzioni sono semplici da impartire e sottolineano un lasso di tempo di una settimana per avere un'idea delle reazioni tipiche del soggetto alle varie condizioni di vita ma anche sufficientemente breve da registrare cambiamenti recenti. Il punteggio per ciascun fattore e il totale si ottengono sommando i punteggi delle risposte date a ogni item su scala likert a cinque punti. Il punteggio di ciascun fattore può essere trasformato in punti standard T ($M=50$, $DS=10$), con tabelle di conversione che differenziano solo il quarto fattore in base al genere.

La scelta di questo strumento è stata giustificata dalla necessità di muoversi lungo una tradizione di studi che analizzano proprio i livelli di ansia e depressione delle coppie che si sottopongono a un iter di cura della sterilità. D'altronde, è anche l'unico, assieme al Wartegg, che ha una letteratura, seppur limitata, sull'argomento. L'articolo di Matsubayashi et al. (2001), ad esempio, ha confrontato donne sterili e donne incinte, registrando livelli più alti per tutte le dimensioni del POMS, tranne il quarto mentre lo

studio di Sanders e Buce (1999) ha applicato lo strumento attraverso misurazioni multiple allo stesso gruppo di donne sterili, suddivise in base alla presenza o assenza di trattamenti precedenti, che non sembrano differire né tra loro né rispetto alla popolazione normativa, se non nella scala dell'ostilità (fattore A).

3 delle 25 coppie (ciascuna con diagnosi diversa di sterilità) non hanno svolto il test, per cui il confronto ha riguardato 44 soggetti. Essendo i fattori correlati tra loro, si sono eseguite singole ANOVA su ciascun fattore che considerassero come variabili indipendenti:

- Diagnosi
- Genere
- Età
- Titolo di studio
- Storia di aborto
- Storia di PMA.

Le analisi statistiche danno risultati significativi per i singoli fattori come si osserva nella tabella sottostante.

Tabella 49. F di Fisher e probabilità per ogni variabile indipendente su ogni fattore

	Fattore T	Fattore D	Fattore A	Fattore V	Fattore S	Fattore C
Diagnosi	344.044 (.000)	432.042 (.000)	446.233 (.000)	459.371 (.000)	332.152 (.000)	285.019 (.000)
Genere	462.473 (.000)	599.058 (.000)	660.877 (.000)	695.850 (.000)	471.327 (.000)	408.131 (.000)
Età	244.429 (.000)	284.688 (.000)	316.153 (.000)	345.796 (.000)	239.804 (.000)	205.395 (.000)
Titolo di studio	302.752 (.000)	386.235 (.000)	448.095 (.000)	441.394 (.000)	324.343 (.000)	281.814 (.000)
Aborto	479.922 (.000)	594.389 (.000)	666.964 (.000)	667.523 (.000)	468.346 (.000)	407.220 (.000)
PMA	466.429 (.000)	603.265 (.000)	661.799 (.000)	663.300 (.000)	468.667 (.000)	408.453 (.000)

Eppure l'interazione pur fornendo un modello significativo non permette di discriminare i singoli effetti. Nel dettaglio,

1) Diagnosi

- Per tutti e sei i fattori, l'assenza di una diagnosi chiara di sterilità determina una migliore condizione emotiva, rispetto a chi ha una diagnosi di sterilità maschile (che assume i punteggi maggiore nel fattore T) e ancor di più rispetto ai casi di sterilità inspiegata.

Tabella 50. Statistiche descrittive di ogni fattore rispetto alla diagnosi

	diagnosi	Media	DS
Fattore T	STERILITA SCONOSCIUTA	44,88	8,099
	STERILITA MASCHILE	52,25	12,969
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	51,25	3,686
	Totale	48,14	10,385
Fattore D	STERILITA SCONOSCIUTA	47,13	6,354
	STERILITA MASCHILE	53,06	12,730
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	54,75	6,602
	Totale	49,98	9,559
Fattore A	STERILITA SCONOSCIUTA	50,17	8,696
	STERILITA MASCHILE	51,44	9,845
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	56,25	10,658
	Totale	51,18	9,229
Fattore V	STERILITA SCONOSCIUTA	58,23	7,721
	STERILITA MASCHILE	55,81	12,906
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	50,00	4,243
	Totale	56,52	9,935
Fattore S	STERILITA SCONOSCIUTA	47,87	8,358
	STERILITA MASCHILE	52,87	13,233
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	56,25	10,658
	Totale	50,40	10,668
Fattore C	STERILITA SCONOSCIUTA	44,21	7,791
	STERILITA MASCHILE	47,94	13,830
	STERILITA FEMMINILE/INSPIEGATA	53,00	9,764
	Totale	46,36	10,651

2) Genere

- Gli uomini raccontano di vivere stati d'animo meno depressi, stanchi, confusi o ansiosi rispetto alle partner,
- L'unico fattore in cui non si registra differenza di genere è quello relativo all'aggressività-rabbia.

Tabella 51. Statistiche descrittive di ogni fattore rispetto al genere

	sesso	Media	DS
Fattore T	F	48,55	10,155
	M	47,73	10,833
	Totale	48,14	10,385
Fattore D	F	51,27	8,647
	M	48,68	10,431
	Totale	49,98	9,559
Fattore A	F	51,18	8,819
	M	51,18	9,830
	Totale	51,18	9,229
Fattore V	F	54,43	8,600
	M	58,62	10,915
	Totale	56,52	9,935
Fattore S	F	51,24	10,178
	M	49,59	11,295
	Totale	50,40	10,668
Fattore C	F	46,86	8,173
	M	45,86	12,844
	Totale	46,36	10,651

Si sintetizzano di seguito gli altri risultati:

3) Età

- I più giovani (età compresa tra i 20 e i 30 anni) assumono sempre punteggi più problematici,
- Seguono le persone più grandi (età tra i 44 e i 60 anni) per i livelli di ansia, depressione, confusione e aggressività.

4) Titolo di studio

- Una scolarità inferiore (scuole elementari e medie) si associa a stati d'animo più sereni e ad una maggiore forza percepita, ma anche a una maggiore confusione.

5) Storia di aborto e PMA

- Nei fattori T e A, sta peggio chi ha fatto esperienze di aborto o PMA,
- Sono ansiose, confuse e depresse soprattutto le donne con esperienze simili,
- Per il fattore S non c'è differenza tra chi ha esperienze pregresse e chi è al primo tentativo,
- Per il fattore C, sono più confusi coloro che hanno già tentato la tecnica assistita senza risultati,
- Paradossalmente sono meno depressi e più vigorosi coloro che hanno simili esperienze.

***La Scala
Alessitimica
Romana***

*Premessa
teorica*

“La possibilità di realizzare la propria fertilità presuppone una buona integrazione corpo-mente che parte da lontano. È la convergenza di influenze fisiche e psichiche che permette il processo di formazione dell’identità personale psicosomatica, che include la consapevolezza e la fiducia nella propria capacità generativa” (Coghi, 1997, cit. in Cecotti, 2004, p. 19). La fecondità ha connotazioni psicologiche molto intense, tanto da costituire una componente importante nella definizione dell’identità personale e di coppia. La diagnosi di sterilità finisce allora per tradursi in una dimensione umana di sofferenza ma essa stessa è talvolta di difficile precisazione. In verità, la componente emotiva incide in vari modi sulla fertilità umana (Invitto, 2008) e quindi gli aspetti somatici e quelli psicologici sono semplicemente inseparabili (Cecotti, 2004). Così, se da un lato essere sterili è vissuto come una ferita narcisistica, dall’altro l’infertilità stessa può essere vista come un sintomo e quindi interpretata come un messaggio che il corpo invia. L’infertilità, infatti, esprimerebbe in molti casi un *interdetto psicosomatico a generare* (Nunziante Cesàro, 2000). “Il corpo è lo scenario che la mente sceglie per le sue rappresentazioni” (Nunziante Cesàro, 2002) il che fa della sterilità un *evento psicosomatico* secondo la definizione di Lalli (1997).

Per questi motivi è sembrato interessante nella presente ricerca indagare anche le componenti alessitimiche dei soggetti impegnati in un percorso di cura della sterilità di coppia. Dimensione spesso indagata nell’ambito della psicosomatica, l’alessitimia, parola di origine greca che indica l’assenza di parole per le emozioni (Conrad et al., 2001), deve la sua prima definizione a

Sifneos (1973), che la elaborò a partire dalle trascrizioni dei colloqui con malati psicosomatici, designando insieme:

- una incapacità a identificare e esprimere le proprie emozioni;
- una vita fantasmatica povera (quasi assente);
- una grande difficoltà a distinguere i movimenti affettivi delle sensazioni corporee;
- un pensiero essenzialmente orientato verso preoccupazioni concrete.

Soprattutto quest'ultima caratteristica avvicina l'alessitimia alla definizione di *pensiero operatorio* di Marty e M'Uzan (1963), il che paradossalmente la rende antitetica rispetto alla caratterizzazione nevrotica del sintomo, suggerendo invece che possa essere un deficit nella valutazione cognitiva delle emozioni (Taylor, 1987). Il problema degli alessitimici, quali *illetterati emozionali* (Freedman e Sweet, 1954) non starebbe nell'assenza delle emozioni ma nella difficoltà a riconoscerle, soprattutto quando si esprimono attraverso il corpo, a distinguerle e verbalizzarle (Zimmerman, 2008), il che ripropone l'aspetto comunicativo del disagio e quindi la valorizzazione della relazione (Laghi et al., 2005). Considerata ora un fattore predisponente stabile, ora uno stato reattivo protettivo di fronte a situazioni stressogene (Zimmermann et al., 2008), l'alessitimia è stata più volte indagata nelle coppie sterili, evidenziandone, ad esempio, livelli significativamente più alti nelle persone infertili rispetto a quelle fertili (Lamas et al., 2006; Conrad et al., 2001). Questo dato è interpretato da alcuni studiosi considerando l'alessitimia una strategia di coping¹¹³ talvolta correlata positivamente con la probabilità di successo dei tentativi di procreazione assistita (Kakatsaki et al., 2009).

La presente ricerca ha indagato l'alessitima preferendo la somministrazione della Scala Alessitimica Romana (o SAR, Laghi, Giannini, Baiocco, 2005) alla più tradizionale e diffusa TAS-20 (Toronto

¹¹³ La cosiddetta alessitimia secondaria sarebbe una reazione dipendente dalla condizione in cui riversano, ad esempio, i pazienti affetti da una qualche malattia (medica) che cercano in questo modo di mitigare una grande sofferenza e di difendersi contro la depressione (Conrad et al., 2001).

Alexithymia Scale, Parker et al., 1993; Bressi et al., 1996), con la quale comunque c'è una correlazione positiva e significativa, sia perché questo test, di recente realizzazione, è stato interamente costruito in Italia sia soprattutto perché introduce item che si occupano anche dell'empatia e dell'espressione somatica delle emozioni.

La scala è composta da 27 items, a cui il soggetto risponde su una scala Likert temporale a 4 punti che va da “Sempre” a “Mai” e che definiscono cinque fattori:

- espressione somatica delle emozioni (fattore 1, ESE),
- difficoltà a identificare le proprie emozioni (fattore 2, DIE),
- difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni (fattore 3, DCE),
- pensiero orientato esternamente (fattore 4, POE),
- difficoltà a essere empatici (fattore 5, EMP).

Una parte degli item (2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 24, 27) è scritta in “chiave positiva”, gli altri (item 1, 3, 5, 9, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 26), per ridurre l'acquiescenza, in “chiave negativa”, quindi con un punteggio invertito in fase di scoring. Sia il totale, quale indice generale d'alessitimia, ottenuto sommando i punteggi di ciascuna dimensione, sia i singoli valori possono essere convertiti da punteggi grezzi in punti standard Sten ($M=5,5$ e $DS=2$), utilizzando delle tavole differenziate per età e genere. Il cut off è 8.

Rispetto agli autori della scala che consigliano di utilizzare e interpretare solo il punteggio totale, nel presente lavoro si è preferito approfondire ciascuna dimensione. I dati sono completi per tutte le 25 coppie, solo in un caso c'è una risposta doppia che, valutata come un item vuoto, è stata corretta come indicato nel manuale, attribuendovi valore medio pari a 2.

I dati sono stati elaborati con SPSS 18.0 e per verificare la presenza di differenze statisticamente significative per ciascun fattore della SAR (variabili dipendenti), sono state eseguite diverse Analisi della Varianza Multivariata, in modo da confrontare di volta in volta i soggetti secondo

variabili indipendenti diverse.

La prima MANOVA conferma l'esistenza di differenze significative in base al sesso (Traccia di Pillai, $F=9,896$, $p<0,001$; Lambda di Wilks, $F=35,516$, $p<0,001$; Traccia di Hotelling, $F=95,281$, $p<0,001$; Radice di Roy, $F=198,527$, $p<0,001$) ma questo è caratteristico dello strumento che prevede tabelle di conversione dei punteggi distinti per genere.

Tabella 52. MANOVA per ogni fattore rispetto al genere

	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	Media dei quadrati	F (df)	Sig.
SESSO	fattore 1 ESE	1161,640	580,820	80,726 (2)	,000
	fattore 2 DIE	1491,080	745,540	159,816 (2)	,000
	fattore 3 DCE	1592,480	796,240	147,270 (2)	,000
	fattore 4 POE	1302,120	651,060	163,720 (2)	,000
	fattore 5 EMP	1373,200	686,600	136,864 (2)	,000

In particolare, come si evince dalla tabella sottostante, indipendentemente dalla diagnosi, le donne hanno minori difficoltà a comprendere (fattore 2) e comunicare le proprie emozioni (fattore 3) ma rispetto ai partners sono più impulsive (fattore 4), leggermente meno empatiche (fattore 5) e decisamente più abituate a somatizzare le proprie emozioni (fattore 1).

Tabella 53. Statistiche descrittive di ogni fattore rispetto al genere

	Sesso	Media	DS
fattore 1 ESE	F	5,40	2,398
	M	4,16	2,939

	Totale	4,78	2,728
fattore 2 DIE	F	5,36	2,252
	M	5,56	2,063
	Totale	5,46	2,140
fattore 3 DCE	F	5,44	2,347
	M	5,84	2,304
	Totale	5,64	2,310
fattore 4 POE	F	5,28	1,696
	M	4,92	2,253
	Totale	5,10	1,982
fattore 5 EMP	F	5,32	2,174
	M	5,16	2,304
	Totale	5,24	2,218

La MANOVA successiva ha differenziato i gruppi in base al tipo di sterilità (sconosciuta in 13 coppie, maschile in 9 o inspiegata in 3 casi). I test multivariati preliminari hanno confermato la possibilità di confronto tra i gruppi (Traccia di Pillai, $F=5,463$, $p<0,001$; Lambda di Wilks, $F=19,216$, $p<0,001$; Traccia di Hotelling, $F=66,615$, $p<0,001$; Radice di Roy, $F=214,068$, $p<0,001$) e l'analisi ha dato risultati significativi, come si può osservare di seguito.

Tabella 54. MANOVA di ogni fattore rispetto alla diagnosi

	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	Media dei quadrati	F (3)	Sig.
DIAGNOSI	fattore 1 ESE	1163,850	387,950	53,136 (3)	,000
	fattore 2 DIE	1497,440	499,147	107,832 (3)	,000
	fattore 3 DCE	1610,205	536,735	104,330 (3)	,000
	fattore 4 POE	1304,517	434,839	108,431 (3)	,000
	fattore 5 EMP	1372,940	457,647	89,228 (3)	,000

I test post-hoc non aiutano a capire quali siano le medie significativamente diverse ma nella tabella sottostante con le statistiche descrittive delle coppie, si può osservare che:

1) per il primo fattore, il punteggio medio (totale $M= 4,78$) è inferiore a tutti gli altri: l'espressione somatica delle emozioni, a quanto raccontano i soggetti, è ciò che caratterizza meno frequentemente le loro espressioni Alessitimiche, anche se a ben vedere è allo stesso tempo la dimensione con la variabilità più alta (totale $DS=2,728$).

2) La maggiore difficoltà risiederebbe nella comunicazione delle proprie emozioni (fattore 3, DCE, totale $M=5,64$), il che ben si accorda alla rappresentazione di sé che troppo spesso rimandano queste coppie. I soggetti, infatti, si descrivono come persone pronte nel sostegno e assistenza alla famiglia di origine o alle persone a cui sono legate ma in difficoltà nel chiedere aiuto o confidarsi. Questo dato, inoltre, potrebbe anche giustificare la necessità di sollecitarli molto durante il colloquio psicologico. La difficoltà a raccontarsi assume valori molto alti nel caso della sterilità maschile ($M=6,33$), forse a riproporre quel fantasma che associa la sterilità a impotenza (Conrad et al., 2001) e ne fa dunque un tabù, per cui si ha una maggiore chiusura.

3) Infine, è quando la diagnosi non c'è ancora che si ha maggior difficoltà a identificare le proprie emozioni (fattore 2, $M=5,77$) a metter ordine nei propri vissuti.

Tabella 55. Statistiche descrittive di ogni fattore rispetto alla diagnosi

	Diagnosi	Media	DS
fattore 1 ESE	STERILITA SCONOSCIUTA	4,19	2,466
	STERILITA MASCHILE	5,61	3,071
	STERILITA INSPIEGATA	4,83	2,483
	Totale	4,78	2,728

fattore 2 DIE	STERILITA SCONOSCIUTA	5,77	2,103
	STERILITA MASCHILE	5,28	2,270
	STERILITA INSPIEGATA	4,67	1,966
	Totale	5,46	2,140
fattore 3 DCE	STERILITA SCONOSCIUTA	5,46	2,302
	STERILITA MASCHILE	6,33	2,425
	STERILITA INSPIEGATA	4,33	1,366
	Totale	5,64	2,310
fattore 4 POE	STERILITA SCONOSCIUTA	5,19	1,744
	STERILITA MASCHILE	5,22	2,390
	STERILITA INSPIEGATA	4,33	1,751
	Totale	5,10	1,982
fattore 5 EMP	STERILITA SCONOSCIUTA	5,27	2,342
	STERILITA MASCHILE	5,22	2,184
	STERILITA INSPIEGATA	5,17	2,137
	Totale	5,24	2,218

Le MANOVA successive evidenziano in particolare la necessità di ampliare la numerosità di ciascun gruppo in modo da distinguere gli effetti di ogni possibile variabile interveniente.

Ad esempio, la SAR è costruita in modo da distinguere i soggetti anche in base all'età. In questo caso, ovviamente, non ci sono soggetti adolescenti, però l'Analisi Multivariata sui cinque fattori che consideri come sorgente l'età, precedentemente ricategorizzata su scala ordinale in 4 fasce di età (1=anni tra i 20 e i 30; 2=anni tra i 31 e i 36; 3= anni tra i 37 e i 42; 4= anni tra i 43 e i 60), dà risultati significativi e i confronti multipli post-hoc evidenziano una importante differenza (differenza media= $\pm 1,67$, $p < 0,05$) nel fattore 4, che distingue i soggetti di seconda fascia (31-36 anni) da quelli in età avanzata (44-60 anni), questi ultimi con un pensiero molto più orientato esternamente (M= 6,20, DS= 2,150) rispetto ai primi (M=4,53, DS= 1,807).

Allo stesso modo, la MANOVA sui 5 fattori che consideri come variabile indipendente il titolo di studio (1= scuole dell'obbligo, 2= licenza superiore

o diploma, 3= formazione universitaria) ha un modello statisticamente significativo, confronti post-hoc non significativi e, com'era immaginabile, si evince per ciascun fattore (tranne il quarto) un punteggio più alto per chi ha un titolo di studio più basso.

Risultano significative anche le MANOVA relative alle differenze per i cinque fattori in base alla presenza/assenza di esperienze di aborto o di PMA: l'unico dato che si riporta come degno di nota è la presenza di punteggi alessitimici medi più alti per tutte le dimensioni, tranne la capacità empatica, per le donne che hanno vissuto un aborto rispetto alle altre.

Infine, sono state calcolate tre MANOVA per verificare l'effetto congiunto della diagnosi di volta in volta con il sesso, l'età e il titolo di studio. La scarsa numerosità dei gruppi e il conseguente eccessivo frazionamento dei gruppi, però, non permettono di estendere considerazioni statisticamente rilevanti, per la violazione di alcune ipotesi di base del modello, laddove si considerino ciascun fattore sperimentale e le loro interazioni.

Il reattivo di Wartegg

La presente ricerca ha deciso di somministrare anche un test grafico proiettivo a conclusione del colloquio per diversi motivi. Si è sentita, infatti, la necessità di indagare anche la personalità dei soggetti, in modo da avere una definizione più stabile delle loro caratteristiche, meno legata al particolare periodo che stanno vivendo, come succede invece per alcune parti dell'intervista audio-registrata, che rimandano all'iter medico, o per il POMS, che chiede esplicitamente di pensare al proprio stato d'animo nell'ultima settimana. Ancora, l'indagine di personalità doveva prevedere uno strumento che permettesse la somministrazione congiunta, pur delineando profili distinti (a differenza dell'intervista) e che soprattutto potesse essere agevole, semplice e rapido perché era posto a conclusione di un colloquio abbastanza impegnativo.

Il Test di Wartegg è sembrato allora quello più adatto perché

- ha proprietà proiettive che aggirano le reazioni difensive,
- è applicabile anche a persone con un livello culturale basso,
- si completa rapidamente e non necessita di una strumentazione complicata,
- prevede la somministrazione collettiva,
- essendo un test grafico, permette alla coppia di rilassarsi e di giocare un po', dopo essere stata sollecitata su un piano cognitivo complesso, visto che si è chiesto esplicitamente di convertire gli affetti in parole per raccontarsi e riflettere sulla propria storia, sulle reazioni emotive e sul rapporto con il proprio corpo.

Infine, le coppie non conoscono i criteri interpretativi del reattivo, per cui si descrivono attraverso un gesto e una forma in modo silenzioso e inconsapevole e questo generalmente solleva una grande curiosità, che posta

a conclusione del colloquio, può costituire anche un incentivo per tentare di fissare un ulteriore incontro di approfondimento.

La scelta del reattivo da applicare è stata accompagnata dalla ricerca bibliografica ma si è scoperto che l'indagine dei vissuti delle coppie sterili mediante l'applicazione di test grafici e/o proiettivi è rara e gli esempi di ricerca in letteratura sono davvero scarsi.

Si ricorda a tal proposito il lavoro di Renzi e Daini (1995) che hanno utilizzato il Test Della Figura Umana. Il loro interesse, quindi, è centrato sul vissuto e la costruzione dell'immagine corporea, importante aspetto nell'indagine del profilo di personalità, spesso approfondito nel caso di donne alla prima gravidanza, molto di meno per persone con diagnosi di infertilità. Questo è sorprendente se si tiene conto del fatto che il corpo è al centro degli stressanti interventi di cura della sterilità e che lo schema dell'immagine corporea non è semplicemente il frutto di una percezione ma implica la costruzione in costante evoluzione di un'auto-rappresentazione del sé somatico, sulla base del vissuto psicologico soggettivo e in continuo rapporto dinamico con la vita di relazione.

In effetti, dal colloquio clinico che Salerno e Piccolo (2005) hanno condotto con cinque coppie con problemi di fertilità e un percorso di procreazione medicalmente assistita alle spalle, emerge che il vissuto corporeo è spesso traducibile attraverso il linguaggio medico in cui le persone si trovano completamente immerse. I racconti delle coppie, spesso sottili e indecifrabili, rimandano a un corpo del quale si sono perse le coordinate conoscitive e che ha tradito la loro fiducia. Un corpo meccanico e fuori controllo, dunque, mentre la propria identità è incompleta e la sessualità è scissa.

Renzi e Daini (1995) hanno somministrato il D.A.P, il Disegno della Figura Umana, di K. Machover (1949) a un gruppo di 20 donne con

diagnosi di infertilità,¹¹⁴ confrontate con altrettante donne senza la stessa diagnosi. I disegni sono stati valutati secondo la “Scala dei Disturbi del Concetto Globale di Schema Corporeo”, di Fisher (1968). Ne è risultato che i disegni delle donne sterili sono caratterizzati da maggiore insicurezza e fragilità del concetto corporeo, segnati da elementi regressivi (eccessivo schematismo delle figure, mancanza di confini demarcati, trasparenze) e da un’espressione disordinata o conflittuale dell’emotività. Le figure sono piccole rispetto al test del gruppo di controllo e questo è vero soprattutto nel secondo disegno, per cui c’è una svalorizzazione diffusa della figura maschile. I disegni raccontano di una fisicità problematica e dolorosa che gli Autori ricollegano al lutto per le precedenti esperienze abortive.

Dell’applicazione del Reattivo di Realizzazione Grafica Wartegg Zeichentest (o WZT) a coppie sterili, non si hanno notizie in letteratura. Si conoscono, infatti, solo due lavori in merito, di recente pubblicazione, sulla popolazione italiana, in particolare del Lazio. Il primo è di Micci et al. (2005) e inserisce il reattivo in una batteria di test allo scopo di indagare le differenze di coppie in gravidanza naturale con coppie che si sono sottoposte con successo a procreazione assistita e sono in attesa del loro primo figlio. Queste ultime rivelano un maggior desiderio di contatto e bisogno di entrare in rapporto con le persone, maggiore insicurezza nelle relazioni che si manifesta attraverso una eccessiva compiacenza verso gli altri significativi.

Il secondo articolo, invece, è di Daini et al. (2007) confronta 61 donne con diagnosi di sterilità (organica, psicogena e con poliabortività) con 30 donne sane. I risultati delle analisi statistiche applicate agli indici del test di Wartegg, dimostrano che l’infertilità coinvolge le donne profondamente, soprattutto laddove si associa a esperienze abortive. La sterilità organica sembra avere indici inferiori in merito a adattabilità sociale e controllo. La sterilità inspiegata assume caratteristiche molto simili alla norma come se in

¹¹⁴ Gli autori la definiscono *infertilità primaria sine causa* ma è solo la sterilità che può definirsi primaria o secondaria e l’infertilità non può essere primaria visto che le pazienti hanno precedenti esperienze abortive.

assenza di una causa, i vantaggi secondari del sintomo favoriscano un certo equilibrio psichico nonché la speranza di una risoluzione spontanea. Eppure l'identità è più rigida e combattuta. Infine, in caso di esperienza abortive, gli indici al test fanno pensare a una personalità spesso immatura e scarsamente controllata.

In sintesi, dunque, rari sono gli studi che hanno visto la somministrazione di un test grafico di personalità in caso di diagnosi della sterilità e quasi mai la ricerca ha coinvolto entrambi i membri della coppia. Alla luce della precedente ricerca bibliografica, la somministrazione del WZT, prevista nella presente ricerca, costituisce un elemento innovativo, tanto più che coinvolge entrambi i membri della coppia. Prima di esporre i risultati, però, è bene descrivere in dettaglio le caratteristiche di questo reattivo.

Il Test ideato da Ehrig Wartegg è un test grafico, di personalità, proiettivo e semi-strutturato, noto soprattutto nei Paesi dell'Europa del Nord, pur incontrando negli ultimi anni un'applicazione crescente anche in Italia, tanto in ambito selettivo, quanto peritale e clinico, il che ha sicuramente agevolato il miglioramento della siglatura e del potere interpretativo (Crisi, 2007).

Il test di Wartegg prende il nome dal suo ideatore, che non ha scelto casualmente gli otto segni-stimolo che lo caratterizzano: Wartegg (1972 cit. in Crisi, 2007) era alla ricerca di possibilità di stimolo molto ridotte dal punto di vista quantitativo, ma pregnanti dal punto di vista qualitativo. La possibilità di descrivere i principi organizzatori della personalità passa attraverso l'oscillazione continua tra diversi piani di lettura (indici formali, grafici e contenutistici), che si collegano ai differenti livelli di coscienza implicati nella reazione allo stimolo e realizzazione del disegno. La sua immediatezza e semplicità, tipiche delle prove grafiche e capaci di meglio aggirare le reazioni difensive, permettono di ricavare in poco tempo molte informazioni sul soggetto ma hanno un limite significativo in un manuale originale talvolta incomprensibile, obiettivo ma decisamente ostico. Probabilmente questo è giustificabile anche in base al fatto che il modello teorico di riferimento di Wartegg, la psicologia della Totalità, non si sia mai

organizzata in una vera e propria teoria della personalità.

Di fronte a questi limiti, A. Crisi ha cercato di dotare il Wartegg di una nuova siglatura, che in parte riprende quella per il Test di Rorschach, nel tentativo di uniformare le procedure, replicarle e confrontarle con una popolazione di riferimento, quindi di facilitarne la diffusione. Il suo lavoro decennale ha raccolto una lunga esperienza sul Wartegg come sul test delle macchie e ha verificato la validità di contenuto, concorrente, predittiva e di costrutto della nuova metodica, confrontandola anche con l'MMPI2.

Il riferimento teorico di A. Crisi, a proposito di personalità, resta il pensiero di Rapaport, secondo il quale ogni comportamento è espressione della personalità dell'individuo e i test sono capaci di rilevarne dei segmenti quali unità dense di significato. Nelle interpretazioni dei disegni, però, Crisi si richiama anche a Freud, in quanto ha fornito a suo parere l'approfondimento dell'aspetto storico-individuale della personalità e soprattutto a Jung, vista la natura archetipica dei simboli scelti, continuando la tradizione dell'interpretazione proposta da Falcone et al. (1986).

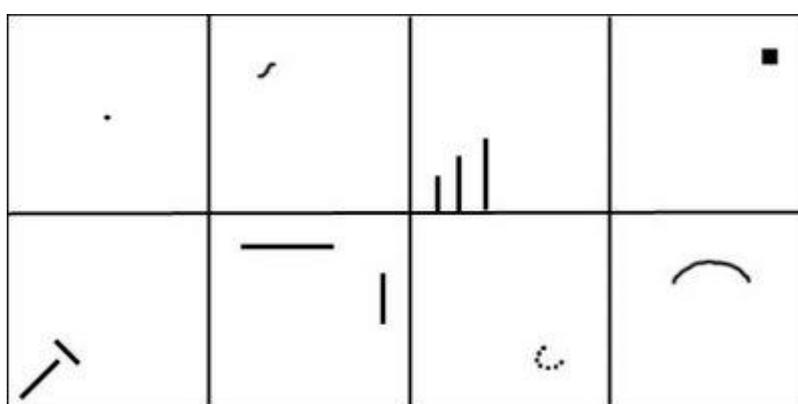
La prova di Wartegg offre un materiale non familiare e non organizzato, somministrabile a adulti come a soggetti in età evolutiva (dai quattro-cinque anni): è la risposta grafica della persona a fornire un'organizzazione, con processi di esternalizzazione o proiezione a seconda che prevalgano gli aspetti percettivi e comuni o più intrapsichici, personali e originali.

Il WZT è un modulo composto da otto riquadri, numerati in ordine crescente da 1 a 8, collocati in due file orizzontali e separati da uno spesso contorno nero. Ciascun riquadro contiene un segno-stimolo, come è osservabile nella figura sottostante e descritto di seguito:

- nel primo, un puntino al centro,
- nel secondo una lineetta ondulata in alto a sinistra,
- nel terzo, tre linee verticali, parallele e crescenti da sinistra a destra,
- nel quarto, un quadratino nero in alto a destra,
- nel quinto, due linee perpendicolari in basso a sinistra,

- nel sesto, due linee, una orizzontale in alto e una verticale a destra,
- nel settimo, una serie di puntini a semicerchio aperto verso l'alto,
- nell'ottavo, un arco di cerchio rivolto verso il basso nella parte alta del riquadro.

Tabella 56. Fac-simile del contenuto di un modulo del Wartegg-Test



Presentando il modulo del WZT, si fornisce una matita appuntita, senza gomma per cancellare e la consegna invita a prendere spunto dai segni-stimolo per realizzare dei disegni di qualunque tipo, preferibilmente i primi che vengono in mente e possibilmente non astratti, seguendo l'ordine che si desidera e senza fretta. Durante la prova, il somministratore segna il tempo e l'ordine di esecuzione dei disegni e scrive tutto ciò che il soggetto dice. Alla fine si chiede alla persona di definire quello che ha disegnato in ciascun riquadro (*Pinacoteca*) ma anche i disegni e i segni-stimolo che sono piaciuti di più e di meno (*Scelta dei Disegni e dei Riquadri*). Bisogna stare attenti all'esecuzione di disegni astratti, alla presenza di rifiuti, alla necessità di consegne aggiuntive o a eventuali verbalizzazioni insolite, inoltre, nella somministrazione collettiva, come nella presente ricerca che ha previsto la somministrazione congiunta alla coppia, bisogna evitare confusione, confronti, copiatore e suggerimenti.

La fase successiva alla somministrazione è quella di siglatura: si attribuisce per ogni disegno, un punteggio in ciascuna delle categorie riportate su un'apposita scheda e che riguardano in primis il Carattere Evocativo (C.E.), che fornisce informazioni su quanto il soggetto da un punto di vista percettivo e associativo, abbia saputo cogliere il suggerimento dello stimolo. Il Carattere Evocativo può, infatti, essere definito come la capacità di uno stimolo di richiamare alla mente e di facilitare la proiezione di determinate categorie di concetti, sulla base delle caratteristiche percettive dello stimolo. Secondo Crisi,

- il primo riquadro evoca un concetto di centralità e solitamente evoca i sentimenti, le autovalutazioni individuali riguardo la propria identità.

- il secondo riquadro richiama il movimento, la vitalità, e quindi il femminile in senso profondo, per cui vi si proiettano vissuti collegati alle primitive esperienze e modalità che hanno caratterizzato la relazione oggettuale con la propria madre.

- il terzo riquadro, evoca la spinta verso l'azione e dunque la capacità del soggetto di investire e riversare le proprie energie nella vita quotidiana.

- il quarto riquadro è quello della solidità, stabilità e pesantezza, evoca tutto ciò che è profondo e nascosto ma anche saldo ed è di forte impatto per il soggetto. Sembrerebbe rimandare al rapporto con l'autorità e alla relazione con il paterno.

- il quinto riquadro richiama il tema della contrapposizione e del superamento dell'ostacolo per cui informa sul modo in cui l'energia aggressiva personale si è andata strutturando all'interno della propria personalità così come sulle modalità di reazione alla frustrazione.

- il sesto riquadro sembra configurarsi come quello più cognitivo ed infatti, proponendo i temi della strutturazione e sintesi, dà indicazioni sulle funzioni di giudizio e l'esame di realtà.

- il settimo riquadro rappresenta ciò che è leggero, estetico, delicato, morbido e armonioso, per cui rimanda principalmente alla dimensione della sessualità e dell'erotismo.

- l'ultimo riquadro evoca il tema dell'espansione e dell'arrotondamento con chiusura per cui approfondisce le modalità relazionali e sociali del soggetto.

Tabella 57. Caratteristiche di ciascun riquadro

	Aspetti percettivi	Carattere evocativo	
RIQUADRO 1	Punto al centro	Centralità: Soluzioni grafiche centrate	Valutazioni di sé
RIQUADRO 2	Linea ondulata	Vitalità, movimento: Persone vive, cose animate	Rapporto con il materno
RIQUADRO 3	Tre linee crescenti in prospettiva	Direzionalità: Costruzioni crescenti verso l'alto a destra	Energia investita nella quotidianità
RIQUADRO 4	Un piccolo quadrato nero	Pesantezza, stabilità: Temi solidi	Rapporto con il paterno e l'autorità
RIQUADRO 5	Due linee contrapposte	Contrapposizione: Superamento di un ostacolo	Gestione dell'aggressività
RIQUADRO 6	Due linee tese verso uno stesso vertice	Strutturazione-sintesi: Soluzione squadrata	Esame di realtà
RIQUADRO 7	Dei puntini disposti a semicerchio	Delicatezza, morbidezza: Rappresentazioni di gusto estetico	Sessualità
RIQUADRO 8	Una linea ricurva	Arrotondamento: Elementi di chiusura	Relazioni sociali

Oltre al C.E., per ciascun riquadro vengono valutati anche:

- la Qualità Affettiva (Q.A.), che viene siglata indipendentemente dalle caratteristiche formali del disegno perché rimanda al tono emotivo, alla connotazione affettiva che caratterizza il vissuto del soggetto nei confronti dell'area psichica sottostante ciascun riquadro.

- la Qualità Formale (Q.F.), che, seguendo il criterio dell'evidenza, non si basa sul fatto che il soggetto sappia disegnare bene ma sulla sua capacità di riportare le caratteristiche salienti di ciò che vuole comunicare, in modo che

sia immediatamente riconoscibile a chi guarda.

- il Contenuto (Cont.): sulla base della Pinacoteca, classifica ciò che il soggetto ha disegnato e può essere primario (vedi tabella sottostante) o secondario (si tratta di elementi aggiuntivi di valutazione, che specificano la natura particolare di alcuni contenuti, a carattere mitologico, religioso, fantascientifico, fiabesco ecc.).

Tabella 58. Contenuti primari: codici e significati

A	Animale intero
AD	Testa di animale
ABS	Astratto
ANA	Anatomico
ARC	Architettonico
AS-ADS	Animale o testa di animale sottoforma di simulacro (pupazzo, statua, pelouche...)
AST	Astronomico
BIO	Biologico
BOT	Botanico
CIB	Alimenti
ESP	Esplosioni, fuochi d'artificio
FOC	Fuoco, torcia, ecc.
GHI	Ghiaccio, neve, ecc.
H	Essere umano intero
HD	Testa di essere umano
HS-HDS	Essere umano intero o solo testa sottoforma di simulacro (es.: statua)
MIN	Minerali
NAT	Montagne, fiumi, laghi, paesaggi, ecc.
NUB	Nuvole, fumo, nebbia, ecc.
OBJ	Oggetti
PAT	Patologie e parti isolate del corpo
SEX	Contenuti esplicitamente sessuali
SIG	Segni, lettere, simboli, figure geometriche, ecc.

- la Frequenza (FR), che permette di classificare le risposte dei soggetti come volgari (presenti in più del 18% dei casi), semivolgari (con una frequenza di almeno il 10%), semioriginali (meno del 3%) o originali (meno dell'1%). La classificazione del disegno di un riquadro come originale o meno nasce dal confronto con un elenco che costituisce solo un punto di riferimento per orientarsi. Per lo più, infatti, ci si basa sull'esperienza dello psicodiagnosta.

- i Fenomeni Particolari (F.P.), sono manifestazioni particolari che colorano ciascun riquadro e lo caratterizzano in modo specifico, così da dare un quadro più completo delle caratteristiche di personalità del soggetto perché rimandano a specifici aspetti emotivi, che per lo più inconsapevolmente finiscono per emergere durante l'esecuzione del test. I principali Fenomeni particolari sono riportati nella tabella sottostante ma si ricordano anche: disegno grande o piccolo, risposte oppure o prospettiva, unione di due o più riquadri.

Tabella 59. Fenomeni particolari: codici e significati

AC	AUTOCRITICA Un atteggiamento di critica verso se stesso e il proprio disegno, in qualunque fase del test
AU	AUTORIFERIMENTO Il disegno rimanda a elementi altamente personali, come verbalizzato
BO	BORDO OLTREPASSATO Il bordo nero del Riquadro è stato toccato e superato nella realizzazione del disegno
CS	CANCELLAZIONE DELLO STIMOLO Ci sono ombreggiature o cancellature, annerimenti anche minimi, il tratto è più spesso, ripassato, interrotto
CR	CAPOVOLGIMENTO DEL RIQUADRO Il disegno assume significato se il modulo è capovolto o comunque ruotato
CO	CONTAMINAZIONE Il disegno è la risultante di due immagini sovrapposte e integrate
DE	DEVITALIZZAZIONE Realizzazione di figure morte, come esplicitamente dichiarato dal soggetto

DO	DIREZIONALITÀ OPPOSTA Nei riquadri 3 e 5, contrariamente a quanto suggerito dagli stimoli, la direzionalità del disegno è completamente opposta
DI	DISEGNO INCOMPLETO O PARZIALE Il disegno manca di parti essenziali della figura oppure non è stato portato a termine
II	INTEGRAZIONE INADEGUATA Il segno stimolo è inserito nel disegno ma in modo non adeguato o non corrispondente alla realtà
MU	MANCATA UNIONE Nei Riquadri 5 e 6 il soggetto non unisce i segni-stimolo né graficamente né concettualmente
PE	PERSEVERAZIONE DEL CONTENUTO Uno stesso contenuto, non frequente, si presenta in almeno due Riquadri
RA	REALIZZAZIONE ARBITRARIA Il disegno per posizione, aspetti formali, o insolite verbalizzazioni, risulta arbitrario e inadeguato
RG	RIFIUTO GLOBALE Espressione di choc, il Riquadro resta vuoto
RP	RIFIUTO PARZIALE Il segno-stimolo non è preso in considerazione oppure manca l'attribuzione di significato nella Pinacoteca, per quanto comunque sia stato realizzato qualcosa all'interno del Riquadro
RS	RIPETIZIONE DELLO STIMOLO Semplice ripetizione del segno-stimolo nel Riquadro ma senza attribuzione di significato
SP	SPROPORZIONE Ci sono elementi di sproporzione o all'interno del Riquadro o tra vari Riquadri
SI	STIMOLO INTERPRETATO Assegnazione di significato al segno-stimolo senza aggiunte nel Riquadro
TR	TRASPARENZA Il disegno mostra elementi che per la loro natura non dovrebbero essere visibili

- il Movimento (M o m), applicato a esseri umani o animali o a oggetti, viene siglato solo se esplicitamente verbalizzato dal soggetto. Si distingue un Movimento Primario di esseri umani, di cui si deve specificare il tipo (maschio, femmina o indeterminato) da un Movimento Secondario (m), che può riguardare movimento di animali (MA), di oggetti (MI) o le espressioni fisiognomiche (EF). In entrambi i casi bisogna segnare la direzione (estensivo, flessivo, bloccato, doppio, rotatorio, indeterminato),

- le Risposte Impulso (R.I.), sono siglate rispetto a contenuti originali che costituiscono riferimenti diretti alla sessualità, all'ostilità, all'analità e alle dipendenze. Corrispondono alle risposte complessuali del Rorschach, quindi d'alto contenuto psicodinamico.

- l'Ordine di Esecuzione o Successione. Lossen e Schott (1975, p. 23) scrivono: *“Se quindi si preferisce un segno nella successione, si accentua e si pone in rilievo anche la sfera d'esperienza e di comportamento corrispondente a quel segno. Se si sfavorisce un segno, l'ambito di esperienza e di comportamento ad esso corrispondente viene scacciato, rifiutato ed evitato, oppure sublimato con fastidio.”* L'Ordine, quindi, riesce ad avere un alto valore diagnostico. Crisi distingue ordini: normale, individualizzato, circolare lineare, circolare opposto, opposto.

Per l'assegnazione dei punteggi, nella valutazione del disegno di ogni riquadro secondo i parametri descritti finora, bisogna ricordare che, a proposito del carattere evocativo, laddove il soggetto coglie il suggerimento dello stimolo, il punteggio è pari a 1, se lo coglie solo in parte, è 0.5, se lo rifiuta, il punteggio è nullo.

La qualità affettiva rimanda alla natura dei contenuti, considerata positiva nel caso di elementi viventi (esseri umani, animali o vegetali, punteggio 1), neutra con oggetti o elementi simbolici/astratti (punteggio 0.5), negativa in caso di rappresentazioni violente, spaventose, negative, mortifere ecc. (punteggio pari a zero).

La qualità formale, infine, rimanda al criterio dell'evidenza, basato non tanto sulla capacità di disegnare, quanto sul fatto che il significato del disegno è univoco e immediatamente percepibile perché ne riporta i tratti salienti (punteggio 1). La qualità formale assume un punteggio inferiore se il disegno si presta a molteplici interpretazioni (punteggio= 0.5) e soprattutto se risulta incomprensibile o inesatto (valore pari a 0).

Si aggiungono, poi, anche altri indici, in parte mutuati dal confronto con il test delle macchie di Rorschach. A proposito dell'Ordine di esecuzione, si distinguono, sommando i valori del Carattere Evocativo e della Qualità

Affettiva:

- 1) Se il Riquadro è disegnato nella prima metà,
 - Scelta (S), se la somma è maggiore di 1 e rappresenta le aree più integrate del soggetto ;
 - Scelta ambivalente (SA), se la somma è uguale a 1 e segnala la presenza di sentimenti contrastanti rispetto all'area indagata dal riquadro in cui si colloca;
 - Compensazione Negativa (CN), se la somma è minore di 1 e testimonia una conflittualità non più consapevole.
- 2) Se il Riquadro è disegnato nella seconda metà,
 - Rinvio (R), se la somma è minore di 1 ed è la valutazione più negativa che un riquadro possa ottenere perché descrive ciò che solitamente viene rimosso;
 - Rinvio ambivalente (RA), se la somma è uguale a 1, simile alla scelta ambivalente.
 - Compensazione positiva (CP), se la somma è maggiore di 1 ed è valutata positivamente perché rappresenta le aree di sviluppo potenziale del soggetto.

Una volta terminate la fase di assegnazione dei punteggi a queste dimensioni, si passa all'Analisi dei Computi, cioè al conteggio che traduce in percentuali le dimensioni sopra elencate e ne aggiunge delle altre, come gli indici A/F¹¹⁵, ma anche ITI1¹¹⁶, II¹¹⁷ e IA¹¹⁸ (questi ultimi tre variano tra zero e uno) e ITI2 e la divisione dei punteggi a seconda che siano ottenuti per riquadri che ricadono nell'area dell'Io oppure dell'Es.

Il confronto con dei valori indicativi e la conoscenza del significato di ogni indice permette di costruire un profilo di personalità del soggetto.

Nella presente ricerca sono stati raccolti i Wartegg di 25 uomini e 24

¹¹⁵ Indice di stabilizzazione affettiva, descrive in che modo sono legati emotività e razionalità (stabilità emotiva, equilibrio emotivo, autocontrollo ecc.).

¹¹⁶ L'ITI rappresenta un segnale non specifico di disagio psicologico. Descrive il grado di inadeguatezza e/o la tensione emotiva presente nel soggetto.

¹¹⁷ Valuta l'impulsività, l'agito e la capacità del soggetto di gestire l'energia sessuale e aggressiva.

¹¹⁸ Mostra la presenza di ansia, insicurezza e indecisione.

donne, visto che si è registrato un unico rifiuto, quello della signora della coppia S24 che ha lamentato una certa stanchezza e mal di testa a motivare il suo rifiuto.

Gli altri soggetti, invece, hanno eseguito il test ma non sempre lo hanno completato: si sono infatti registrati 4 rifiuti globali per 2 donne e un uomo, e 25 rifiuti parziali per 10 donne e 5 uomini (che, a parte un caso, non coincidono con i soggetti precedenti).

Le persone hanno solitamente accolto bene il test, che si è deciso di porre alla fine del colloquio proprio per congedare la coppia con un test che fosse insieme agevole, semplice e piacevole e che potesse incuriosirli. In effetti in molti casi è stato chiesto cosa si poteva evincere dai disegni fatti ma la possibilità di scoprirlo in un altro colloquio non è stata una spinta sufficiente a indurli a tornare.

La consegna ha seguito le norme indicate da A. Crisi (2007) e ha previsto una somministrazione congiunta di entrambi i membri della coppia, senza che questo, al di là delle loro battute, li inducesse a “copiare” l’uno dall’altro. Sono stati forniti loro il foglio del test e la matita senza altri strumenti, il fatto che la registrazione, ormai dimenticata dalla coppia o semplicemente accettata, si mantenesse attiva, ha permesso di segnare fedelmente le verbalizzazioni dei soggetti senza avere la necessità di annotarle ogni volta, cosa che avrebbe potuto indurre una riduzione. Durante l’esecuzione, ciascuno ha segnato personalmente la successione dei disegni e alla fine del test, si è chiesto loro anche il disegno e il segno preferito e non e il perché delle loro scelte.

Il tempo di esecuzione è stato solitamente breve e non si sono registrate particolari verbalizzazioni, se non una pressoché costante autocritica, presente sia negli uomini sia nelle donne, talvolta limitata solo ai riquadri in cui sarebbe stato registrato un rifiuto (globale o parziale), quasi sempre estesa all’intera esecuzione.

Per un soggetto che ha eseguito disegni astratti si è preferito non eseguire la consegna aggiuntiva di un altro modulo, contraddicendo le regole del

manuale di Crisi (2007, p. 73), vista la stanchezza della coppia e l'urgenza a andare via.

L'analisi dei test per tutte i soggetti evidenzia, innanzitutto, che i tipi di contenuti primari oscillano tra 4 e 5.

Per le donne i contenuti primari sono di 5 tipi diversi. In ciascuna delle 24 tavole, in media c'è sempre:

- un riquadro destinato alla rappresentazione di un essere umano (H%),
- un disegno di natura astratta o simbolica (SIG%),
- una riproduzione di elementi architettonici (ARC%),
- due segni interpretati come oggetti (OBJ%).

Meno frequenti gli elementi della natura, astronomici (AST%) o botanici (BOT%) e decisamente rari i rimandi al mondo animale (A%) o paesaggistico (NAT%). Tra i contenuti primari più rari, ci sono soprattutto le categorie PAT e ABS a rappresentare in genere figure astratte o occhi isolati.

I contenuti secondari sono in tutto 18.

Tabella 60. Numero e percentuale sul totale di ciascun contenuto primario nelle 24 tavole dei soggetti femminili

Cont. primari	H%	A%	OBJ%	ARC%	SIG%	AST%	NAT%	BOT%	Altro
N.	23	8	54	22	25	11	8	14	17*
%	0,13	0,04	0,3	0,12	0,14	0,06	0,04	0,08	0,09

*(1 CIB, 1 HS, 7 PAT, 4 ABS, 2 NUB, 2 GHI)

Per gli uomini, i tipi di contenuti primari sono leggermente di meno, tra 4 e 5 (media=4,52). In generale, il disegno tipico degli uomini della presente ricerca presenta:

- un disegno di essere umano (H%),
- una rappresentazione di elementi architettonici (ARC%),
- un elemento simbolico (SIG%),
- tra i due e i tre stimoli interpretati come oggetti (OBJ%).

Se la frequenza di contenuti di tipo H%, A% e NAT% è perfettamente sovrapponibile a quella delle partners, più numerosi sono i contenuti di tipo OBJ%, ARC% e SIG% mentre meno probabili sono stelle e fiori, cioè gli AST% e i BOT% o altri tipi di contenuto. Sono però decisamente più frequenti i contenuti secondari (34).

Tabella 61. Numero e percentuale sul totale di ciascun contenuto primario nelle 24 tavole dei soggetti maschili

Cont. primari	H%	A%	OBJ%	ARC%	SIG%	AST%	NAT%	BOT%	Altro
N.	23	8	70	32	32	8	8	9	7*
%	0,12	0,04	0,36	0,16	0,16	0,04	0,04	0,05	0,04

*(3 HDS, 2 PAT, 1 ABS, 1 NUB)

Per ciascun soggetto di genere femminile, si registrano 141 fenomeni particolari, quindi in media tra i 5 e i 6 per disegno (sono inclusi anche i rifiuti parziali e globali, nonché i fenomeni particolari minori):

- la cancellazione dello stimolo (CS) è davvero molto frequente, tanto da costituire il fenomeno particolare dominante, presente in media in almeno due riquadri per ciascun disegno. Questo dato, indice di una certa ansia, può essere interpretato sia come una difficoltà ad accettare un compito nel quale non è chiaro e controllabile il risultato, sia come espressione di stanchezza dopo un colloquio intenso e la somministrazione di due altri test scritti (le eventuali correzioni) sia una esagerazione legata al fatto che si codifica per cancellazione anche minime modifiche del tratto,
- dopo la cancellazione dello stimolo, il fenomeno particolare più frequente è il bordo oltrepassato (BO), nonché l'autoriferimento (AU) presenti quasi una volta per disegno,
- talvolta si possono incontrare anche l'integrazione inadeguata (II) e la perseverazione del contenuto (PE),

- più rari sono i disegni capovolti (CR), la direzionalità opposta (DO) sebbene al riquadro 3 sia spesso presente una realizzazione che prosegue orizzontalmente.
- tre casi di stimolo interpretato (SI),
- due casi di trasparenza (TR) e altrettante realizzazioni arbitrarie (RA),
- un caso di sproporzione (SP),
- nessun caso di mancata unione (MU).

Tabella 62. Tipo e frequenza dei fenomeni particolari per le donne

AU	BO	CS	CR	DO	DI	II	MU
14	17	42	5	4	4	9	0
PE	RA	RG	RP	SI	TR	SP	Tot
9	2	2	15	3	2	1	141

Per ciascun soggetto di genere maschile, si registrano 144 fenomeni particolari, quindi in media tra i 5 e i 6 per disegno (sono inclusi anche i rifiuti parziali e globali, e i fenomeni minori):

- la cancellazione dello stimolo (CS) è davvero molto frequente, tanto da costituire il fenomeno particolare dominante, presente in media in almeno due riquadri per ciascun disegno.
- dopo la cancellazione dello stimolo, il fenomeno particolare più frequente è l'autoriferimento (AU) presente quasi una volta per disegno,
- talvolta si possono incontrare anche il bordo oltrepassato (BO), l'integrazione inadeguata (II), la perseverazione del contenuto (PE) e la realizzazione arbitraria (RA),
- più rari sono i disegni capovolti (CR), la direzionalità opposta (DO) sebbene al riquadro 3 sia spesso presente una realizzazione che prosegue orizzontalmente,
- un solo caso di mancata unione (MU),
- un solo caso di stimolo interpretato (SI),
- un solo caso di trasparenza (TR),
- nessun caso di sproporzione (SP).

Tabella 63. Tipo e frequenza dei fenomeni particolari per gli uomini

AU	BO	CS	CR	DO	DI	II	MU
19	8	0	5	3	2	7	1
PE	RA	RG	RP	SI	TR	SP	Tot
8	7	2	10	1	1	0	144

A questi si aggiungono come fenomeni minori:

a) per gli uomini (19)

- 9 disegni piccoli,
- 4 risposte oppure,
- 3 risposte prospettiche,
- 3 disegni grandi;

b) per le donne (13)

- 6 disegni piccoli,
- 3 risposte oppure,
- 1 risposte prospettiche,
- 3 disegni grandi.

Per le donne le risposte impulso sono appena 3, rare quanto i movimenti primari (appena 2 di tipo Mme). Quelli secondari sono quindici, soprattutto movimenti indeterminati e espressioni fisionomiche.

Per gli uomini sono 3 le risposte impulso, i movimenti primari sono appena due (1 Mme e 1 Mie) e quelli secondari sono 10, anche in questo caso.

In sintesi, quindi, il numero di fenomeni particolari non si modifica molto in base al genere e le uniche differenze risiedono in una riduzione dei bordi oltrepassati ma un aumento della realizzazione arbitraria più frequente nei maschi.

Al di là di questa descrizione degli indici, laddove possibile, i parametri del test sono stati sottoposti ad analisi statistica con SPSS 18.0 seguendo anche le indicazioni riportate nell'articolo di Daini et al. (2007).

Sono state, infatti, condotte le analisi della varianza, di tipo IV (S24 F è

assente) e laddove i gruppi fossero almeno tre, è stato calcolato anche il confronto post hoc:

- 1) MANOVA per i primi tre fattori, CE+%, F+% e A+%¹¹⁹,
- 2) ANOVA per gli altri perché A/F deriva da A e F, ITI1 è la somma di II e IA, infine, c'è anche ITI2, quale rapporto tra il numero di scelte e compensazioni positive da un lato e le altre opzioni dall'altro.

Le variabili indipendenti sono nell'ordine:

- diagnosi (sterilità maschile, femminile o sconosciuta)
- sesso (M e F)
- PMA (presenza di esperienze di inseminazione o fecondazione assistita)
- aborto (precedenti esperienze abortive)
- età (categorizzata in quattro fasce)
- studio (scuola dell'obbligo, licenza superiore o diploma, laurea)

Si è cercato anche di verificare l'effetto congiunto di alcune variabili indipendenti significative.

- diagnosi * sesso
- diagnosi * età
- diagnosi * studio

Le analisi statistiche danno risultati significativi per i singoli fattori ma l'interazione pur fornendo un modello significativo non permette di discriminare i singoli effetti.

Si riportano di seguito in modo dettagliato soltanto i risultati relativi ai primi tre indici, per la loro importanza

Nel dettaglio, per la MANOVA relativa ai primi tre indici, che sono fondamentali nell'analisi del test.

¹¹⁹ Ricavati sommando rispettivamente i punteggi del carattere evocativo, della qualità formale e della qualità affettiva di ciascun riquadro, dividendo per otto e moltiplicando per 100.

Tabella 64. F di Fisher e probabilità per la MANOVA di ciascun fattore sui tre indici

	CE%	QA%	QF%
Diagnosi	425.899 (.000)	358.385 (.000)	168.264 (.000)
Genere	550.720 (.000)	574.583 (.000)	264.077 (.000)
Età	295.850 (.000)	306.228 (.000)	125.766 (.000)
Titolo di studio	386.43 (.000)	376.112 (.000)	185.515 (.000)
Aborto	550.191 (.000)	548.784 (.000)	257.527 (.000)
PMA	543.746 (.000)	556.872 (.000)	255.457 (0.000)

Il modello della MANOVA risulta significativo per ciascuna variabile indipendente su tutti e tre gli indici e in particolare,

- Per la diagnosi, la sterilità maschile ha punteggi sempre inferiori ma con una variabilità nettamente superiore e, come si evince dai confronti post-hoc, si differenzia da quella femminile (differenza: 17.01, $p < 0.05$) e dalla condizione di incertezza (differenza: 8.89, $p < 0.05$) in particolare per il CE%.

Tabella 65. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto alla diagnosi

diagnosi		Media	DS
CE+%	STERILITÀ SCONOSCITA	70,00	12,103
	STERILITÀ MASCHILE	61,11	15,541
	STERILITÀ FEMMINILE	78,13	10,270
	Totale	67,73	14,226
A+%	STERILITÀ SCONOSCITA	62,25	13,194
	STERILITÀ MASCHILE	60,76	14,349
	STERILITÀ FEMMINILE	62,50	7,906

	Totale	61,73	12,925
F+%	STERILITÀ SCONOSCITA	69,42	18,288
	STERILITÀ MASCHILE	66,35	26,800
	STERILITÀ FEMMINILE	72,17	12,720
	Totale	68,63	21,031

- Per il genere, gli uomini hanno punteggi più elevati sia per il CE% sia per il QA% ma la tendenza si inverte significativamente per il QF%. Inoltre, osservando le medie di uomini e donne, si nota come la qualità formale assume punteggi bassi rispetto alla norma (F+% >80).

Tabella 66. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto al genere

	sezzo	Media	DS
CE+%	F	66,15	13,658
	M	69,25	14,869
	Totale	67,73	14,226
A+%	F	61,46	13,751
	M	62,00	12,359
	Totale	61,73	12,925
F+%	F	72,31	19,197
	M	65,09	22,469
	Totale	68,63	21,031

- Per il titolo di studio, i punteggi sono inferiori sempre, nel caso di un livello di scolarità inferiore.

Tabella 67. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto al titolo di studio

titolo di studio		Media	DS
CE+%	ELEMENTARI E MEDIE	63,35	16,056
	LICEO	71,25	12,889
	LAUREA	71,43	7,953
	Totale	67,73	14,226
A+%	ELEMENTARI E MEDIE	59,38	13,604
	LICEO	62,19	12,413
	LAUREA	67,86	11,653
	Totale	61,73	12,925
F+%	ELEMENTARI E MEDIE	61,58	25,771
	LICEO	74,06	14,661
	LAUREA	75,26	14,189
	Totale	68,63	21,031

- Per l'età, categorizzata in fasce, come indicato in tabella, in particolare, i post-hoc rivelano differenze significative per le persone più anziane che si distinguono dai più giovani nel carattere evocativo (differenza: 14.17, $p < .05$) e dai trentenni (31-36 anni) per la qualità affettiva (differenza: 11.49, $p < .05$).

Tabella 68. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto all'età

età categorizzata		Media	DS
CE+%	20-30	61,46	14,060
	31-36	68,38	14,736
	37-42	66,25	12,219
	44-60	75,63	13,324
	Totale	67,73	14,226
A+%	20-30	63,02	14,708
	31-36	55,51	9,853
	37-42	65,00	14,494
	44-60	67,50	10,945

	Totale	61,73	12,925
F+%	20-30	66,19	29,147
	31-36	68,75	21,079
	37-42	65,42	17,044
	44-60	74,55	13,483
	Totale	68,63	21,031

- Per la storia di aborto, il punteggio è inferiore e più variabile per i soggetti senza esperienze abortive ma solo per il carattere evocativo.

Tabella 69. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto alla diagnosi

aborto		Media	DS
CE+%	NO	66,79	15,663
	SI	70,09	9,860
	Totale	67,73	14,226
A+%	NO	62,14	13,553
	SI	60,71	11,610
	Totale	61,73	12,925
F+%	NO	69,76	20,669
	SI	65,79	22,442
	Totale	68,63	21,031

- Per la storia di PMA, infine, la qualità affettiva è superiore nelle persone che non hanno esperienza di fecondazione assistita mentre gli altri due indici hanno simili medie ma variabilità molto diverse: nel caso di persone con una storia di tentativi falliti alle spalle, infatti, la qualità formale cambia molto da soggetto a soggetto. Risultato opposto per il carattere evocativo, che per questi soggetti è meglio rappresentato dal valore medio.

Tabella 70. Statistiche descrittive dei tre parametri rispetto alla diagnosi

PMA		Media	DS
CE+%	NO	67,74	15,764
	SI	67,71	8,357
	Totale	67,73	14,226
A+%	NO	62,67	13,541
	SI	58,85	10,812
	Totale	61,73	12,925
F+%	NO	68,52	19,812
	SI	68,94	25,405
	Totale	68,63	21,031

Inoltre, l'unico risultato significativo nell'interazione tra variabili è il fatto che quando si considerano contemporaneamente sia il genere sia la diagnosi, gli uomini hanno punteggi inferiori nel carattere evocativo laddove la diagnosi li riguarda in prima persona ($F = 4.412, p < .05$).

Per gli altri indici, i risultati ricalcano in parte quelli già evidenziati nella MANOVA, nella differenza sia tra la sterilità maschile e le altre, sia tra le persone più grandi di età e le più giovani, sia per i soggetti con scolarità più bassa e gli altri.

L'Ordine di Esecuzione, inoltre, sottoposto a *consensus ranking*, valutazione dell'ordinamento di consenso che attribuisce matematicamente un valore via via inferiore agli oggetti di un gruppo (in questo caso gli otto riquadri) a seconda dell'ordine di scelta e dunque di preferenza indicato dai soggetti, ha permesso di individuare dei profili di personalità a seconda del tipo di diagnosi.

Nel caso di diagnosi incerta, il consensus ranking dei riquadri è 2 -1 - 3 - 8 - 4 - 5 - 6 - 7.

Nel caso di diagnosi di sterilità maschile, il consensus ranking dei riquadri è 1 - 2 - 8 - 3 - 6 - 5 - 4 - 7.

Nel caso di diagnosi di sterilità femminile, il consensus ranking dei

riquadri è 1 - 3 - 2 - 8 - 7 - 4 - 5 - 6.

In generale, si osserva sia che l'ordine è sempre personalizzato, sia come indipendentemente dalla diagnosi, il riquadro 6 sia sempre tra le ultime scelte dei soggetti, anche se è considerato parte dell'Area dell'Io perché teso soprattutto a indagare la capacità del razionale esame di realtà. Al contrario, invece, il riquadro 2, che è parte dell'Area dell'Es, perché indaga il rapporto con il materno, è sempre tra le prime scelte dei soggetti.

I soggetti, dunque, cominciano a eseguire il test di Wartegg a partire dalla presentazione di sé (riquadro 1) ma questo risulta leggermente più difficile nel caso di una difficoltà procreativa ancora senza una diagnosi chiara (se la sterilità è incerta, il riquadro 1 è in seconda posizione). Risulta poi più facile descrivere le energie investite nella vita quotidiana e i rapporti con gli altri come con il materno, che non è tra le primissime preferenze solo nel caso di una sterilità inspiegata/femminile. Il rapporto con il paterno, invece, non è mai facile da descrivere ma lo è ancor di meno nel caso di una diagnosi d'infertilità che riguardi l'uomo. La sessualità, messa a dura prova dal desiderio inappagato di un figlio, è l'ultima scelta in caso di sterilità incerta o maschile mentre questo vale per la gestione dell'aggressività e l'esame di realtà laddove la diagnosi sia di infertilità femminile.

Infine, il rapporto tra ITI1 e ITI2 permette di collocare i soggetti in un quadrante in un'area di spazio cartesiano così da sintetizzare le loro caratteristiche di personalità. La maggior frequenza di soluzioni che collocano le donne nel quadrante A e nell'area γ e gli uomini nel quadrante B e nell'area β , fa pensare che le prime per quanto mostrino normali capacità di relazione con l'ambiente e adeguamento al pensiero comune abbiano anche immaturità e dipendenza, fonti di conflittualità interna, per cui risultano spesso iperadattate e compiacenti, contro la loro volontà più o meno consapevole. I secondi, invece, evidenziano sempre una descrizione emotiva di sé decisamente più povera per cui il disagio sembra assente o semplicemente non ne sono consapevoli tanto che la partecipazione affettiva agli eventi risulta assente o di natura esclusivamente operativa.

Conclusioni

A trent'anni ormai dalla nascita di Louise Brown, la prima bambina in provetta e a poche settimane dall'assegnazione del Nobel per la medicina al suo padre putativo, Robert Edwards, comprendere più a fondo le dinamiche intrapsichiche e relazionali di una coppia che si rivolge a un centro per la cura della sterilità, è stato insieme suggestivo e degno di attenzione ma anche complesso, laddove la chiave di lettura di stampo psicoanalitico problematizza (umanizza) la certezza dogmatica nella fede scientifica e non rende più possibile un rapporto lineare di causa ed effetto tra difficoltà psicologiche e sintomo del corpo. La cornice teorica ha favorito contemporaneamente la riflessione sul difficile rapporto con la medicina e la messa in discussione del lavoro dello psicologo che troppo spesso appropria le coppie considerandole automaticamente problematiche quando non patologiche. Tutto questo ha permesso di strutturare una ricerca empirica che approfondisse il vissuto della coppia sotto molteplici punti di vista. L'analisi ha restituito il senso di sospensione che provano le coppie all'inizio di un percorso dagli esiti incerti, che non permette di attribuire tratti definiti al figlio desiderato né superare l'interruzione della relazione di coppia. È una cesura rispetto alla vita precedente, intesa sia come il periodo di fidanzamento sia come rapporto genitore-figlio, l'unico nel racconto capace di colorarsi di sfumature tenere e confusive.

Le preoccupazioni attuali rendono diverse coppie aggressive e arrabbiate, come di un'ingiustizia subita che paradossalmente da un lato li lascia impotenti e dall'altro li costringe a agire alla ricerca di una cura risolutiva. Di conseguenza, mentre chi non conosce ancora la diagnosi ha stati d'animo più positivi e densi di speranza, col passare del tempo e delle esperienze negative, il tono affettivo della coppia si fa più cupo, anche se gli uomini hanno maggior difficoltà a esprimerlo, quando non assume toni maniacali,

come se fosse ormai impossibile fermarsi.

La diagnosi ha talvolta il senso di restituire un nome contenitivo a vissuti non impulsivi ma incerti rispetto a un corpo, quest'altro sconosciuto, ancor di più nella scissione: interpretano, infatti, corpo e mente come separati, per cui la sterilità è solo organica e il coinvolgimento emotivo della somatizzazione si porrebbe ad altri livelli.

Le donne, spesso immature e dipendenti, iperadattate e compiacenti, e i loro partner, per lo più poco abituati a raccontarsi e a intervenire con una partecipazione emotiva profonda agli eventi, formano così coppie che si descrivono come sospese, bisognose di un contenimento e di uno spazio che permetta loro di continuare a crescere per coniugare aggressività e razionalità.

Che siano queste reazioni difensive al percorso di cura o difficoltà precedenti, non è dato saperlo e in fondo non importa: non si è alla ricerca di una causa, non si vuole trovare indizi che inchiodino il colpevole, ma un senso che sia il *pivot* sul quale concentrare i tentativi di un sostegno psicologico che ascolti davvero la coppia nel momento in cui creativamente riordina i fili della sua storia e, sebbene in modo fugace, dà al suo dolore una funzione intersoggettiva che chiama in causa lo psicologo come l'equipe medica e il contesto più ampio.

APPENDICE A

Il counselling psicologico

La crisi di vita conseguente una diagnosi di infertilità di coppia (Darwiche et al., 2002) è ormai riconosciuta dalla letteratura internazionale, tanto che anche la legge italiana, in particolare nelle recenti modifiche alle linee guida delle norme in tema di procreazione assistita¹²⁰ ha sottolineato l'importanza di un supporto psicologico valido ogni volta che la coppia ne senta l'esigenza, dunque in ogni fase del trattamento medico. La legge italiana 40 del 2004, infatti, consiglia ma non considera obbligatorio il sostegno psicologico alle coppie che si sottopongono a PMA, per cui si lascia all'iniziativa delle istituzioni private la fruizione di un simile servizio, con una conseguente disomogeneità degli interventi e frammentazione sul territorio nazionale. Il decreto dell'11 aprile 2008 sulle linee guida apporta una serie di modifiche sottolineando in particolare proprio la necessità di un supporto psicologico. Così, ad esempio, si legge a proposito delle attività di

¹²⁰ Nella *Premessa* alle “*Linee Guida per La Consulenza nell’Infertilità*” messa a punto dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, nel 2004, si lamentava, infatti, la scarsa attenzione che la politica italiana rivolgeva a una professione capace di incidere sul benessere dei cittadini e si citava, ad ultimo esempio, proprio la legge 40/2004 che avrebbe disatteso “*l’illustre parere, reiterato più volte, dell’Istituto Superiore della Sanità teso a sottolineare l’importanza, funzionale e strategica, che la nostra professione può e deve avere [...] in frangenti e contesti così delicati proprio per la salute emotiva [...]. Al di là delle scelte e dei contenuti, innegabilmente di valore etico, sui quali quindi il giudizio è opinabile, [...] resta il fatto di questa grave omissione, determinata probabilmente da una lontananza culturale della classe medica italiana, nell’insieme dei suoi rappresentanti parlamentari, rispetto alla cultura specifica di cui gli psicologi sono portatori, cultura peraltro ampiamente riconosciuta in questo campo in ogni altro paese civile al mondo. Gli studi ed i dibattiti in seno alla psicologia, anche italiana, che si occupa di medicina della procreazione assistita, sottolineano peraltro come solo una chiave di lettura ampia e diversificata, capace di leggere le trame psicologiche [...] ma anche delle incidenze [...] degli aspetti socio culturali sottesi all’infertilità, può [...] influenzare positivamente ed in modo significativo non solo l’assetto emotivo, affettivo e relazionale, delle persone che si rivolgono a questi centri, ma anche la funzionalità di vari organi e sistemi del corpo umano, alcuni dei quali peraltro direttamente connessi al processo riproduttivo. Se a ciò si somma, non ultima, la gravidanza di poter fornire, proprio in contesti così emotivamente delicati per l’utente, quel “valore aggiunto” specifico della [...] umanizzazione del contesto operativo, troviamo ben più di una ragione per portare avanti questa ulteriore sfida [...] tesa a modificare, migliorandola, la cultura permeante il paese*” (ibid., pp. 3-4).

“consulenza e sostegno rivolta alla coppia”: *“Ogni centro di PMA dovrà prevedere la possibilità di consulenza alla coppia e la possibilità di un supporto psicologico per la donna e le coppie che ne abbiano necessità. (in conformità al parere espresso dal CSS). L’attività di consulenza e di supporto psicologico (in conformità al parere espresso dal CSS) deve essere resa accessibile, quindi, in tutte le fasi dell’approccio diagnostico terapeutico dell’infertilità e, eventualmente, anche dopo che il processo di trattamento è stato completato.”*

Diversi centri si sono allora orientati nella strutturazione di uno sportello psicologico, di uno spazio di counselling, che sembra la modalità di intervento più adeguata laddove venga intesa come *“un’azione di aiuto che sostiene una persona in un particolare momento della propria esperienza e in relazione a problemi specifici da affrontare”* (Cecotti, 2004, p. 37).

Boivin (2006) ricorda come il primo contatto della psicologia con la medicina dell’infertilità risalga agli anni Cinquanta quando, molto in voga l’ipotesi psicogenetica, si conteneva il fallimento tecnico indirizzavano altrove i casi inspiegabili (generalmente erano coinvolte solo le donne). Le prospettive psicosomatiche, per quanto screditate, influenzarono gli obiettivi degli interventi psicologici, alla ricerca del conflitto che impediva la gravidanza (Boivin, 2006). Il tema, però, si è rivelato nel tempo molto più complesso perché il legame tra aspetti psicologici e fecondità non è né chiaro né lineare (Boivin, 2006) sia perché una tale prospettiva fa sentire il paziente sotto accusa, responsabile del proprio dolore, il che può portare a rafforzare le difese e aumentare le resistenze (Sétan et al., 2001).

Dalla fine degli anni Ottanta, la letteratura sull’argomento, anche se priva di studi longitudinali estesi, ha spostato il focus dall’indagine delle cause alla riflessione sulle conseguenze, per cui anche l’obiettivo del counselling si è modificato: la ricerca della gravidanza è stata sostituita dalla individuazione delle risorse personali e contestuali (Forni, 2009) tese al miglioramento della qualità di vita dei pazienti (Boivin, 2006).

Inoltre, con la rapida diffusione delle tecniche e la constatazione che sono

in costante aggiornamento, c'è l'esigenza che anche il supporto psicologico sia capace di stare al passo con i tempi, il che significa con i bisogni delle coppie, che, ad esempio, accedono a molte informazioni tramite internet (Boivin, 2006).

La cura dell'infertilità ha molte caratteristiche (ferita narcisistica, crisi d'identità, disistima ecc.) in comune con altri campi della medicina in cui l'assistenza psicologica ha una più lunga tradizione (l'oncologia ad esempio) ma in più prende in considerazione un obiettivo non realizzato, il bambino a venire, cercato spesso attraverso tentativi ripetuti, per cui l'investimento della coppia (e l'investimento etico dell'equipe curante) è forte e significativo (Darwiche et al., 2002).

È, però, molto complicato concretizzare un lavoro di counselling in questo ambito sia per il complicato rapporto tra psicologia e medicina sia perché è difficile riuscire ad avvicinare le coppie. Nel primo caso, ad esempio, le premesse teoriche della ginecologia sono ben lontane dalla psicologia ma è anche vero che la ginecologia probabilmente è il campo più alle prese con il paziente nella sua totalità somatopsichica (Bydlowski, 1997).

Nel secondo caso, è ormai noto che la coppia si rivolge esclusivamente al medico (Cailleau, 2006) come a certificare che il proprio problema è soltanto fisico (Bydlowski, 1997). D'altronde, il rifiuto a parlare di sé ben descrive lo stato d'animo delle coppie e dunque il contenuto del loro dolore attuale: *“La sterilità percepita dolorosamente viene espressa e vissuta come momentanea incapacità di rapporti”* (Auhagen-Stephanos, 1991, p. 28). In questo non è d'aiuto la separazione tra lo psicologo e l'equipe curante: pensare allo psicologo non come a un esperto esterno a cui indirizzare i casi difficili ma come a un membro del centro con cui parlare senza che ci sia una valutazione psicodiagnostica, permette di *sdrammatizzare* il colloquio, vedendolo come un servizio a disposizione dei pazienti, momento di incontro e una risorsa (Darwiche et al., 2002).

Le strutture che si avvalgono di una consulenza psicologica, si rivolgono

generalmente alla coppia, sebbene ancora oggi la partecipazione degli uomini sia spesso opaca (Cailleau, 2006) e sebbene nel caso in cui il disagio sia precedente la diagnosi e riguardi in modo specifico solo uno dei due partner, sia meno chiaro se un colloquio di coppia sia davvero il miglior intervento possibile (Levin e Goldman Sher, 2000). Accanto al counselling, si ricordano anche gli interventi sui gruppi, generalmente meno documentati perché di difficile realizzazione.¹²¹ La terapia, infine, individuale o di coppia è essenzialmente rara, anche se sembra avere effetti positivi (Wischmann, 2003): gli esempi di uno studio austriaco e di una ricerca in Israele, descritti da S. Invitto (2008), riportano percentuali di gravidanza più alta per le coppie che usufruiscono del trattamento terapeutico probabilmente per i benefici della possibilità di contenere lo stress dell'iter medico spostando l'attenzione su una situazione simbolicamente più interna.

La possibilità di un vero approfondimento terapeutico capace di indagare il proprio mondo interno e simbolico, il lutto del desiderio di figlio, la qualità del rapporto di coppia, ha però bisogno di tempo e necessita essenzialmente della maggiore conoscenza del funzionamento mentale del paziente nonché la qualità del rapporto transferenziale (Sétan et al., 2001).

Per avere una conoscenza approfondita di tutti gli aspetti legati alla consulenza per l'infertilità, si rinvia alle *Linee Guida* messe a punto nel 2004 dal Gruppo di Lavoro sulla Psicologia della Procreazione Assistita dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, che ha adattato alle condizioni italiane il testo messo a punto dall'European Society of Human Reproduction and Embriology.¹²² Qui si sottolinea, in linea generale, che dal punto di vista cognitivo, lo psicologo lavora sulla riduzione e il trattamento

¹²¹ Si distinguono gruppi di auto-aiuto da gruppi guidati da un esperto, non tanto per i temi trattati quanto per la loro gestione: infatti, in entrambi i casi, si esce dal senso di isolamento vergogna e stigmatizzazione, ci si sente soggetti culturali (Cecotti, 2004), condividendo la stessa esperienza e scambiando, in un ambiente confidenziale, informazioni e dettagli che non si osa chiedere ai medici, troppo impegnati a fornire informazioni eccessivamente tecniche. La presenza di un esperto, però, può mettere in campo strumenti specifici che aiutino ad andare più in profondità, ad esempio, nella riflessione sulle dinamiche stesse che si attivano nel gruppo (Thorn, 2004a; b).

¹²² Consultabile all'indirizzo internet http://www.psy.it/documenti/linee_guida/Consulenza%20Psicologica%20nell'Infertili.pdf

dell'ansia, sul miglioramento del rapporto e della comunicazione di coppia, sulla semplificazione nel prendere decisioni perché la consapevolezza aiuta i pazienti a fare scelte che rispecchiano meglio le loro preferenze e interessi, riducendo la probabilità che si abbandoni a metà il percorso intrapreso (Boivin, 2006).

Gli obiettivi del counselling si differenziano a seconda del momento dell'iter in cui lo psicologo è chiamato ad operare: se è dimostrato l'effetto positivo del suo intervento già all'inizio del percorso (Levin e Goldman Sher, 2000), in questa fase ciò che è essenziale, è permettere alla coppia di comprendere quello che succede, per contenere le reazioni negative alla diagnosi e la frustrazione del carico medico (Quattrini et al., 2009), sia fornendo loro informazioni chiare sull'infertilità e la procreazione medicalmente assistita, sia permettendo di riflettere sul significato attribuito al desiderio di un figlio e alla genitorialità.

In un secondo momento, la possibilità di accedere alle tecniche assistite induce nelle coppie reazioni maniacali di ottimismo esagerato, per cui l'intervento dello psicologo è teso a sostenere la speranza della coppia ma in una dimensione più realistica, ad esempio, ricordando i rischi e le probabilità di insuccesso e cercando di capire il senso e le reazioni a quest'eventualità (Quintili e Lupoli, 2009).

La ricerca delle risorse a disposizioni sia contestuali sia personali risulta essenziale in tutto l'iter e in particolare nella fase di attesa dei risultati di una tecnica di fecondazione assistita, è necessario riuscire a creare un clima di coppia che faciliti il sostegno reciproco. Tra l'intervento e la certezza di una gravidanza tramite prelievo di sangue e ecografie ci sono, infatti, due settimane, cariche di tensione, dove solitamente la coppia è lasciata a sé ma l'impossibilità di affidarsi ciecamente alle proprie speranze crea spesso la condizione opposta nella quale domina la scissione tra mente e corpo (Quintili e Lupoli, 2009). Infine, qualunque sia l'esito, bisogna decidere cosa fare: nel caso di un fallimento, lo psicologo offre uno spazio per l'elaborazione del lutto e in cui poter decidere cosa fare, se continuare o

orientarsi verso nuovi obiettivi. Nel caso di un successo, infine, c'è comunque la possibilità di contare su un supporto per tutta la gravidanza che attivi capacità genitoriali, aiuti a anticipare i futuri cambiamenti e insieme dia voce anche alle naturali inquietudini e ambivalenze della parentalità.

APPENDICE B
*La legge italiana 40/2004
e successive modifiche*

Il disegno di legge italiana in materia di procreazione medicalmente assistita è stato un obiettivo a lungo perseguito e raggiunto con una maggioranza trasversale (Righetti et al., 2009) ma senza un ampio consenso (Cecotti, 2004). Tale disegno, approvato dalla Camera dei deputati nel 1999 e dal Senato l'11 dicembre 2003, è entrato in vigore il 19 febbraio dell'anno successivo come legge 40/2004, "*Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*". Si divide sostanzialmente in due parti, la prima relativa ai limiti entro i quali è consentita la fecondazione artificiale e le relative sanzioni penali e amministrative per la loro trasgressione, il secondo a proposito della disciplina dei rapporti di filiazione conseguenti.

In sintesi, come spiegano in modo chiaro e sintetico Righetti et al. (2009), l'accesso alle tecniche è possibile solo in caso di sterilità e infertilità documentate da certificato medico e non altrimenti risolvibile, il che significa che non può dipendere solo dal desiderio individuale (art. 1, c. 1-2, art. 4). Inoltre, possono accedere alle tecniche solo coppie di maggiorenni, di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile e entrambi viventi (art. 5). Logica conseguenza che siano esclusi i single, gli omosessuali, la fecondazione post-mortem o la procreazione in età non potenzialmente fertile come le donne in menopausa (Righetti et al., 2009).

È vietato il ricorso a tecniche di procreazione assistita di tipo eterologo (art. 4, c. 3): non è ammesso che un figlio nato con tecniche di procreazione assistita in Italia non abbia il codice genetico di entrambi i genitori.

Per accedere alle tecniche, è necessario il consenso informato scritto di entrambi i coniugi e del medico responsabile della struttura sanitaria e la

coppia ha un tempo di almeno una settimana per poter revocare la propria volontà. Una volta prodotti gli embrioni, però, è obbligatorio l'impianto entro sette giorni dalla fecondazione nel caso di tecniche in vitro (art. 6, c. 1-3).

La legge impone che nel caso della fecondazione in vitro, si debbano produrre il solo numero di embrioni strettamente necessario (al massimo tre) in modo che siano pronti per un unico e contemporaneo impianto. Questo limite automaticamente evita la crioconservazione degli embrioni, ammessa solo nel caso in cui l'embryo-transfer non sia possibile a causa del momentaneo stato di salute della donna o di sopraggiunte difficoltà non immaginabili al momento della fecondazione (art. 14, c. 1-2-3).

I bambini nati con le tecniche PMA sono figli legittimi riconosciuti dalla coppia: sono quindi vietati sia l'anonimato della madre sia il disconoscimento di paternità (art. 9, c. 1-2).

In quanto soggetto dotato di diritti, l'embrione è tutelato dalla Legge e all'articolo 13 si vietano l'utilizzo di embrioni umani a fini di ricerca e sperimentazione, qualunque forma di selezione a scopo eugenetico, le manipolazioni del patrimonio genetico, la clonazione e la diagnosi pre-impianto.

Il 30 aprile del 2008 sono state introdotte delle modifiche alle *Linee Guida* della Legge 40/2004, che accanto al riconoscimento di un adeguato supporto psicologico alla coppia, estendono la possibilità di ricorrere alle tecniche anche alle coppie in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili e aprono alla possibilità della diagnosi pre-impianto, che i centri però rifiutano di fare sia perché la Legge non è ancora chiara sia perché su un numero limitato di embrioni (tre al massimo per tentativo), l'esame sarebbe inefficace.

Il primo aprile del 2009, la Corte Costituzionale con sentenza n. 151 ha dichiarato illegittimo l'art. 14, c. 2 della Legge 40/2004, laddove si legge che si deve provvedere all'impianto unico e contemporaneo di tre embrioni al massimo, il che in parte porta alla possibilità di un numero variabile di

embrioni, prodotti a seconda della necessità del caso, e in parte deroga anche sulla crioconservazione.

Infine, il 13 gennaio 2010, il Tribunale di Salerno ha autorizzato l'accesso alla fecondazione assistita con diagnosi genetica pre-impianto ad una coppia fertile, che però, rischia concretamente di procreare figli affetti da gravi malattie.

I dibattiti sono evidentemente ancora molto forti in materia, anche perché si scontrano spesso esigenze diverse e la pressione degli ambienti religiosi cattolici è innegabile.

Anche se non interrogate in merito, le coppie si esprimono spontaneamente a proposito della legge 40/2004, sostenendo che per quanto soddisfatte di una regolamentazione che renda il lavoro dei centri trasparente, restano critiche rispetto all'obbligo di impianto di tre embrioni, all'impossibilità della diagnosi pre-impianto e al divieto dell'eterologa (Mayorga, 2007). Questi, d'altronde, sono anche i motivi principali che negli ultimi anni hanno favorito la crescita esponenziale del cosiddetto *turismo procreativo*: si tratta di viaggi della speranza, dell'incessante flusso migratorio che spinge le coppie in cerca di un figlio a spostarsi verso quei Paesi stranieri, soprattutto Spagna, in cui le leggi sono meno restrittive rispetto a quelle italiane. Sono solitamente coppie che, per esempio, consapevoli della possibile trasmissione di anomalie genetiche, si rivolgono ai centri in cui è possibile la diagnosi prima dell'impianto, così da scongiurare rischi e l'eventualità di dover ricorrere successivamente all'aborto volontario; ci sono, inoltre, i casi di azoospermia, che non sarebbero trattabili in Italia, rifiutando la possibilità di un donatore esterno. Ancora, ci si rivolge a quei Paesi in cui è consentita la donazione di ovuli, per il trattamento di certe sterilità femminili o per la ricerca della maternità anche dopo la menopausa, oppure in cui è legale la crioconservazione degli embrioni, in modo tale da evitare che la donna venga ogni volta sottoposta a trattamento ormonale. Infine, gli omosessuali sono costretti a rivolgersi all'estero perché in Italia non è consentito loro l'accesso alla fecondazione

assistita. D'altronde, *“mentre negli altri Paesi Europei e negli Stati Uniti si assiste ad un continuo miglioramento delle performance delle tecniche di PMA con una graduale, costante diminuzione delle principali complicanze (in particolare quelle legate alle gravidanze multiple) l'Italia, in seguito alla legge 40/2004, è in netta controtendenza e non evidenzia alcun passo avanti”* (Franco, 2009, p. 164). I costi da sostenere sono, però, notevoli ma solitamente non rimborsati, a differenza delle spese di altri trattamenti sanitari, per cui la Legge italiana ha finito per sfavorire le fasce deboli che non possono sostenere queste spese. Per le altre, invece, nascono agenzie specializzate che propongono pacchetti viaggio tutto incluso, dove unire un viaggio all'estero alla speranza di successo nella procreazione assistita (Piperno, 2009).

APPENDICE C

*Aspetti medici della sterilità e
della procreazione assistita*

Per comprendere le definizioni mediche di sterilità, infertilità, ecc. e le tecniche di fecondazione assistita, è necessario un breve richiamo alla fecondazione naturale, processo che in una coppia giovane ha una probabilità del 20% circa di verificarsi a ogni rapporto (Borini, 2008; Righetti et al., 2009), e che si completa in circa 12 ore (Isimbaldi e Bombelli, 2005) e le cui fasi prevedono (Testart, 1993):

1) Durante un rapporto sessuale, solitamente rapido (all'incirca dieci minuti), il passaggio degli spermatozoi contenuti nel liquido seminale eiaculato e deposto sul fondo della vagina, lungo le cavità uterine risalendo fino alle tube (tale percorso li decimerà, per cui alla fine solo poche centinaia raggiungeranno l'ovocita),

2) l'incontro tra il singolo spermatozoo e l'ovocita maturo rilasciato nella tuba di Falloppio,

3) la fusione dei loro citoplasmi per la formazione dello zigote, o embrione unicellulare, che si accrescerà per divisione mitotica,

4) la successiva differenziazione delle cellule in modo da costituire sia i diversi organi del feto in crescita sia gli annessi fetali che ne permetteranno la sopravvivenza attraverso l'annidamento nella mucosa del corpo uterino (Isimbaldi e Bombelli, 2005). La condizione potenziale che caratterizza il primo sviluppo embrionale, ha fatto sorgere una serie di discussioni etiche, mai risolte, sull'origine della vita (Giuda, 2000).

La sterilità è una problematica che coinvolge secondo l'OMS il 15-20% delle coppie nei Paesi industrializzati, spiegabile in base a diversi fattori: età

della donna,¹²³ malattie a trasmissione sessuale, stress e abitudini nocive come alcool e fumo o scorrette come nell'alimentazione, ad esempio nei drastici e frequenti cambi ponderali (Levi Setti, 2008), ritmi irregolari, inquinamento ambientale e fattori psicologici (Carrère-D'Encausse e Cymes, 2006; Invitto, 2008). Sebbene costituisca un problema di coppia, si distinguono fattori di sterilità maschile e femminile che ripercorrono le tappe di formazione e incontro dei gameti per capire a quale livello ci possa essere un problema.

Come spiegano esaurientemente Righetti et al. (2009), a proposito dei fattori responsabili della sterilità maschile, ad esempio, ci possono essere disfunzioni ormonali a livello di ipotalamo, ipofisi e ai testicoli, per motivi genetici o contingenti. Si verificano allora tramite i dosaggi ormonali, prescritti però solo in caso di grave oligospermia. Se gli ormoni regolano adeguatamente l'attività dell'apparato genitale, allora la difficoltà potrebbe essere locale, nella produzione degli spermatozoi: i problemi testicolari possono essere congeniti (malformazioni, blocco del flusso di sangue), legati a orchite (infiammazione) o a situazioni passate (parotite, chemioterapie o radioterapie, tossicodipendenza, Carrère-D'Encausse e Cymes, 2006), ma soprattutto a varicocele.¹²⁴ Talvolta si citano anche abiti e biancheria intima aderente, posture e atteggiamenti inadeguati o particolari professioni che espongono la zona pubica ad alte temperature (Bartolucci, 2008). Infine, laddove anche questo aspetto può essere escluso, si può pensare che il problema sia post-testicolare, nel trasporto degli spermatozoi verso l'esterno, quali ostruzioni dei dotti (se la biopsia verifica la presenza dei gameti nei testicoli) o difficoltà di erezione e/o di eiaculazione (Righetti

¹²³ L'età è un fattore di infertilità in sé ma non vale solo per la donna, infatti, anche l'età dell'uomo influenza sebbene solo in parte: a parte l'andropausa, che riduce i livelli degli ormoni sessuali, anche gli spermatozoi invecchiano, diminuendo le possibilità di successo e aumentando il tasso di anomalie (Benaglia, 2008).

¹²⁴ Dilatazione delle vene testicolari, più frequente a sinistra per motivazioni morfologiche (Colpi, 2008), a causa di una debolezza delle pareti venose e ad un malfunzionamento delle valvole, per cui il reflusso e ristagno di sangue aumenta la temperatura locale e la dimensione delle vene e comporta una cattiva ossigenazione dei tessuti e una riduzione del numero e della motilità degli spermatozoi. È una patologia che interessa dal 4 al 22% della popolazione generale ma, riferendosi ai soggetti affetti da sterilità, la sua incidenza raggiunge anche il 39% (Bartolucci, 2008).

et al., 2009), a causa di tumori, infezioni o problemi congeniti.

Per la sterilità femminile, invece, si può impedire il passaggio degli spermatozoi (problema cervicale),¹²⁵ oppure ci possono essere disfunzioni ormonali o locali che alterano la produzione dell'ovulo (fattori ovarici),¹²⁶ o difficoltà all'apparato femminile che impediscono la gravidanza come endometriosi,¹²⁷ polipi (piccoli tumori benigni), problemi tubarici¹²⁸ o uterini¹²⁹ (Righetti et al., 2009).

Il primo contatto con un centro di cura della sterilità di coppia prevede solitamente un colloquio iniziale per la raccolta di informazioni sull'anamnesi familiare e sulla storia riproduttiva e sessuale dei due partner, che a volte può assumere l'aspetto di un vero e proprio interrogatorio (Carrère-D'Encausse e Cymes, 2006), seguita da un esame obiettivo, una visita iniziale e approssimativa, di solito solo ginecologica.¹³⁰

Segue l'elenco degli esami da svolgere per giungere a una diagnosi e dunque alla decisione dell'intervento successivo.

Per l'uomo, è solitamente sufficiente uno spermioγραμμα per analizzare le caratteristiche fisico-chimiche del liquido seminale (volume, PH, concentrazione, motilità e morfologia dei gameti, ecc.), prelevato solitamente attraverso masturbazione (Testart, 1993), preferibilmente direttamente nel laboratorio delle analisi e dopo 3-5 giorni di astinenza dai rapporti sessuali (Bartolucci, 2008). Se lo spermioγραμμα rivela delle

¹²⁵ Può contribuire a ridurre la fertilità femminile, laddove la cervice produce un muco che danneggia gli spermatozoi. Si interviene di solito con antibiotici o farmaci ormonali e si verifica con un Post Coital Test (PCT), effettuato prelevando il muco durante la fase pre-ovulatoria, a nove ore da un rapporto sessuale successivo a un'astinenza di 2-5 giorni (Righetti et al., 2009).

¹²⁶ I disordini dell'ovulazione si manifestano o con irregolarità del flusso mestruale o con amenorrea. L'anovulazione cronica, ad esempio, è spesso causata dalla sindrome dell'ovaio policistico o dalla malattia del follicolo luteinizzato, meno nota (Righetti et al., 2009).

¹²⁷ Malattia cronica e complessa, tanto più che resta tuttora un enigma (Righetti et al., 2009), consiste nella presenza anomala del tessuto che riveste la parete interna dell'apparato genitale femminile, provocando sanguinamenti interni, simili a quelli del flusso mestruale, con conseguenti infiammazioni croniche, tessuto cicatriziale e aderenze, tutti capaci di impedire una gravidanza, i primi ostacolando l'impianto dell'embrione, gli altri danneggiando gli organi in modo meccanico (Levi Setti, 2008).

¹²⁸ Molto diffusi nei casi di sterilità (1 caso su 3 ca), vengono individuati attraverso indagini invasive (isterosalpingografia ad esempio) e curati con la microchirurgia che comunque comporta dei rischi (Righetti et al., 2009).

¹²⁹ Miomi, polipi o malformazioni, ad esempio, utero setto, individuate tramite isteroscopia, possono impedire il normale impianto dell'embrione comportando aborti spontanei (Righetti et al., 2009).

¹³⁰ Dati tratti soprattutto dal sito: www.cercounbimbo.net

anomalie, si tende a ripeterlo dopo qualche mese in quanto la produzione di spermatozoi richiede circa due mesi e mezzo, dunque si aspetta il “ricambio” per le analisi per avere la certezza di un problema non transitorio (Carrère-D’Encausse e Cymes, 2006). Laddove non bastasse, si può procedere a approfondimento delle indagini sullo sperma, a ecografia, biopsia o dosaggi ormonali.

Per la donna, invece, si monitora innanzitutto l’ovulazione, attraverso la temperatura basale¹³¹ e l’ecografia pelvica trans-addominale (sonda passata sulla pancia) o trans-vaginale (sonda introdotta nella vagina), ripetuta più volte nell’arco di un ciclo.

Ci sono poi accanto ai dosaggi ormonali e alla biopsia:

- l’isteroscopia (ISC): consiste nell’ispezione visiva della cavità uterina mediante una sonda introdotta per via vaginale. Contestualmente può essere fatta anche una biopsia dell’endometriosi (Righetti et al., 2009).

- l’isterosalpingografia (ISG): è considerata fondamentale per l’indagine delle condizioni delle tube e della cavità uterina anche se talvolta poco affidabile. Nella fase tra la fine delle mestruazioni e l’ovulazione, si inietta nell’utero un liquido opaco ai raggi X, in modo che attraverso le successive radiografie sia possibile visualizzare la condizione dell’apparato femminile. È un esame invasivo e fastidioso ma dura poco e non richiede l’anestesia anche se prevede a volte un antidolorifico.

- la laparoscopia (LS): avviene in anestesia generale della durata di circa 20 minuti, perché invasiva (Marabelli, 2008) e al risveglio si può sentire dolore o perdere sangue; può associarsi a un intervento chirurgico e consiste nell’introduzione di un piccolo telescopio tramite mini-incisione nella zona dell’ombelico, così da esplorare la cavità addominale precedentemente preparata attraverso l’introduzione di anidride carbonica (Righetti et al., 2009). Le immagini trasmesse a un monitor permettono di visualizzare non solo l’utero ma tutti gli organi pelvici e addominali.

¹³¹ Ogni mattina, alla stessa ora e prima di alzarsi dal letto, la donna rileva la sua temperatura vaginale e la riporta su un grafico che a fine mese disegna la curva termica (Righetti et al., 2009).

- la cromosalpingoscopia: serve a valutare se le tube sono aperte. Consiste nell'iniettare nell'utero e nelle tube un liquido colorante (il blu metilene) per valutarne il passaggio nella cavità addominale. Il test può essere eseguito nel corso di una laparoscopia, visto che prevede l'anestesia generale.

- l'esame del muco cervicale.

Una volta eseguiti gli esami, i risultati possono aiutare a capire qual è l'origine delle difficoltà procreative e come intervenire. Si può decidere per la cura farmacologica (problemi al muco cervicale), per l'intervento chirurgico (varicocele o endometriosi) e/o tentare con una tecnica di procreazione medicalmente assistita, o PMA (Giuda, 2000).

La relazione presentata nel 2010 al Parlamento Italiano, dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sullo stato di attuazione della legge 40/2004 in materia di Procreazione Medicalmente Assistita, stima che le tecniche di PMA abbiano una probabilità di successo per tentativo intorno al 15-20%¹³² (Invitto, 2008), quindi non molto diverso dalla percentuale di

¹³² Dall'attività svolta nel 2008 dai 354 centri italiani autorizzati alla cura della sterilità di coppia, sparsi sul territorio nazionale (un decimo solo in Campania che costituisce la terza regione italiana per numerosità delle strutture in quest'ambito, dopo Lombardia e Lazio), emerge che su quasi 60.000 coppie trattate (quasi 80.000 cicli), sono state ottenute più di 12.000 gravidanze, alcune delle quali problematiche (casi di gemellarità), o a rischio per la salute e la sopravvivenza del neonato. Di queste, sono state perse al follow-up il 15% circa. In generale, la percentuale di gravidanza ottenuta sul totale dei cicli iniziati si aggira intorno al 10,9% per tecniche di primo livello e 20,1% per tecniche di secondo e terzo livello. Si sono registrate oltre 10.000. Gli esiti negativi (aborti) e le malformazioni riguardano rispettivamente oltre il 20% e meno dell'1% delle gravidanze monitorate. Si hanno gestazioni gemellari nel 10,6% per le tecniche di I livello e nel 21% per tecniche di II e III livello, per non parlare dei trigemini o dei parti quadrupli.

Come spiega La Rochebrochard (2003), è difficile misurare il tasso di successo della procreazione medicalmente assistita. Generalmente, infatti è la stima del rapporto tra il numero di gravidanze ottenute sul totale dei tentativi, però la misurazione include accanto alle coppie che non avrebbero mai potuto concepire senza la tecnica, le condizioni ipofertili che rendono il concepimento meno probabile ma non impossibile. Di conseguenza, non si riesce a distinguere i cosiddetti *falsi bebè FIV*, cioè i bambini concepiti naturalmente durante i cicli di preparazione. Inoltre, prendere in considerazione il numero di gravidanze, dimentica che alcune gestazioni non arrivano a termine (aborto, gravidanza extrauterina o morte perinatale), per cui alcuni propongono di considerare nelle stime solo i casi in cui si riesce a far nascere un bambino (il cosiddetto *take home baby rate*), il che inevitabilmente fa scendere il tasso di successo (attorno al 15-20%) o addirittura solo i casi in cui il tentativo di fecondazione ha portato alla nascita di un bambino in buone condizioni di salute. Le probabilità di successo sarebbero decisamente più alte se si considerasse il risultato solo alla fine di tutto il proprio iter medico (che può includere più tentativi di fecondazione assistita): in questo caso, infatti, si calcola che dopo 4 tentativi quasi il 70% delle coppie ha un figlio. È ovvio, però, che molte coppie abbandonano prima del quarto intervento. Infine, le percentuali si differenziano significativamente a seconda delle caratteristiche della coppia, in particolare, età della donna e qualità del liquido seminale.

successo di un tentativo di fecondazione naturale (Bydlowski, 2003).

Si definisce omologa la fecondazione che utilizzi solo i gameti della coppia, eterologa la tecnica che si avvale del contributo genetico di un donatore esterno, di solito anonimo, così potenzialmente un bambino potrebbe avere fino a cinque genitori: la coppia che ha fatto richiesta di PMA, i donatori sia dell'ovocita sia dello sperma, la madre "affittuaria", nel caso di un utero in affitto (Frydman, 1986).

Le tecniche di PMA possono essere di I o II-III livello a seconda del grado di complessità dell'intervento. Qui di seguito si riportano solo le più note, secondo le indicazioni di Isimbaldi e Bombelli (2005).

Accanto alla crioconservazione dei gameti maschili e alla stimolazione dell'ovulazione,¹³³ la tecnica più semplice è l'inseminazione intrauterina (IUI), consigliata in caso di oligospermia, problemi post-testicolari o di fattore cervicale, che consiste nell'iniettare direttamente nella cavità uterina il liquido seminale prelevato tramite masturbazione o biopsia e precedentemente trattato (capacitazione), quindi presuppone che le tube siano aperte (Tallandini e Morsan, 2008). Quest'operazione dura pochi minuti, è indolore e la paziente può riprendere immediatamente un'attività normale (Weil-Olivier, 2008).

Laddove l'IUI, tecnica di primo livello, non riuscisse o non fosse applicabile, si procede con le tecniche di II-III livello, che manipolano i gameti portandoli fuori dal corpo (in vitro). Si distinguono allora:

1) la GIFT, fecondazione intracorporea (in vivo) con preliminare prelievo e successivo trasferimento di ovuli e spermatozoi direttamente in tuba, per via laparoscopica, con ricovero ospedaliero e anestesia generale;

¹³³ O superovulazione, consiste in un iniziale blocco del ciclo naturale femminile tramite somministrazione di ormoni (un analogo delle gonadotropine, GnRh) nei primi quindici giorni, quindi l'induzione dell'ovulazione di più ovociti contemporaneamente per altre due settimane, con iniezioni (sulla pancia) di ormoni (FSH e HCG) a dosi progressive (quotidianamente o a giorni alterni). C'è un monitoraggio costante attraverso controllo ecografico o più prelievi di sangue, così, una volta che i follicoli hanno raggiunto una buona dimensione e il tasso di estradiolo è sufficiente, si può stabilire il momento migliore per i rapporti sessuali programmati o per una eventuale tecnica assistita (Weil-Olivier, 2008).

2) la FIV-ET o l'ICSI (-ET), la fecondazione in vitro e successivo trasferimento embrionale (o embryo-transfer), che prevede:

- a. superovulazione.
- b. Prelievo degli ovociti (pick-up), quando sono ancora all'interno dei follicoli, con un lungo ago sottile inserito per via vaginale, addominale o uretrale, mentre l'aspirazione avviene sotto guida ecografica o celioscopica (uno strumento ottico inserito nella zona ombelicale permette di osservare e controllare cosa succede), in analgesia profonda o anestesia generale e in day hospital.
- c. Coltura degli ovociti, estratti dal liquido follicolare e incubati a 37° fino a 15 ore. Intanto, viene raccolto il seme o mediante masturbazione o attraverso tecnica chirurgica di estrazione dall'epididimo (MESA, prelievo di gameti) o dal testicolo (TESE, prelievo di tessuto). Il seme è esaminato, centrifugato e preparato in una sospensione liquida.
- d. Fecondazione e suo controllo: nel caso della FIV, gli ovociti sono posti ciascuno su una piastra a contatto con gli spermatozoi, nel caso della ICSI, il singolo spermatozoo (o spermatide) è inserito dal biologo nel singolo ovocita, per cui è particolarmente indicata nei casi di problemi spermatici (Coghi, 2005). Viene monitorata la fecondazione.
- e. Coltura degli embrioni: se la fecondazione è avvenuta, gli zigoti sono coltivati in un terreno ricco di sostanze, senza luce, a temperatura di 37° per qualche giorno e osservati al microscopio.
- f. Trasferimento in utero degli embrioni, in genere tra il 2° e il 5° giorno dalla fecondazione, sotto anestesia (la mucosa uterina viene preparata all'impianto). A seconda delle leggi di ciascuno Stato, gli embrioni vengono impiantati tutti, come in Italia, o selezionati e quelli non trasferiti possono essere congelati o impiegati a scopo di ricerca.

Dopo dodici giorni, la gravidanza viene certificata attraverso l'esame

ematico dei livelli della beta HCG (“gravidanza biochimica”) e mediante ecografia (“gravidanza clinica”).

Il costo di un ciclo è considerevole, innanzitutto dal punto di vista economico: non tutti i trattamenti infatti sono a carico parziale o totale dello Stato, soprattutto nel caso in cui ci si rivolga a un centro privato (che costituiscono il 55% dell’offerta italiana)¹³⁴ e la donna in terapia perde giorni di lavoro (Isimbaldi e Bombelli, 2005). A questo, si aggiungono ovviamente i rischi legati all’invasività della tecnica ma anche ad altre condizioni, che possono comportare, anche nei casi che vengono classificati come “successo”, situazioni problematiche. Ad esempio, se emorragie e infezioni sono rare, sottoporre la donna a dosi elevate di ormoni comporta spesso effetti di breve durata e scarsa gravità ma comunque molto fastidiosi come aumento ponderale, vertigini, nausea e vomito (Testart, 1993).

Tra gli effetti indesiderati delle tecniche si ricordano:

- 1) l’iperstimolazione ovarica, che costituisce una sindrome pericolosa persino per la vita (Di Pietro e Tavella, 2006);
- 2) gravidanze multiple, che sono un problema per la salute pubblica, per le conseguenze mediche, sociali ed economiche che provocano;
- 3) aumento dell’incidenza del taglio cesareo per motivazioni mediche e psicologiche, e della prematurità (per un figlio della provetta su tre),¹³⁵ anche per gravidanze singole, probabilmente più per problematiche all’apparato genitale femminile che per la tecnica in sé;
- 4) basso peso alla nascita, che sembra essere più frequente nel caso di ICSI-ET, tecnica invasiva, sia nella metodica sia nei rischi perché richiede apparecchiature sofisticate (un microscopio a forte ingrandimento, microaghi e micromanipolatore). Ci si interroga allora sui rischi che l’introduzione dell’ago potrebbe provocare sulla salute del nascituro e dati

¹³⁴ Relazione presentata nel 2010 al Parlamento Italiano, dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sullo stato di attuazione della legge 40/2004 in materia di Procreazione Medicalmente Assistita.

¹³⁵ Relazione presentata nel 2010 al Parlamento Italiano, dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sullo stato di attuazione della legge 40/2004 in materia di Procreazione Medicalmente Assistita.

certi sembrano riguardare solo la frequente associazione con le patologie del tratto urogenitale (Isimbaldi e Bombelli, 2005);

5) disabilità mentale e fisica, non sempre evidenziabili al momento della nascita, o morte del nascituro (più raramente della madre);¹³⁶

6) aumentato rischio di aborto: i dati presentati dal Ministero nel 2010 parlano di una percentuale del 9,7% per le gestazioni naturali contro il 20,8% per le gravidanze assistite (a cui si aggiungono 0,9% di aborti terapeutici, 0,9% di morti intrauterine e 1,9% di gravidanze ectopiche).

Infine, avvertono Isimbaldi e Bombelli (2005, p. 8): *“In ogni caso, anche se si azzerassero i rischi di patologia organica della PMA grazie ad un prevedibile e rapido miglioramento della tecnica, non si potrà mai azzerare il costo umano legato alle tecniche e alla loro invasività, fonte di difficoltà relazionali e di malessere nelle persone in essa implicate: il fattore umano, cioè la domanda di umanità, di compimento della coppia che si esprime attraverso il bisogno di un figlio, non è “comprimibile”, non può essere risolto da una tecnica.”*

¹³⁶ Qualunque stima in merito è comunque in difetto perché innanzitutto l’attendibilità degli studi viene compromessa dalla sottostima dell’incidenza della tecnica nella popolazione generale, inoltre, i follow up sono a breve termine ed è comunque difficile cogliere i parametri di normalità e patologia.

APPENDICE D

Lo sviluppo psicologico dei figli della provetta

Le ricerche sulle conseguenze psicologiche sulle famiglie che hanno concepito un figlio in seguito a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) si dividono in due parti: ci sono gli studi dedicati a indagare i vissuti della coppia (quasi esclusivamente della donna) durante la gravidanza e le analisi finalizzate a osservare lo sviluppo dei bambini nati in provetta.

Le ricerche fatte durante la gravidanza PMA testimoniano generalmente una maggior paura sulla condizione di salute e normalità del feto (Bringhenti et al., 1995; McMahon et al., 1997) e una difficoltà a considerarsi genitori come tutti gli altri (Fagandini et al., 2006). Sorprendentemente, soprattutto in gravidanza, sembra esserci una accentuazione degli elementi concreti e somatici a discapito di quelli fantasmatici (Guerrini Degl’Innocenti et al. 1992), una sorta di “alessitimia gravidica” (Andreotti et al. 2001) caratterizzata da un vuoto rappresentativo rispetto al feto e al proprio ruolo e interpretata come l’effetto di un processo difensivo (Salerno, 2002; Labella e Cantone, 2006). La difficoltà a lasciarsi coinvolgere emotivamente dalla gravidanza e a immaginarsi madri (Smorti et al., 2008) appare in rapporto al concentrarsi dell’attività immaginativa su concrete preoccupazioni di carattere medico (Andreotti et al., 2001). Così, ad esempio, nel ricco materiale raccolto dalla dottoressa Valanzano nel corso della stesura della sua tesi di laurea, le “fivettare” intervistate ammettono la penosa impossibilità di sognare e dichiarano di non aver mai fantasticato sul bambino, quasi che un precipitato nel corporeo, un eccesso di reale opacizzino la possibilità di costruire un “grembo psichico”

(Francesconi, 2005).

“Questo particolare decorso del concepimento, sotto la coercizione della tecnica invece che sotto il fascino dell’intimità, influenza lo svolgimento della gravidanza, qualora si verifichi. Curiosamente il sovrainvestimento della tecnica di procreazione medicalizzata sembra accompagnarsi ad una difficoltà di rappresentazione del nascituro, seppure intensamente desiderato. Così, [...] il termine figlio spesso viene evitato; le donne non riescono a dire nulla sull’argomento. Il loro discorso è vuoto. Le associazioni mentali sono povere. Il senso comune e la ricerca di normalità, o della naturalezza, cercano di riempire questo quadro di inibizione delle associazioni riguardanti il figlio. Quest’ultimo viene investito come un oggetto meraviglioso che apre una vita priva di assenze. Nessuna attività specifica può essere anticipata accanto a lui.” (Bayle, 2003, p. 68).

Bisogna pensare che quelle difficoltà avranno ripercussioni sullo sviluppo psicologico del bambino? Attualmente si dispone di due principali fonti di informazioni: gli studi di coorte e i casi clinici di bambini nati dalla PMA. I primi per quanto rassicuranti nei risultati, sono abbastanza generici, e per lo più limitati a follow-up nel periodo pre-scolare, per cui non si conoscono le caratteristiche di tappe evolutive più tardive in cui il tema delle proprie origini torna prepotentemente alla ribalta per poter vivere una sessualità adulta soddisfacente (si pensi ad esempio all’adolescenza), sperimentare nel rapporto di coppia le capacità procreative (Invitto, 2008). Nulla si sa, ad esempio, degli effetti trans-generazionali (si dice di solito che la patologia salta una generazione, Bayle, 2003), visto anche che la prima generazione di figli nati in provetta non è ancora trentenne.

Nelle rassegne di Lazaratou e Golse (2006), Cecotti (2004), Invitto (2008) e Tallandini e Morsan (2008), in generale, i follow-up e le ricerche longitudinali sullo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale dei bambini nati in provetta non mostrano alcun disturbo psicologico, condizioni patologiche o di difficoltà: i genitori non sembrano avere problemi a relazionarsi al loro bambino sia nel post-partum sia in età scolare

e pre-scolare. Così Von Balene et al. (1996) addirittura arrivano a concludere che l'esperienza della sterilità possa essere benefica per la relazione madre-bambino, tanto positivi sembravano i risultati delle sue indagini sul legame genitore-figlio e sulle capacità relazionali di quest'ultimo. Nessuna differenza nelle scale d'intelligenza o nei test sulla depressione, l'ansia e lo stress, sebbene le mamme in provetta talvolta possano nutrire aspettative eccessive nei confronti del nascituro che le fa sentire, rispetto alle altre mamme, meno efficaci e poco adeguate, più preoccupate per la crescita dei loro bambini, perché ritenuti preziosi (come a compensare gli anni di iter medico), speciali, diversi (soprattutto nel caso dell'eterologa, Di Pietro e Tavella, 2006)¹³⁷ e più fragili rispetto alla norma, e, quindi, fatti oggetto di un atteggiamento iperprotettivo ansioso (Bayle, 2003). Questo comportamento in verità è tipico delle coppie che in generale hanno atteso e investito molto nella possibilità di un figlio e ora, in presenza del bambino reale, si mostrano iperprotettivi, più indulgenti e meno propensi a porre limiti, cioè a stabilire una giusta distanza (Cecotti, 2004).

Discorso a parte merita Susan Golombok (1996; 2002; 2006) che si occupa dello sviluppo dei bambini nati in provetta, da circa 20 anni: i suoi studi sono ricerche longitudinali che impegnano gruppi ampi sparsi in Paesi europei diversi, confrontando genitori e insegnanti, bambini concepiti naturalmente, in fecondazione assistita (con e senza donatore) e adottati, attraverso questionari, interviste e osservazioni dirette.

I risultati vengono poi pubblicati come dossier e articoli internazionali. Ciò che emerge appare positivo:

- il coinvolgimento emotivo dei genitori e la qualità delle loro interazioni con il bambino sono superiori nel caso di fecondazione assistita: le PMA attiverrebbero per la loro complessità, attenzioni e prestazioni parentali a più alto livello.

¹³⁷ "... è inutile negarlo, questo figlio è simbolicamente diverso da quello naturale" (Righetti, 2002, cit. in Cecotti, 2004, p. 108).

- I bambini nati in provetta sia nell'infanzia sia nell'adolescenza non sembrano differire dai coetanei rispetto alle varie dimensioni psicologiche, emotive, cognitive e relazionali indagate.

Avverte Cecotti (2004), però, che gli strumenti impiegati enfatizzano soprattutto gli aspetti comportamentali tralasciando il senso ad esempio, di cure parentali che potrebbero in modo problematico caratterizzarsi per un investimento eccessivo. Inoltre, la stessa Autrice dubita dei risultati di ricerche condotte con metodologie disomogenee: ad esempio, non si tiene conto che spesso i genitori dei bambini nati con la PMA sono più anziani rispetto ai genitori dei bambini che costituiscono la popolazione di controllo e all'interno dello stesso gruppo sperimentale, ad esempio, non si distinguono i figli della provetta in base alla tecnica di procreazione assistita (fecondazione omologa vs eterologa), o alle fasce di età, o alla eventuale presenza di gemelli. Anche Tallandini e Morsan (2008) ricordano i limiti metodologici di questi studi: la valutazione di stati affettivi esclusivamente patologici o negativi, il riferimento spesso ristretto al solo punto di vista della madre, il coinvolgimento di gruppi poco numerosi, la somministrazione dei test a genitori, pediatri e insegnanti soprattutto per via indiretta (questionari auto-somministrati inviati per posta o interviste telefoniche), senza coinvolgere le famiglie in interviste o osservazioni video-registrate. Laddove, infatti, lo sguardo non è più orientato quantitativamente alla misurazione, ma all'analisi, cioè è teso alla comprensione del senso, del significato simbolico nelle relazioni, emergono difficoltà di formazione del legame e vissuti di estraneità e allontanamento: i bambini mostrerebbero qualcosa di atipico e "congelato", possibile premessa di un'adolescenza problematica (Feldman, 2009) mentre tra gli studi italiani, solitamente carenti sull'argomento (Salerno, 2002), le ricerche di Fagandini et al. (2006), indicano una certa difficoltà nei genitori PMA a considerare il bambino reale nelle sue caratteristiche anche negative, all'interno di una fisiologica ambivalenza emotiva. Allo stesso tempo Lazaratou e Golse (2006) concludono sostenendo che per quanto i risultati

delle ricerche empiriche siano rassicuranti, la pratica clinica, che offre con le sue osservazioni approfondite una complementarietà importante agli studi statistici, mostra invece le sofferenze di bambini nati in provetta, senza assumere una posizione estrema che consideri la PMA come una causa di un destino già segnato.

A tal proposito, Bayle (2003) cita i casi clinici seguiti da diversi Autori¹³⁸ a sostenere l'ipotesi dell'esistenza di una *sindrome del sopravvissuto concezionale*:¹³⁹ la consapevolezza di essere stato desiderato e scelto, pone il figlio al di sopra degli altri e senza limiti. Si potrebbero mescolare vissuti narcisistici onnipotenti, e senso di inadeguatezza e colpa: da un lato, infatti, il bambino ha l'obbligo di crescere conforme al desiderio che lo ha preceduto e dall'altro sa di essere l'unico superstite tra molti embrioni a lui simili per cui può fantasticare di essere l'unico responsabile della loro morte o il più forte. L'espressione paradossale dei movimenti di colpevolezza e di onnipotenza si manifesta con il bisogno consapevole di sperimentare la sopravvivenza attraverso un'assunzione di rischi o la malattia psicosomatica (Bayle, 2003). Tratti *borderline*, quindi, che rendono difficile l'elaborazione psichica di fantasmi che non gli appartengono direttamente, ma sono l'eredità delle complesse dinamiche inconscie di generazioni precedenti, per cui "*I bambini pagano allora per i nonni.*" (Lebovici, 1989, p. 112): Bollas ne parla in termini di ombra dell'oggetto, Racamier di fantasma defantasmato, Winnicott (1969 cit. in Bonaminio et al., 1993), infine, di fattori ego-alieni. La fantasia inconscia di entrambi o di uno dei genitori, le loro aspettative, si trasformerebbero in una sorta di intrusione e trauma reale (Manzano et al. 1999): le richieste ambientali distoniche rispetto alle

¹³⁸ Bayle (2003) cita: Lazarovici, Francoual (1988), Kleisler (1990), Lebovici (1994) e Brunetière (2001), i cui casi clinici sono rappresentati da bambini di età differenti e con patologie variabili dal disturbo del sonno all'anoressia, al ritardo nel linguaggio, fino al delirio psicotico o al frequente quadro di disturbo del comportamento-iperattività, che possono colpire anche solo uno dei gemelli concepiti artificialmente.

¹³⁹ Il sopravvissuto è solitamente il superstite di una catastrofe che ha minacciato la sua esistenza e ha provocato la morte di altre persone. la sensazione di essere un sopravvissuto può ingenerare reazioni psicologiche importanti anche a distanza di tempo, tra queste un profondo sebbene ingiustificato senso di colpa. L'autoaccusa inconscia nasce dall'idea di aver tradito chi è morto. "*Io vivo e loro sono morti*" si trasforma in "*io vivo perché loro sono morti, loro si sono sacrificati affinché io potessi vivere*".

potenzialità innate del figlio costituiscono il corpo estraneo, il materiale “indigesto” perché non simbolizzato, che può provocare difficoltà evolutive (Dejours, 1986). Il sintomo dell’infertilità diventa, in questa cornice, una forma di protezione nei confronti delle generazioni future: la propria malattia, che può venir sublimata in altro (Testart, 1986), diventa il contenitore personale, anche se disadattivo, ai problemi irrisolti, che si “fanno corpo” attraverso il sintomo piuttosto che bypassare il disagio con la collusione della medicina moderna per lasciarlo in eredità al figlio desiderato.

È anche vero, però, che il concepimento è solo il momento iniziale dello sviluppo e che la sindrome del sopravvissuto concezionale si può manifestare o meno e in modo variabile a seconda delle caratteristiche personali, evolutive e soprattutto contestuali del bambino. Molto dipende, infatti, dal modo in cui la famiglia, la coppia parentale e la madre in primis, significano la storia del concepimento e della gestazione del loro bambino.¹⁴⁰ In altri termini, a poter influenzare lo sviluppo infantile non è la modalità di concepimento in sé ma gli aspetti psicologici che hanno agito prima durante e dopo la decisione di diventare genitori, il percorso di fecondazione e l’effettiva parentalità. L’equilibrio psichico dei genitori costituisce il presupposto essenziale e la migliore opportunità per l’evoluzione armonica del figlio (Testart, 1986) e d’altronde “*I bambini hanno antenne sensibilissime per captare ciò che non viene detto. E quando non riescono a formulare domande, spesso parlano attraverso i sintomi.*”

¹⁴⁰ Bayle (2003) fornisce una serie di esempi. Si immaginino le condizioni in cui il nascituro ha resistito rispetto agli altri nel primo periodo successivo al trasferimento di più embrioni, molti dei quali sono scomparsi o riassorbiti, trasformandosi in fantasmi nella mente della gestante. Si pensi ancora al caso terribile di riduzione embrionale che imposta dai medici, spinge la coppia a selezionare gli embrioni perché di troppo. La donna è alle prese con l’elaborazione di un lutto, mentre nel suo ventre coabitano insieme embrioni vivi e morti: nei suoi fantasmi, i feti sacrificati per gli altri vengono idealizzati come eroi, mentre i fratelli nati sono messi sempre a confronto colpevolmente con i loro pari mai nati.

Nell’ICSI, ancora, si sceglie lo sperma migliore, per cui l’embrione è il frutto di una scelta attenta, è il migliore! Infine, l’ordine delle generazioni è stravolto dalla pratica del congelamento embrionale, in cui scivolando verso il fantasma della clonazione, si è gemelli di un fratello minore o maggiore, con un indebolimento del senso identitario. Altri casi su cui riflettere sono quelli in cui gli embrioni non impiantati sono finalizzati alla ricerca o distrutti oppure in cui il gemello muore a breve distanza dalla nascita (Cecotti, 2004).

(Di Pietro e Tavella, 2006, p. 72).

In conclusione, non è dimostrata né l'innocuità né il contrario della concezione artificiale e i bilanci incompleti non informano sull'avvenire di questi bambini (Invitto, 2008). Se gli studi di coorte sono decisamente molto più rassicuranti rispetto agli esempi tratti dalla pratica clinica, mai generalizzabili, bisognerebbe unire gli sforzi di entrambi in modo da evitare facili riduzionismi e avere una visione molto più ampia e complessa delle dinamiche in gioco, consapevoli, però, che i paradigmi del proprio lavoro spesso indirizzano lo sguardo creando falsi problemi (Nunziante Cesàro, 2000a).

Bibliografia

- 1) AA (2001). **La svolta freudiana**. Eidon Edizioni, Perugia.
- 2) Agnoli F. (2005). **Far West all'italiana, vizio d'origine duro a morire**. In *Avvenire*, 16/04. Consultato all'indirizzo internet <http://www.avvenireonline.it/NR/rdonlyres/7BB15CA5-D400-4077-ABDB-030DBE867C4F/0/1604VIT3.pdf>
- 3) Agostini F., De Pascalis L., Cantagalli I., Monti F. (2008). **Rappresentazioni materne e paterne durante la gravidanza e dopo il parto nella procreazione medicalmente assistita (PMA)**. In *Atti del Congresso AIP, Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica*, Padova, 12-14 settembre.
- 4) Almeida A., Müller Nix C., Germond M., Ansermet F. (2002). **Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. Autologue**. In *La psychiatrie de l'enfant*, 451 (1), pp. 45-75.
- 5) Ambrosio S.-B., Bommarito F., D'Orsi C., Torretta R. (2009). **I vissuti soggettivi della coppia nella procreazione medicalmente assistita. Qualità della vita e rischio psicopatologico**. Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.
- 6) Andreotti S., Bucci A.-R., Marozza M.-I. (2001). **Gravidanza FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici**. Consultato all'indirizzo internet <http://www.psychomedia.it/pm-revs/journals/ppa/articoli/fivet.htm>
- 7) Apfel R.-J., Keylor R.-G (2000). **Psychoanalysis and infertility. Myths and realities**. In *International Journal of Psychoanalysis*, 83, pp. 85-103.
- 8) Araya Krstulovic R. (2009). **État des lieux: le don de gamètes dans la littérature internationale**. Intervento al CECOS, Marseille, avril 2009.

- 9) Asero M., Aiello A.-G., Pozzi G. (2004). **Linee Guida per La Consulenza nell'Infertilità**. Ordine Nazionale Degli Psicologi Italiani. Consultato all'indirizzo internet [http://www.psy.it/documenti/linee_guida/Consulenza%20Psicologica%20ne ll'Infertili.pdf](http://www.psy.it/documenti/linee_guida/Consulenza%20Psicologica%20ne%20ll'Infertili.pdf)
- 10) Assoun P.-L. (1997). **La clinica del corpo. Lezioni psicoanalitiche**. Trad. it., Franco Angeli, Milano, 2004.
- 11) Athéa N. (1987). **Nouvelles techniques de procréation**. In *Revue Française de Psychanalyse*, 6, pp. 1531-1542.
- 12) Atlan H., Botbol-Baum M. (2007). **Des embryons et des hommes**. PUF, Paris.
- 13) Augé M. (1984). **Simbolo, funzione, storia**. Trad. it., Liguori, Napoli. Cit. in Maggioni C. (1997), op. cit., p. 27.
- 14) Auhagen-Stephanos U. (1991). **La maternità negata: la paura inconscia di un figlio desiderato**. Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- 15) Aulagnier P. (1975). **La violenza dell'interpretazione**. Trad. It. Ed. Borla, Roma, 1994.
- 16) Aulagnier P. (1989). **Quel désir, pou quel enfant?** In *Topique*, 44, pp. 201-206.
- 17) Badinter E. (2010). **Le conflit. La femme et la mère**. Flammarion, Paris.
- 18) Baglini A. (2008). **Fecondazione assistita**. Consultato all'indirizzo internet <http://nuke.cstcs.it/Portals/0/pdf/fecondazioneassistita.pdf>
- 19) Baiocco R., Giannini A.-M., Laghi F. (2005). **La scala Alessitimica Romana. La capacità di riconoscere, comunicare e verbalizzare le proprie emozioni**. Erickson, Trento
- 20) Bakal D.-A. (1979). **Psicologia e medicina**. Trad. it. Armando, Roma 1984. Cit. in De Coro A., Mucelli R. (1997), op. cit.

- 21) Ballerini A., Suman A. (1989). **Il pensiero di Luis A. Chiozza: problemi epistemologici.** In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Storie di vita, storie di malattia*, 19, pp. 170-178.
- 22) Bando P. (2003). **Paternità e maternità responsabile.** Consultato all'indirizzo internet
<http://www.scuoladiculturacattolica.org/attivita/Gruppo%20Sposi/Incontro%202.htm>
- 23) Bartolucci R. (2009). **Il bisogno di cura della coppia infertile: il punto di vista del paziente.** Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.
- 24) Bartolucci R. (2008). **Le cause dell'infertilità maschile e gli esami diagnostici.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 55-63.
- 25) Bayle B. (2003). **L'embrione sul lettino. Psicopatologia del concepimento umano.** Trad. it., Koinè, Roma, 2005.
- 26) Benaglia R. (2008). **Quando andare dall'andrologo.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 73-75.
- 27) Bergeret-Amselek C. (2005). **Il mistero delle madri. Un viaggio nel cuore della materialità.** Trad. it., Ma.Gi., Roma, 2005.
- 28) Bettelheim B. (1987). **Un genitore quasi perfetto.** Trad. it., Feltrinelli Editore, Milano, 1994.
- 29) Bevilacqua P., Bicchielli U., Cesari G., Gallucci F., Grignani M., Maremmani A., Modena E., Stefanelli M. (1982). **Psicosomatica.** In *Quaderni di Psicoterapia Infantile, La questione psicosomatica*, 7, pp. 17-70.
- 30) Blickstein I. (2006). **Medicina moderna per la riproduzione e definizione di genitura: praeter naturam.** In La Sala G.-B. et al. (a cura di, 2006), op. cit., pp. 21-26.
- 31) Boivin J. (2006). **Counselling sulla sterilità e il suo trattamento.** In La Sala G. et al. (a cura di, 2006), op. cit., pp. 157-169.
- 32) Bolasco S. (1999). **Analisi Multidimensionali dei dati.** Carocci.

- 33) Bonacchi G. (1999). **Passione femminile e interrogazione sull'origine: oltre un'etica di genere.** In Preta L. (a cura di, 1999b), op. cit., pp. 136-149.
- 34) Bonaminio V., Di Renzo M., Giannotti A. (1993). **Le fantasie inconse dei genitori come fattori ego-alieni nelle identificazioni del bambino. Qualche riflessione su identità e falso Sé attraverso il materiale clinico dell'analisi infantile.** In *Rivista di Psicoanalisi*, 39 (4), pp. 681-708.
- 35) Bonasia E. (2000). **La guerra, la morte e il figlicidio.** Consultato all'indirizzo internet <http://www.psychomedia.it/pm/grpind/social/bonasia.htm>
- 36) Borini A. (2008). **Infertilità ed età.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 41-42.
- 37) Boschan P. (2008). **Corpo, Mente e Legami.** In Cotrufo P. (a cura di, 2008b), op. cit., pp. 26- 42.
- 38) Braidotti R. (1994). **Soggetto nomade. Femminismo e crisi della modernità.** Trad. it., Donzelli, Roma, 1995.
- 39) Bressi C., Taylor G. J, Parker J. D. A., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E., Allegranti S., Bongiorno A., Giberti F., Bucca M., Todarello O., Callegari C., Vender S., Gala C., Invernizzi G. (1996). **Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study.** In *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 551-559.
- 40) Bringhenti F., Martinelli F., Ardenti R., La Sala G.-B. (1997). **Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors.** In *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinava*, 76, pp. 431-437.
- 41) Brun D. (sous la direction de, 2004). **6e Colloque de Médecine et psychoanalyse. La fabrique des bébés: passions pour l'embryon.** Edition études freudiennes, Paris.
- 42) Brown J., Brown L. (with Freeman S., 1979). **Our miracle called Louise, a parents' story.** Paddington Press Ltd.

- 43) Bruner J. (1990). **Acts of Meaning**. Harvard University Press, Cambridge. Cit. in Darwiche et al. (2002), op. cit., p. 398.
- 44) Brustia Rutto P. (1996). **Genitori. Una nascita psicologica**. Bollati Boringhieri, Torino.
- 45) Brutti C. (1987). **Storia di malattia e storia di vita: l'atto medico come fusione di due orizzonti**. Intervento al Convegno Internazionale *Medicina y Comunicacion Humana*, 24-25 aprile 1987, Barcellona. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Storie di vita, storie di malattia*, 19, 1989, pp. 184-195.
- 46) Brutti C., Brutti R. (2001). **La psicoanalisi che viene**. In AA (2001), op. cit., pp. 19-52.
- 47) Brutti C., Maffei G., Parlani R. (a cura di, 1991). **Organsprache. Linguaggio d'organo**. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 23.
- 48) Brutti C., Parlani R. (1995). **Il nostro incontro con Luis Chiozza**. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, pp. 5-11.
- 49) Bydlowski M. (1989). **Desiderio di un bambino, desiderio di gravidanza. Evoluzione delle pratiche di procreazione**. In Lebovici S., Weil-Halpern F. (a cura di, 1989). *Psicopatologia della prima infanzia. Il mondo del neonato*. Vol. 1. Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- 50) Bydlowski M. (2003). **Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine**. In *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31, pp. 246-251.
- 51) Bydlowski M. (2009). **Fattori psicologici nell'infertilità femminile**. In Zurlo M.-C. (2009), op. cit., pp. 37-49.
- 52) Bydlowski, M. (1997). **Il debito di vita. I segreti della filiazione**. Trad. it., Quattroventi, Urbino, 2000.
- 53) Cacciali J.-L. (2003). **La stérilité doit-elle être interprétée?** In *Journal Français de Psychiatrie*, 20, pp. 36-37.
- 54) Caffarra C. (1983). **La trasmissione della vita nella "familiaris consortio"**. In *Medicina e Morale*, 4, pp. 391-392. Cit. in Rodríguez Luño A., López Mondéjar R. (1986), op. cit.

- 55) Caianiello E., De Angelis V., Di Biase R., Fiorito M. (2007). **L'importanza del primo contatto nella P.M.A: esperienza clinica e ricerca.** In Atti del Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Perugia, 28/30 settembre.
- 56) Cailleau F. (2006). **Et si c'était dans la tête? Histoire et représentations de l'infertilité.** In *Cahiers de Psychologie Clinique, Le Symptôme*, 26, pp. 85-98.
- 57) Campbell J. (1988). **Il potere del mito.** Trad. it., TEA, Milano, 1994. Cit. in De Toffoli C. (2001), op. cit., p. 477.
- 58) Campus M. C., Di Bartolo G., Micci A., Moro M., Veronesi C. (2007). **Genitorialità a confronto: biologica, adottiva e PMA.** In Atti del Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Perugia 28-30 settembre.
- 59) Carli R., Paniccia R.-M. (2002). **L'analisi emozionale del testo.** Franco Angeli, Milano.
- 60) Carrère D'Encausse M., Cymes M. (2006). **Un bébé sur commande.** Marabout, Paris.
- 61) Caruson S. (2009). **La sessualità nella coppia "sterile".** Intervento al Seminario di *Formazione Procreazione assistita e sessualità nella coppia sterile. Aspetti clinici, psicologici e legali*, AIP Campania, 21 settembre, Napoli.
- 62) Casalone C. (2003). **Fecondazione assistita: l'etica tra domanda e offerta.** In *Aggiornamenti Sociali*, 2, pp. 99-110.
- 63) Catalano R., Ingrassia R. R., Bazzano M. (2001). **Concepire un desiderio. Viaggio nell'immaginario di coppie in gravidanza con riproduzione assistita.** Atti del III Congresso nazionale di Psicologia clinica dell'AIP, Palermo, 28-30 settembre, Edizioni Carlo Amore, pp. 319-320.
- 64) Cecotti M. (2004). **Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione.** Armando, Roma.

- 65) Censis (2009). **Il desiderio di diventare genitori, problemi e speranze di chi combatte l'infertilità**. Rapporto promosso dalla Fondazione Serono.
- 66) Chabert C. (2009). **Corps de mère, corps de femme**. Intervento all'Incontro con Psicoterapia Psicoanalitica *Il femminile*, SIPP, 27 giugno, Napoli.
- 67) Chasseguet-Smirgel J. (1996). **La filiazione, l'individuo, l'attualità e l'al-di-qua**. In *Rivista di Psicoanalisi*, 42, pp. 33-44.
- 68) Chatel M.-M. (1993). **Il disagio della procreazione**. Trad. it., Il Saggiatore, Milano, 1995.
- 69) Chiozza L.-A. (2001). **Il cosiddetto fattore psichico nella malattia somatica**. In AA (2001), op. cit., pp. 53-67.
- 70) Chiozza L.-A. (1989). **I simboli nascosti dietro i segni fisici**. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Storie di vita, storie di malattia*, 19, pp. 143-158.
- 71) Chiozza L.-A. (1995). **La psicoanalisi e la medicina**. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, pp. 17-24.
- 72) Ciambelli M. (1999). **Desiderio di generare e domanda di "procreazione assistita"**. In Venuti P. (a cura di, 1999), *Riassunti delle Comunicazioni*. Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica, 29-30 settembre Capri, pp. 61-62.
- 73) Coëffin-Driol C., Giami A. (2004). **L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature**. In *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, pp. 624-637.
- 74) Coghi I.-M. (2005). **Le problematiche psicologiche del ginecologo di fronte alla Procreazione Medicalmente Assistita**. In *Richard e Piggie*, 13 (1), pp. 73-81.
- 75) Collodel G., Moretti E., Fontani V., Rinaldi S., Aravagli L., Saragó G., et al. (2008). **Effect of emotional stress on sperm quality**. In *Indian J Med Res*, 128, pp. 254-61.

- 76) Colpi G.-M. (2008). **Cos'è il varicocele?** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 65-68.
- 77) Conrad R., Schilling G., Langenbuch M., Haidl G., Liedtke R. (2001). **Alexithymia in male infertility.** In *Human Reproduction*, 16 (3), pp. 587-592.
- 78) Contardi R. (2003). **La "Gradiva" di Freud rediviva. "Delirio e sogni" nel sapere scientifico.** In *Rivista di Psicoanalisi*, 49, pp. 479-506.
- 79) Corea G. (1985). **The mother machine. Reproductive technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs.** Harper and Row, New York.
- 80) Cotrufo P. (2008a). **Corpi.** In Cotrufo P. (a cura di, 2008b), op. cit., pp. 104-134.
- 81) Cotrufo P. (a cura di, 2008b). **Corpo e psicoanalisi.** Borla, Roma.
- 82) Daini S., Bernardini L., Panetta C. (2007). **A Personality Perspective on Female Infertility: An Analysis Through Wartegg Test.** In *SIS J. Proj. Psy. & Ment Health*, 14 (2), pp. 135-144.
- 83) D'Arrigo M. (2009). **Conclusioni.** Intervento al Convegno *La procreazione tra fantasma e desiderio*, 29-31 gennaio 2009, Napoli.
- 84) Darwiche J., Bovet P., Corboz-Warnery A., Germond M., Rais M., Real del Sarte O., Guex P. (2002). **Quelle assistance psychologique pour les couples requérant une aide médicale à la procreation?** In *Gynécol. Obstét. Fertil.*, 30, pp. 394-404.
- 85) Davis-Floyd R. (1992). **Birth as an American Rite of Passage.** University of California Press, 2^a ed., 2004.
- 86) De Coro A., Mucelli R. (1997). **Per un approccio dinamico-relazionale al problema dei disturbi psicosomatici: il Lupus Eritematoso Sistemico.** Consultato all'indirizzo internet <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/mucelli.htm>
- 87) Dejours C. (1986). **Il corpo tra biologia e psicoanalisi.** Trad. it., Borla, Roma, 1988

- 88) De Toffoli C. (2001). **Psicosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico.** In *Rivista di psicoanalisi*, 47 (3), pp. 465-486.
- 89) Del Volgo M.-J. (2003). **La douleur du malade.** Érès, Toulouse.
- 90) Del Volgo M.-J. (2006). **La mémoire au corps dans l'instant de dire.** In *Figures de la psychanalyse*, 13 (1), pp. 97-108.
- 91) Delaisi De Parseval G. (1985). **L'enfant qui ne veut pas venir.** In Pasini W. et al. (1985). *Les enfants des couples stériles.* ESF, Paris, 1985. Cit. in Plard V. (2002). Transmission, filiation et infertilità maschile. In *Champ Psychosomatique*, 25 (1), pp. 95-103.
- 92) Delaisi De Parseval G. (1993). **Propos sur le saturnisme ou «Peut-on rester psychanalyste quand on s'occupe de procréations artificielles?»** In *Revue française de psychanalyse*, 57 (4), pp. 1255-1267.
- 93) Della Ragione A. (2006). **Il signore delle nascite.** Consultato all'indirizzo internet <http://www.ischiaonline.us/it/napoli/11-Sanit%C3%A0/1386-il-signore-delle-nascite.html>
- 94) Deutsch H. (1945). **Psicologia della donna. La donna adulta e madre. Vol. 2.** Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- 95) Devereux G. (1953). **Why Oedipus Killed Laius. A Note on the Complementary Oedipus Complex in Greek Drama.** In *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, pp. 132-141.
- 96) Dianoux L. (1998). **I segreti del gene. L'eugenismo.** In *I bambini a venire. Scienza e psicanalisi faccia a faccia sulla procreazione assistita*, Atti del Convegno, 08-09 maggio 1998, Milano. Cit. in Fiumanò M. (2000), op. cit., p. 181.
- 97) Di Pietro A., Tavella P. (2006). **Madri selvagge. Contro la tecnorapina del corpo femminile.** Einaudi, Torino.
- 98) Dolto F. (1984). **L'immagine inconscia del corpo.** Trad. it, RED Edizioni, Como, 1996. Cit. in De Toffoli C. (2001), op. cit., p. 466.
- 99) D'Orsi C. (2008). **Sara, Elisabetta e le altre... La femminilità ferita tra desiderio e limite della maternità.** Edizioni Psiconline, Francavilla al Mare, Chieti.

- 100) D'Orsi C., Capurso S. (2008). **Alla ricerca della cicogna. Il punto di vista dello psicologo.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 85-88.
- 101) Duden B. (1991). **Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita.** Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- 102) Epelboin S. (2001). **Impossibilité de concevoir.** In *L'esprit du Temps. Études sur la mort*, 119 (1), pp. 101-109.
- 103) Fagandini P., Monti F., Agostini F., Fava R., La Sala G.-B. (2006). **La complessità della genitorialità: esperienza materna e paterna tra sterilità e procreazione.** In La Sala G. et al. (a cura di, 2006), op. cit., pp. 173-204.
- 104) Falcone A., Grasso M., Pinkus L. (1986). **Presupposti teorici per l'uso clinico del Test di Wartegg.** Giunti Ed. O.S., Firenze.
- 105) Faure-Pragier S. (1993). **L'insoutenable neutralité du psychanalyste face à la bio-éthique.** In *Revue française de psychanalyse*, 57 (4), pp. 1229-1246.
- 106) Faure S., Pragier G. (1987). **Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine.** In *Revue française de psychanalyse*, 51 (6), pp. 1543-1567. Trad. it. Le ipotesi metapsicologiche di una ricerca psicoanalitica sulla sterilità femminile. In Zurlo M.-C. (a cura di, 2002b), op. cit., pp. 149-174.
- 107) Ferraro, F., Nunziante Cesàro, A. (a cura di, 1985). **Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione.** Franco Angeli, Milano.
- 108) Fine A. (2002). **Qu'est-ce qu'un parent? Pluriparentalités, genre et système de filiation dans les sociétés occidentales.** In *Spirale*, 21 (1), pp. 19-43.
- 109) Fisher S., Cleveland S.-E. (1968). **Body image and personality.** Dover, New York. Cit. in Renzi C. e Daini S. (1995), op. cit.
- 110) Dover, 1968 Fiumanò M. (a cura di, 1996). **L'immacolata fecondazione. Perché le donne dicono di sì alla scienza.** La Tartaruga, Milano.

- 111) Fiumanò M. (2000). **A ognuna il suo bambino. La domanda di maternità tra psicoanalisi e medicina della procreazione.** Pratiche stampa Editrice, Milano.
- 112) Flamigni C. (1998). **Il libro della procreazione.** Arnoldo Mondadori, Milano. Cit. in Scarselli V. (2007), op. cit. 4.
- 113) Forni F. (2009). **Accompagnamento psicologico nella procreazione medicalmente assistita.** Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.
- 114) Foucault M. (1976). **La volontà di sapere.** Trad. it., Feltrinelli Editore, Milano, 1978.
- 115) Foïs G. (2009). **Nous avons renoncé.** In *Psychologie*, 285, mai, pp. 86-87.
- 116) Fraire M. (2010). **Disfare la madre, rifare la madre.** In *Pedagogika*, 14 (2), pp. 81-87.
- 117) Francesconi M., Scotto di Fasano D. (2005). **L'infertilità: limite o divieto?** In *Richard & Piggie*, 13 (1), pp. 58-72.
- 118) Francesconi M. (2005). **A domanda risposta. Una riflessione psicoanalitica sulla "medicina del desiderio".** In *Richard & Piggie*, 13 (1), pp. 82-95.
- 119) Franco A. (2009). **Il rapporto di filiazione nella procreazione assistita.** Tesi di Laurea in Diritto Civile, Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Napoli "Federico II".
- 120) Fresnel H. (2009). **Le désir d'enfant échappe souvent à notre volonté. Entretien avec M. Bydlowski.** In *Psychologie*, 285, mai, pp. 70-73.
- 121) Freud S. (1885-1938). Opere. Trad. it., OSF, Bollati Boringhieri, Torino.
- (1893). **Charcot.** vol. II.
 - (1904). **Psicoterapia.** vol. IV.
 - (1905). **Tre saggi sulla teoria sessuale.** vol. IV.

- (1910). **Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci**. vol. VI.
- (1915-1917). **Introduzione alla psicoanalisi**. Vol. VIII.
- (1916). **Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico**. vol. VIII.
- (1917). **Introduzione alla psicoanalisi**. vol. VIII.
- (1918). **Vie della terapia psicoanalitica**. vol. IX.
- (1919). **Il Perturbante**. vol. IX.
- (1922). **L'Io e l'Es**. vol. VIII.
- (1924). **Il problema economico del masochismo**. vol. X.
- (1930). **Il disagio della civiltà**. vol. X.

122) Frydman R. (1986). **L'irresistibile desiderio di nascere**. Trad. it., Rizzoli, Milano.

123) Galliera S., Castelli S. (2009). **Psicologo e medico come mente e corpo della difficoltà riproduttiva: integrazione possibile?** Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.

124) Genovese C. (2008). **La soluzione patologica. Manovre psichiche e crollo somatico**. In Cotrufo P. (a cura di, 2008b), op. cit., pp. 58-80.

125) Giannakoulas A., Fizzarotti Selvaggi S. (2003). **Il counselling psicodinamico**. Borla, Roma

126) Giuda M. (2000). **Gli aspetti bio-medici della riproduzione umana medicalmente assistita come base per le riflessioni bio-etiche**. In Nunziante Cesàro A. (a cura di, 2000c), op. cit., pp. 19-30.

127) Giulio G. (2000). **La vera medicina è contro natura**. In *Corriere della Sera*, 04/05. Cit. in Vaccaro P. (2001), op. cit.

128) Golombok S., Brewaeys A., Cook R., Giavazzi M.-T., Guerra D., Mantovani A., van Hall E., Crosignani P.-G., Dexeus S. (1996). **The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development**. In *Human Reproduction*, 11 (10), pp. 2324-2331.

- 129) Golombok S., Brewaeys A., Giavazzi M.-T., Guerra D., MacCallum F., Rust J. (2002). **The European study of assisted reproduction family: the transition to adolescence.** In *Human Reproduction*, 17 (3), pp. 830-840.
- 130) Golombok S., Murray C., Jadvá V., Lycett E., MacCallum F., Rust J. (2006). **Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3.** In *Human Reproduction*, 21 (7), pp. 1918-1924.
- 131) Gonzales J. (1997). **L'assistance Médicale à la Procréation (AMP): viol ou voile?** In *Etudes psychothérapeutiques*, 15, pp. 81-97.
- 132) Gori R. (2004). **Variations sur la faute, la responsabilité, la culpabilité.** In Brun D. (sous la direction de, 2004), op. cit., pp. 31-53.
- 133) Gori R. (2008a). **La preuve par la parole. Essai sur la causalité en psychanalyse.** Érès, Toulouse.
- 134) Gori R. (2008b). **La Science: nouvel opium du peuple?** In *Enfants turbulents: l'enfer est-il pavé de bonnes préventions?* Érès, Toulouse.
- 135) Gori R., Del Volgo M.-J. (2005). **La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence.** Editions Denoël, Paris.
- 136) Gori R., Del Volgo M.-J. (2009). **De la société de la norme à une conception managériale du soin.** In *Connexions*, 91 (1), pp. 123-147.
- 137) Granet P. (1990). **L'impossible place de l'homme au décours des PMA.** SFGOP, Paris. Cit. in. Coëffin-Driol C., Giami A. (2004), op. cit., p. 627.
- 138) Graziottin, A. (1989). **Aspetti psicosessuali nel maschio infertile.** In *Atti del II Corso di Andrologia*, Serono, Firenze. Cit. in Scarselli V. (2007), op. cit., p. 13.
- 139) Green A. (1993). **Culture(s) et Civilisation(s), Malaise ou Maladie?** In *Revue française de psychanalyse*, 57 (4), pp. 1029-1056.
- 140) Green A. (1991). **Organsprache. Linguaggio d'organo.** In Brutti C. et al. (a cura di, 1991), op. cit., pp. 45-60.

- 141) Greil A.-L. (1997). **Infertility and psychological distress: a critical review of the literature**. In *Social Science and Medicine*, 45 (11), pp. 1679-1704.
- 142) Guerrini Degl'Innocenti B., Frassine R., Pazzagli A. (1992). **Le gravidanza "impossibili": uno studio sulla fecondazione artificiale**. In Ammaniti M. (a cura di, 1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- 143) Guyotat J. (1980). **Structure du lien de filiation**. In Guyotat J. (1980). *Mort, naissance et filiation, études de psychopathologie sur le lien de filiation*. Trad. It. *La struttura del legame di filiazione*. In Zurlo M.-C. (a cura di, 2002b), op. cit., pp. 73-113.
- 144) Haraway, D. (1985). **A Cyborg Manifesto: Science, Technology and Socialist Feminism in the Late Twentieth Century**. In *Socialist Review*, 80, pp. 65-108.
- 145) Haynal A. (2008). **La storia del Corpo in Psicoanalisi: Freud, Ferenczi e Groddeck**. In Cotrufo P. (a cura di, 2008b), op. cit., pp. 11-25.
- 146) Héritier-Augé F. (1989). **De l'engendrement à la filiation**. In *Topique*, 44, pp. 213-185. Cit. In Zurlo M.-C. (2000), op. cit., p. 120.
- 147) Ikiz T. (2009). **"Ho tutto, mi manca solo un figlio". La problematica della sterilità psicogena all'incrocio tra isteria e somatizzazione**. In Zurlo M.-C. (2009), op. cit., pp. 50-62.
- 148) Invitto S. (2008). **All'origine era. La nuova storia del generare e dell'essere generato. Dinamiche psico-logiche in provetta**. Franco Angeli, Milano.
- 149) Invitto S. (2009). **Dinamiche psico-corporee nella donna che accede ai trattamenti di fecondazione assistita**. Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.
- 150) Isimbaldi C., Bombelli, F. (a cura di, 2005). **Medicina e Persona. Fecondazione assistita. La tecnica**. Consultato all'indirizzo internet

http://www.medicinaepersona.org/resources/argomento/N11841711ea7d711ea68/N11841711ea7d711ea68/la_tecnica.pdf

151) Jonas H. (1994). **Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica.** Trad. it., Einaudi, Torino, 1999. Cit. in Brutti C., Brutti R. (2001), op. cit., p. 25.

152) Jordana H. (2002). **Filiations particulières. Constats et questions.** In *Empan*, 47 (3), pp. 89-94.

153) Kaës R. (2000). **Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions.** Éd. Remaniée in *Le divan familial*, 5, pp. 61-78. Cit. in Zurlo M.-C. (2002a), op. cit., pp. 21-22.

154) Kakatsaki D., Vaslamatzis G., Chatziandreou M., Anastasiadi K., Dafni U., Tzavara C., Stefanidis K., Loutradis D., Antsaklis A. (2009). **Alexithymia is positively associated with the outcome of in vitro fertilization (IVF) treatment.** In *Psychological Reports*, 105 (2), pp. 522-532.

155) Kentenich H., Siedentopf F. (2002). **Psychosomatics and reproductive medicine: a good relationship?** In *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 23, pp. 1-3. Cit. in Cecotti M. (2004), op. cit., pp. 68-71.

156) Knights L.-C. (1933). **How many children had Lady Macbeth?** Fraser, Cambridge. Cit. in Faure S., Pragier G. (1987), op. cit., p. 152.

157) Korff Sausse S. (2006). **Malaise dans la procréation.** In *Recherches en psychanalyse*, 6 (2), pp. 57-70.

158) Labella A.-G., Cantone D. (2006). **I percorsi della maternità.** Venetucci Editore, Napoli.

159) Lacan J. (1957). **Il seminario. Libro IV. La relazione oggettuale (1956-1957).** Trad. it., Einaudi, Torino, 2007.

160) Laghi F., Giannini A.-M., Baiocco R. (2005). **SAR. Scala Alessitimica Romana. Valutazione delle capacità di riconoscere, esprimere e verbalizzare le emozioni.** Centro Studi Erickson.

- 161) Lalli N. (1997). **Lo spazio della mente**, Liguori, Napoli.
- 162) Lamas C., Chambry J., Nicolas I., Frydman R., Jeammet P., Corcos M. (2006). **Alexithymia in infertile women**. In *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 27 (1), pp. 23-30.
- 163) Lancia F. (2004). **Srumenti per l'Analisi dei Testi. Introduzione all'uso di T-LAB**. Franco Angeli, Milano.
- 164) Langan R. (2008). **Embodiment**. In Cotrufo P. (a cura di, 2008b), op. cit., pp. 43-57.
- 165) Laplanche J. (1987). **Nuovi fondamenti per la psicoanalisi**. Trad. it., Edizioni Borla, Roma, 1989.
- 166) Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967). **Enciclopedia della psicoanalisi**. Trad. it., Editore Laterza, Bari, 2003.
- 167) La Rochebrochard E. (2003). **Des hommes médicalement assistés pour procréer. IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine**. In *Population*, 58 (4), pp. 549-586.
- 168) La Rochebrochard E. (2008). **De la pilule au bébé-éprovovette**. INED. Cit. in *La FIV toujours mal vécue*, article in *Parents*, août, p. 474.
- 169) La Sala G.-B., Iori V., Monti F., Fagandini P. (a cura di, 2006). **La "normale" complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane**. Atti del Convegno Internazionale *La "normale" complessità del venire al mondo: incontro tra scienze mediche e scienze umane*, 28-30 settembre 2006, Modena, Guerini Studio, Milano.
- 170) Lazaratou H., Golse B. (2006). **Du désir à l'acte: Les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA)**. In *La Psychiatrie de l'enfant*, 49 (2), pp. 573-599.
- 171) Lebrun J.-P. (1997). **Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social**. ERES, Paris. Cit. in Fiumanò M. (2000), op. cit., p. 22.
- 172) Lechartier-Atlan C. (2001). **La grossesse "mère" de toutes les séparations**. In *Revue française de psychanalyse*, 65 (2), pp. 437-449.

- 173) Levin J.-B., Goldman Sher T. (2000). **Psychological Treatment of Couples Undergoing Fertility Treatment.** In *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, pp. 207-212.
- 174) Levi Setti P.-E. (2008). **Alimentazione e fertilità.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 51.
- 175) Lombardi L. (2009). **La riproduzione umana: differenze di genere, rappresentazioni sociali e modelli culturali.** Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.
- 176) Lucarelli D. (1999). **Riproduzione e trasmissione.** In Preta L. (a cura di, 1999b), op. cit., pp. 174-178.
- 177) Machover K. (1949). **Il disegno della figura umana.** Trad. it., O.S., Firenze, 1980.
- 178) Maggioni C. (1997). **Il bambino inconcepibile.** Franco Angeli, Milano.
- 179) Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. (1999). **Scenari della genitorialità.** Trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- 180) Mapelli B. (2005). **Materna e colpevole, lo schema dell'immaginario.** In *Queer*, inserto del quotidiano *Liberazione*, 12/06. Consultato all'indirizzo internet <http://www.universitadedelledonne.it/>
- 181) Marabelli F. (2008). **Le cause dell'infertilità femminile e gli esami medici.** In Osservatorio Donna (2008), op. cit., pp. 33-35.
- 182) Margherita G., Zurolo A. (2009). **Narrare la genitorialità.** In Margherita G.-V. (2009), **Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo.** Franco Angeli, Milano, pp. 174-184.
- 183) Marion P. (2003). **Nascere nell'era delle biotecnologie.** In *Richard e Piggie*, 11 (3), pp. 241-249.
- 184) Martin E., Harvey T., Kunstmann J.-M., Zucker J.-M. (2004). **L'éthique de la reproduction.** In Brun D. (sous la direction de, 2004), op. cit., pp. 163-166.

- 185) Martinelli F., La Sala G.-B. (2009). **L'impatto psicologico con la procreazione medicalmente assistita: Un confronto fra due gruppi di coppie in momenti diversi del trattamento.** In *Giornale di Psicologia*, 3 (2), pp. 191-204.
- 186) Marty P., de M'Uzan M. (1963). **La "pensée opératoire".** In *Revue Française de Psychanalyse*, 27(suppl.), pp. 1345-1356.
- 187) Matsubayashi H., Hosaka T., Izumi S.-I., Suzuki T., Makino T. (2001). **Emotional distress of infertile women in Japan.** In *Human Reproduction*, 16 (5), pp. 966-969.
- 188) Mayorga J.-M. (2007). **Bisogni informativi delle coppie infertili: una diagnosi qualitativa.** Intervento al II Convegno *Procreazione Medicalmente Assistita e il Registro Nazionale Italiano*, ISS, 21 maggio, Roma.
- 189) Mazelin-Salvi F. (2008). **La révolution de la famille est en marche. Entretien avec Geneviève Delaisi de Parseval.** In *Psychologie*, 272, mars, pp. 168-169.
- 190) McGuirk J., McGuirk M.-E. (1991). **In lotta contro la sterilità. Uno psicologo e sua moglie si raccontano: le ansie, le cure, la crisi del matrimonio, la loro vittoria.** Trad. it., Franco Angeli, Milano, 1993.
- 191) McMahan C.-A., Ungerer J.-A., Beaurepaire J., Tennant C., Saunders D. (1997). **Anxiety during pregnancy and fetal attachment after vitro fertilization conception.** In *Human Reproduction*, 12 (1), pp. 176-182.
- 192) McNair D.-M., Lorr M., Droppleman L.-F. (1981). **POMS. Profile of Mood States.** Trad. it., Giunti Ed. O.S., Firenze.
- 193) Mejia C., Germond M., Ansermet F. (2005). **Les mots et les choses autour de la fécondation in vitro.** In *Psychiatrie de l'enfant*, 48 (1), pp. 245-247.
- 194) Mezzetti I. (2009). **Infertilità e desiderio: la sessualità compromessa nella coppia infertile.** Workshop al Convegno *Infertilità tra*

soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto, 28 marzo, Milano.

195) Micci A., Veronesi C., Vurchio A. (2005). **La coppia tra fertilità e tecniche di procreazione medicalmente assistita: aspiranti genitori a confronto**. In *Atti del VII Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica*, 23-24 settembre Cagliari, p. 531-533.

196) Mimoun S. (1999). **La consultation psychosomatique**. PUF, Paris, 2002.

197) Missonnier S. (2003). **La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita**. Trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

198) Morelli G. (1996). **Il ruolo dei fattori psicologici nell'etiopatogenesi dell'infertilità maschile**. In *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29, giugno-dicembre, pp. 45-48. Consultato all'indirizzo internet <http://www.in-psicoterapia.com/morelli.htm>

199) Moroncini B. (2010). **L'interpretazione mitologica del piccolo Hans**. Intervento al Ciclo di Seminari *L'oggetto nella clinica e nella teoria psicoanalitica*, Associazione Lacaniana di Napoli, ottobre 2009-giugno 2010, Napoli.

200) Munnich A. (2006). **Le point de vue du généticien**. In Bergeret J., Soulé M., Golse B. (2006). *Anthropologie du fœtus*. Dunod, Paris, pp. 11-20.

201) Muratori F. (1997). **Prefazione**. In Bydlowski M. (1997), op. cit., pp. 11-13.

202) Napolitano F. (2010). **Il Complesso d'Edipo e la nascita della controversia Freud-Klein**. Intervento al Ciclo di Seminari *L'oggetto nella clinica e nella teoria psicoanalitica*, organizzato dall'Associazione Lacaniana di Napoli, ottobre 2009-giugno 2010, Napoli.

203) Negro M., Claramelli F., Nicolosi G. (2009). **Figure della corporeità. L'esperienza del corpo nell'era delle biotecnologie**. Ed. Città Aperta, Troiana, Enna.

- 204) Negro-Vilar A. (1993). **Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women, an overview.** In *Environmental Health Perspectives Supplements*, 101 (2), pp. 59-64. Cit. in Scarselli V. (2007), op. cit., p. 12.
- 205) Nunziante Cesàro A. (1996). **Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sulla identità femminile.** Alfredo Guida Editore, Napoli.
- 206) Nunziante Cesàro A. (2000a). **Procreazione assistita: il desiderio di un figlio.** In Nunziante Cesàro A. (a cura di, 2000c), op. cit., pp. 71-99.
- 207) Nunziante Cesàro A. (2000b). **Genitorialità e procreazione assistita.** In *Psicologia clinica e dello sviluppo*, 2, pp. 303-312.
- 208) Nunziante Cesàro A. (a cura di, 2000c). **Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale.** Franco Angeli, Milano.
- 209) Nunziante Cesàro A., Palmisano A. (2002). **Psicoanalisi e bioetica nella PMA.** In Riccardi E. et al. (a cura di, 2002), op. cit., pp. 16-28.
- 210) Orgiazzi Billon-Galland I. (2003). **Singularités et paradoxes de la clinique psychanalytique: pertinence du singulier comme objet de connaissance.** In *Cliniques méditerranéennes*, 68 (2), pp. 175-191.
- 211) Osservatorio Donna (2008). **Progetto prevenzione infertilità. Piccola guida sulle principali cause di infertilità maschile e femminile. Come prevenirle, come diagnosticarle,** Milano. Consultato all'indirizzo internet
<http://temi.provincia.milano.it/donne/doc/pubblicazioni/progetto%20prevenzione%20infertilit%C3%A0-%20opuscolo.pdf>
- 212) Pasini W. (1978). **Cause psicologiche della sterilità e loro terapia.** In *Sessuologia*, 1, pp. 76-83. Cit. in Scarselli V. (2007), op. cit., p. 14.
- 213) Percovich L. (2005). **La coscienza nel corpo. Donne, salute e medicina negli anni Settanta.** Franco Angeli, Milano.
- 214) Pickmann C.-N. (2001). **Actualité d'un symptôme féminin: la stérilité psychique.** In *La clinique lacanienne*, 5 (1), pp. 109-123.

- 215) Pines D. (1990). **Emotional aspects of infertility and its remedies.** In *International Journal of Psychoanalysis*, 71 (4), pp. 561-568.
- 216) Piperno A. (2009). **Cercasi figlio disperatamente (durante le ferie).** In *Panorama*, 28/07, pp. 154-158.
- 217) Preta L. (1999a). **L'esperienza del «perturbante» nell'impatto con le biotecnologie.** In Preta L. (a cura di, 1999b), op. cit., pp. 5-20.
- 218) Preta L. (a cura di, 1999b). **Nuove geometrie della mente. Psicoanalisi e bioetica.** Laterza, Bari.
- 219) Quattrini F., Ciccarone M., Tatoni F., Vittori G. (2009). **Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile.** In *Sexologies*, 19 (1), pp. 15-19.
- 220) Quintili G., Lupoli M. (2009). **Il supporto psicologico nella fecondazione assistita.** Intervento al Seminario di Formazione *Procreazione assistita e sessualità nella coppia sterile. Aspetti clinici, psicologici e legali*, AIP Campania, 21 settembre, Napoli.
- 221) Raizon D. (2007). **Le premier bébé-éprouvette français fête ses 25 ans.** Consultato all'indirizzo internet http://www.rfi.fr/actufr/articles/086/article_49859.asp
- 222) Reale L. (2008). **Dalla parte delle madri.** In *Leggendaria*, 67 (12), pp. 55-56.
- 223) **Relazione (giugno 2010) del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15) - attività anno 2008.** Consultato all'indirizzo internet http://www.iss.it/binary/rpma/cont/relazione_PARLAMENTO_30giu2010.pdf
- 224) Renzi C., Daini S. (1995). **Percezione di sé e immagine corporea nell'infertilità. Uno studio attraverso il Disegno della Figura Umana.** In *Acta Medica Romana*, 33, 1995.

- 225) Riccardi E., Monti F., Passarelli C., Lombardini L. (a cura di, 2002). **Procreazione medicalmente assistita. Incontro di professionalità diverse tra i sintomi del corpo e i desideri della mente.** Atti del Convegno *Procreazione medicalmente assistita. Incontro di professionalità diverse tra i sintomi del corpo e i desideri della mente*, 13 ottobre 2001, Bologna, Grafiche M. M., Bologna.
- 226) Ricci G. (1996). **L'angelo artificiale.** In Fiumanò M. (a cura di, 1996), op. cit., pp. 61-97.
- 227) Richards L., Morse J.-M. (2007). **Fare ricerca qualitativa.** Trad. it., Franco Angeli, Milano, 2009.
- 228) Righetti P.-L., Galluzzi M., Maggino T., Baffoni A., Azzena A. (2009). **La coppia di fronte alla Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici, medici, bioetici.** Franco Angeli, Milano.
- 229) Ripa di Meana G. (2009). **I disturbi alimentari.** Intervento al I Convegno *I sintomi della contemporaneità*, Centro Psicoanalitico Lacaniano, 4 luglio, Napoli.
- 230) Risè C. (2009). **Virilità e sterilità.** Intervento al Convegno *La procreazione tra fantasma e desiderio*, 29-31 gennaio 2009, Napoli.
- 231) Roccella E. (2005). **Donne che non accettano l'utopia scienziata e non si fanno appiattare sui "diritti riproduttivi".** In *Il Foglio*, 17/03.
- 232) Rodotà S. (1999). **Il corpo tra la norma giuridica e norma sociale.** In Preta L. (a cura di, 1999b), op. cit., pp. 91-109.
- 233) Rodríguez Luño A., López Mondéjar R. (1986). **I valori personali della sessualità e della trasmissione della vita umana.** Consultato all'indirizzo internet [http://www.eticaepolitica.net/sexualita/arl-rlm_sexualita_humana\(it\).pdf](http://www.eticaepolitica.net/sexualita/arl-rlm_sexualita_humana(it).pdf)
- 234) Said T.-M. (2008). **Emotional stress and male infertility. Commentary.** In *Indian Journal of Medical Research*, 128 (3), pp 228-230.
- 235) Sanders K.-A., Bruce N.-W. (1999). **Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology.** In *Human Reproduction*, 14 (6), pp.1656-1662.

- 236) Salerno A. (2002). **Aspetti psicologici nella fecondazione assistita: excursus sulla recente letteratura scientifica.** In Di Vita A.-M., Giannone F. (2002). *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio.* Franco Angeli, Milano, pp. 214-221.
- 237) Salerno A., Piccolo C. (2005). **Il corpo smarrito: ridefinizione dell'identità corporea nella coppia sterile.** In *Atti del VII Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica, 23-24 settembre Cagliari*, p. 585-588.
- 238) Santorsola L. (2003). **Il significato teologico e morale della procreazione responsabile.** Consultato all'indirizzo internet www.famiglievietri.it/06_documenti/0309_teolprocreazione1.doc
- 239) Santosuosso A. (1996). **La paternità immateriale: un profilo giuridico.** In Fiumanò M. (a cura di, 1996), op. cit., pp. 117-150.
- 240) Sbiroli C. (2008). **È morta Isabella Coghi. Componente del Comitato Nazionale di Bioetica.** Consultato all'indirizzo internet <http://www.sigo.it/Ricordi.asp?ID=1>
- 241) Scarselli V. (2007). **Implicazioni psicologiche in coppie infertili. Utilità di una integrazione tra il medico e lo psicologo.** Tesi di dottorato di ricerca in *Fisiopatologia della riproduzione umana e sessuologia.* Università degli studi di Pisa. Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- 242) Scatoletti B. (1996). **Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente.** In *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29, pp. 37-44. Consultato all'indirizzo internet <http://www.in-psicoterapia.com/scatolet.htm>
- 243) Schneider M. (2000). **Généalogie du masculine.** Aubier, Paris. Cit. in Tain L. (2005), op. cit., p. 56.
- 244) Scotti F. (1982). **Pensare il cancro. Note di lettura di «Psicoanalisi e cancro» e «Corpo, affetto e linguaggio» di L. A. Chiozza.** In *Quaderni di Psicoterapia Infantile, La questione psicosomatica*, 7, pp. 185-198.

- 245) Serres M. (1986). **Postfazione**. In Testart J. (1986), op. cit., pp. 167-180.
- 246) Sétan A.-K. Theis A., de Tychev C. (2001). **Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilité féminines**. In *L'Évolution psychiatrique*, 66, pp. 61-74.
- 247) Sifneos P.-E. (1973). **The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients**. In *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
- 248) Smorti M., Valoriali V., Benvenuti P. (2008). **Rappresentazioni materne in gravidanza in un campione di donne sottoposto a fecondazione assistita**. In Atti del Congresso AIP, Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Padova, 12-14 settembre, p. 97.
- 249) Stoleru S. (1989). **Problemi legati al diventare genitori**. In Lebovici S., Weil-Halpern F. (a cura di, 1989). *Psicopatologia della prima infanzia. Il mondo del neonato*. Vol. 1. Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1994, pp. 87-103.
- 250) Suman A. (2002). **La relazione psiche-soma e il desiderio di maternità**. In Riccardi E. et al. (a cura di, 2002), op. cit., pp. 9-15.
- 251) Tain L. (2005). **Les nouvelles techniques de reproduction. Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux**. In *Informations sociales*, 128 (8), pp. 52-59.
- 252) Tain L. (2002). **The Hospital, the Woman and the Physician: The Construction of In Vitro Fertilization Trajectories**. In *Population-E*, 57 (2), 373-404. Selected from Tain L. (2001). *L'hôpital, la femme et la médecin: la construction des trajectoires de fecundation in vitro*. In *Population*, 56 (5), pp. 811-844.
- 253) Tallandini M.-A., Morsan V. (2008). **Essere genitori di bambini nati in provetta: conseguenze della Procreazione Medicalmente assistita (PMA) sugli aspetti della relazione parentale**. In *Psicologia clinica dello sviluppo*, 12 (2), pp. 179-202.

- 254) Taubes I. (2008). *Nous naissons tous avec une dette inextinguible. Entretien avec Jacques Arènes*. In *Psychologie*, 280, décembre, pp. 82-86.
- 255) Tecce M.-C. (2002). **Il ruolo dello psicologo nel percorso procreativo della coppia infertile**. Intervento al Convegno *Presentazione di tecniche avanzate nella diagnosi e terapia nell'infertilità umana*, settembre 2002, Brunico. Cit. in Cecotti M. (2004), op. cit., p. 68.
- 256) Testart J. (1993). **La procreazione assistita: un manuale per capire, un saggio per riflettere**. Trad. it., Il Saggiatore, Milano, 1996.
- 257) Testart J. (1986). **L'uovo trasparente**. Trad. it., Bompiani, Milano, 1988.
- 258) Thorn P. (2004a). **Gruppi condotti da professionisti**. In Asero et al. (2004), op. cit., pp. 65-68.
- 259) Thorn P. (2004b). **I gruppi di auto-aiuto**. In Asero et al. (2004), op. cit., pp. 61-65
- 260) Tort M. (1992). **Le désir froid**. Edition La Découverte, Paris. Cit. in Zurlo M.-C. (a cura di, 2002b), op. cit., p. 56.
- 261) Vaccaro P. (2001). **Il corpo smarrito. Ridefinizione del ruolo del corpo tra fecondazione artificiale e realtà virtuale**. Consultato all'indirizzo internet
<http://www.psychomedia.it/pm/grpind/family/vaccaro.htm>
- 262) Van Balen F., Naaktgeboren N., Trimbos-Kemper T.-C. (1996). **In vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery**. In *Human Reproduction*, 11 (1), pp. 95-98.
- 263) Vassas C. (2001). **Le corps à la lettre. Ou les quatre femmes de Jacob**. In *L'Homme*, 160 (1), pp. 11-40.
- 264) Vegetti Finzi S. (1994). **Biotechnologie e nuovi scenari familiari. Una prospettiva psicoanalitica e femminista**. In *Bioetica*, 1, pp. 60-82.
- 265) Vegetti Finzi S. (1999). **Goethe e Freud: forme di un immaginario condiviso**. In *Iride*, 12 (28), pp. 549- 576. Cit. in Francesconi M. (2005), op. cit., p. 90.

- 266) Vegetti Finzi S. (1990). **Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre.** Arnoldo Mondadori, Milano.
- 267) Vegetti Finzi S. (1997). **Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza.** Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- 268) Vigneri M. (1999). **Madri quasi vere (Sulle donne e la fecondazione artificiale).** In Preta L. (a cura di, 1999b), op. cit., pp. 150-165.
- 269) Vigneri M. (2003). **Mater dolorosa (sulle donne e la procreazione assistita).** In *Richard e Piggie*, 11 (3), pp. 285-300.
- 270) Villa C. (2002). **Testimonianze. Il ginecologo.** In Riccardi E. et al. (a cura di, 2002), op. cit., pp. 107-108.
- 271) Vitale Massoni C. (2009). Intervento all'Incontro con Psicoterapia Psicoanalitica *Il femminile*, SIPP, 27 giugno, Napoli.
- 272) Vitelli R. (2010). **L'al di là del femminile: note per una lettura antropoanalitica del transessualismo maschile.** Intervento alla Giornata di Studio *Il corpo ed il genere: un dialogo tra filosofia e psicopatologia*, Università degli Studi di Napoli "Federico II", 26 marzo, Napoli.
- 273) Von Weizsäcker V. (1950a). **Antropologia medica.** Trad. it. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, 1995, pp. 143-150.
- 274) Von Weizsäcker V. (1951). **I concetti fondamentali della ricerca.** Trad. it. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, 1995, pp. 158-166.
- 275) Von Weizsäcker V. (1955). **Lo sforzo principale della mia vita.** Trad. it. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, 1995, pp. 166-186.
- 276) Von Weizsäcker V. (1950b). **Sulla medicina psicosomatica.** Trad. it. In *Quaderni di Psicoterapia Infantile. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*, 31, 1995, pp. 150-158.

- 277) Wan Ho M. (1999). **Ingegneria genetica. Scienza e business delle biotecnologie.** Trad. it., DeriveApprodi, Roma, 2001. Cit. in Di Pietro A., Tavella P. (2006), op. cit., p. 22.
- 278) Weil E. (1993). **Les enfants, les embryons, les psychanalystes et la civilisation.** In *Revue française de psychanalyse*, 57 (4), pp. 1269-1279.
- 279) Weil-Olivier C. (avec la collaboration de Delchiaro L., 2008). **Vie de femmes. 50 ans d'avancées médicales.** John Libbey Eurotext, Paris.
- 280) Winnicott D.-W. (1958). **Dalla pediatria alla psicoanalisi.** Trad. it. Martinelli, Firenze, 1975
- 281) Winter J.-P., Mingasson L. (2006). **Nous sommes des passeurs de vie. Le désir et l'enfant à venir.** In *Informations sociales*, 132 (4), pp. 46-52.
- 282) Wischmann T.-H. (2003). **Psychogenic Infertility. Myths and Facts.** In *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20 (12), pp. 485-494.
- 283) Wright J., Sabourin S. (1994). **Consultation psychosociale auprès de couples infertiles: recherches et interventions.** In *Psychologie canadienne*, 35 (1), pp. 24-46.
- 284) Zalusky S. (2000). **Infertility in the Age of Technology.** In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, pp. 1541-1562. Trad. it. L'infertilità nell'era della tecnologia. In Richard e Piggie, 11 (3), 2003, pp. 250-270.
- 285) Zegers-Hochschild F., Adamson G.-D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., van der Poel S. (2009). **The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009.** In *Human Reproduction*, 24 (11), pp. 2683-2687.
- 286) Zimmermann G., Salamin V., Reicherts M. (2008). **L'alexithymie aujourd'hui: essai d'articulation avec les conceptions contemporaines**

des émotions et de la personnalité. In *Psychologie Française*, 53(1): 115-128.

287) Zerbetto R. (2009). **Quando Zeus partorì Atena: esiste una maternità al maschile?** Intervento al Convegno *Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*, 28 marzo, Milano.

288) Zurlo M.-C. (2000). **Fecondazione eterologa e counselling di coppia: alcune riflessioni.** In Nunziante Cesàro A. (a cura di, 2000c), op. cit., pp. 116-130.

289) Zurlo M.-C. (a cura di, 2002b). **La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici.** Liguori, Napoli.

290) Zurlo M.-C. (2002a). **La filiazione: temi e problemi.** In Zurlo M.-C. (a cura di, 2002b), op. cit., pp. 3-70.

291) Zurlo M.-C. (a cura di, 2009). **Percorsi della filiazione.** Franco Angeli, Milano.

<http://www.cairn.info/>

http://www.davis-floyd.com/art_index.html

<http://www.dizionario-italiano.it/>

www.cercounbimbo.net

http://www.iss.it/binary/rpma/cont/relazione_PARLAMENTO_30giu2010.pdf

Materiale Della Ricerca

Intervista semi-strutturata costruita ad hoc
Indagine esplorativa dei vissuti di
un gruppo di coppie che afferisce
al Centro per lo Studio e la Terapia della Sterilità e
dell'Infertilità di Coppia, presso l'Azienda Ospedaliera
Universitaria (AOU) "Federico II" di Napoli

1) Il percorso medico

Come mai siete qui?

È il primo centro che consultate?

Mi potete raccontare cortesemente il vostro percorso?

2) La storia della coppia

Come vi siete conosciuti?

Che cosa avete fatto?

Quando avete deciso di sposarvi/convivere? E perché?

Com'è stato il vostro matrimonio?

Com'è stato il passaggio alla vita matrimoniale?

E che cosa vorreste aggiungere?

Ecco, a proposito delle vostre famiglie....

3) La storia delle famiglie d'origine

Come sono? Me le potete descrivere?

Come sono stati i rapporti con loro in generale?

I vostri rapporti sono cambiati da quando vi siete sposati?

Adesso mi sembra che la logica conseguenza di tutto questo sia parlare del vostro desiderio di avere un figlio

4) Il desiderio di un figlio

Chi ha espresso per primo il desiderio di un figlio? E l'altro?

Secondo le vostre idee, i vostri sogni, cosa significa per voi

avere un figlio?

Cambierà la vostra vita?

Avete mai immaginato vostro figlio? Se sì, me lo potete descrivere cortesemente?

E la vostra vita con lui? Come pensate che potrebbe cambiare la vostra vita e il rapporto di coppia?



**AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA "FEDERICO II"**

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
"FEDERICO II"**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" offre dal 1997 una collaborazione tra il Centro per la Sterilità e l'Area di psicologia al fine di comprendere e aiutare le coppie ad affrontare un momento significativo delle loro vite.

Per questo motivo chiediamo la Vostra collaborazione, invitandoVi a raccontare le Vostre storie ed emozioni. La Vostra collaborazione è importante perché ci permette di approfondire e migliorare la conoscenza di tale momento.

Questo approfondimento avverrà attraverso un colloquio e sottolineiamo che si tratterà più di una conversazione che di un'inchiesta perché potrete raccontare di Voi liberamente. Speriamo possiate percepire questo spazio come accogliente e quindi che possiate sentirVi a Vostro agio e liberi di esporre tutti i dubbi che avrete prima durante e dopo questo incontro.

Il colloquio si concluderà con un questionario per la raccolta delle informazioni socio-anagrafiche e mediche e con la somministrazione di alcuni test.

Sarà possibile, inoltre, discutere dei risultati dei test, qualora lo desideriate.

Infine, la privacy è garantita, come previsto dalla legge (D. Lgs 196/2003) e come applicato nella nostra Azienda.

Vi preghiamo pertanto di esprimere esplicitamente il Vostro consenso a partecipare a tale ricerca.

Vi ringraziamo fin da ora per la Vostra collaborazione



**AZIENDA OSPEDALIERA
 UNIVERSITARIA "FEDERICO II"**
**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
 "FEDERICO II"**

SCHEMA SOCIO-ANAGRAFICA

Codice: _____

Data _____

- Dati personali

Genere	F	M
Data di nascita
Nazionalità	<p>1 Italiana</p> <p>2 Altra.....</p>	<p>1 Italiana</p> <p>2 Altra.....</p>
Titolo di studio	<p>1 Licenza elementare</p> <p>2 Media inferiore</p> <p>3 Media superiore</p> <p>4 Laurea breve</p> <p>5 Laurea</p> <p>6 Formazione post-lauream</p>	<p>1 Licenza elementare</p> <p>2 Media inferiore</p> <p>3 Media superiore</p> <p>4 Laurea breve</p> <p>5 Laurea</p> <p>6 Formazione post-lauream</p>

<p>Professione</p>	<p>1 Studentessa</p> <p>2 Operaia</p> <p>3 Impiegata</p> <p>4 Dirigente</p> <p>5 Libero professionista</p> <p>6 Imprenditrice</p> <p>7 Disoccupata</p> <p>8 Pensionata</p> <p>9 Militare</p> <p>10 Altro.....</p> <p>Ulteriori specificazioni: </p>	<p>1 Studente</p> <p>2 Operaio</p> <p>3 Impiegato</p> <p>4 Dirigente</p> <p>5 Libero professionista</p> <p>6 Imprenditore</p> <p>7 Disoccupato</p> <p>8 Pensionato</p> <p>9 Militare</p> <p>10 Altro.....</p> <p>Ulteriori specificazioni: </p>
	<p>Religione</p>	<p>1 Atea</p> <p>2 Agnostica</p> <p>3 Credente</p> <p>4 Praticante</p> <p>Specificare il tipo di religione: </p> <p>Pensa che alcuni aspetti della Sua religione possano essere in contrasto con un eventuale percorso di cura della sterilità/procreazione assistita?</p> <p>sì no</p> <p>Perché? </p> <p>Ne ha discusso con il Suo parroco/padre spirituale?</p> <p>sì no</p> <p>Cosa Le è stato detto? </p>

- *Storia familiare*

<i>Genere</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
Genitori	<p><input type="checkbox"/> 1 Sposati</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Separati Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Divorziati Da quanto?</p> <p>Vivono a poca distanza da casa Sua? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Lei presta/ha prestato loro assistenza? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Ulteriori specificazioni:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Sposati</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Separati Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Divorziati Da quanto?</p> <p>Vivono a poca distanza da casa Sua? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Lei presta/ha prestato loro assistenza? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Ulteriori specificazioni:</p>
Madre (data di nascita:)	<p><input type="checkbox"/> 1 Vivente e in buona salute</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vivente e ammalata Di cosa? Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Deceduta (Data:.....) Perché?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Vivente e in buona salute</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vivente e ammalata Di cosa? Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Deceduta (Data:.....) Perché?</p>
Padre (data di nascita:)	<p><input type="checkbox"/> 1 Vivente e in buona salute</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vivente e ammalato Di cosa? Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Deceduto (Data:.....) Perché?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Vivente e in buona salute</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vivente e ammalato Di cosa? Da quanto?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Deceduto (Data:.....) Perché?</p>

- Vita di coppia

<p>Stato civile</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Coniugati <input type="checkbox"/> 2 Conviventi</p> <p>Da.....anni/mesi Dopo un fidanzamento di.....anni/mesi Dopo una convivenza di.....anni/mesi</p>	
<p>Genere</p>	<p>F</p>	<p>M</p>
<p>Esperienze precedenti (altri partners)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Fidanzamento <input type="checkbox"/> 2 Convivenza <input type="checkbox"/> 3 Matrimonio <input type="checkbox"/> 4 Divorzio <input type="checkbox"/> 5 Separazione <input type="checkbox"/> 6 Morte del partner <input type="checkbox"/> 7 Figli</p> <p>Ulteriori specificazioni: </p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Fidanzamento <input type="checkbox"/> 2 Convivenza <input type="checkbox"/> 3 Matrimonio <input type="checkbox"/> 4 Divorzio <input type="checkbox"/> 5 Separazione <input type="checkbox"/> 6 Morte del partner <input type="checkbox"/> 7 Figli</p> <p>Ulteriori specificazioni: </p>
<p>Eventi importanti affrontati insieme</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Malattia grave di un familiare, amico o persona cara <input type="checkbox"/> 2 Morte di un familiare, amico o persona cara <input type="checkbox"/> 3 Disgregazione della famiglia <input type="checkbox"/> 4 Nascita di un bimbo <input type="checkbox"/> 5 Problemi lavorativi e/o economici <input type="checkbox"/> 6 Miglioramenti economici e/o assunzione di nuovi incarichi <input type="checkbox"/> 7 Trasloco <input type="checkbox"/> 8 Altro:.....</p> <p>Ulteriori specificazioni: </p>	

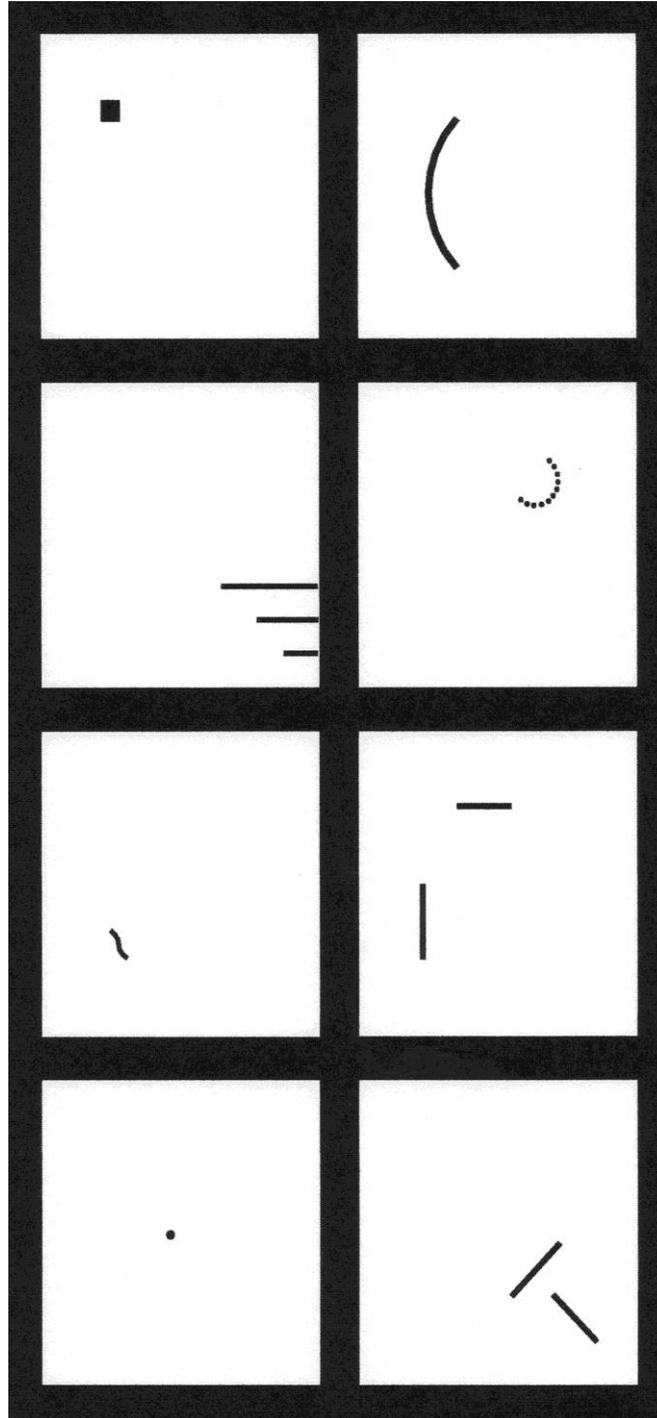
- La diagnosi di sterilità

Questa è la prima volta che Vi rivolgete a un centro per la sterilità?	
<i>Sì</i>	Chi ha preso l'iniziativa di rivolgersi ad un centro per la sterilità? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M </div> Perché ora? Perché proprio al Policlinico Nuovo di Napoli? Quali aspetti relativi a questo percorso Vi preoccupano di più?
<i>No</i>	Quanti centri o studi di specialisti avete contattato nel tempo? <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Uno</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Due</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Tre</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 4 Più di tre</div> </div> Erano tutti centri privati? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no </div> Perché avete cambiato? Qual è stata la Vostra esperienza?
<i>Diagnosi</i>	Avete già una diagnosi? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no </div> Se sì, quale? <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Ipofertilità femminile</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Ipofertilità maschile</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ipofertilità di coppia</div> <div style="margin: 5px;"><input type="checkbox"/> 4 Sterilità inspiegata</div> </div>
<i>Causa</i>	Sapete qual è la causa medica della Vostra condizione? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no </div> Se sì, qual è?

	<p>Cosa avete fatto in proposito?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Assunzione di farmaci</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Intervento chirurgico</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Altro:.....</p> <p>Ulteriori specificazioni:</p> <p>Quali risultati avete ottenuto?</p>
<p><i>Tecniche di procreazione assistita</i></p>	<p>Vi siete mai sottoposti a tentativi di fecondazione naturale attraverso rapporti mirati concordati con il ginecologo?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Vi siete mai sottoposti a cicli di stimolazione ormonale?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Vi siete mai sottoposti a tecniche di procreazione medicalmente assistita?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Inserire in questa riga la sequenza dei tentativi di procreazione assistita, specificando nell'ordine:</p> <ul style="list-style-type: none">-il tipo di fecondazione (N = naturale ; IUI = inseminazione intrauterina ; GIFT = trasferimento dei gameti ; FIVET = fecondazione in vitro ; ICSI = iniezione del singolo spermatozoo nell'ovulo)- anno- risultato (N = nessun concepimento ; M = mancato attecchimento ; A = aborto, a che settimana? ; B = bambino) <p>_____</p> <p>Es: FIVET 2002N ICSI 2003B ICSI 2007A(20a sett.)</p> <p>_____</p> <p>Ulteriori specificazioni:</p>

<p>Adozione</p>	<p>Avete mai pensato all'adozione?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Vi siete mossi concretamente in questa direzione?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Ulteriori specificazioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Psicologia</p>	<p>Avete mai avuto un colloquio con uno psicologo?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Se sì, chi?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i></p> <p>Quando?</p> <p>.....</p> <p>Per quanto tempo?</p> <p>.....</p> <p>Per quali motivi?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Siete rimasti sorpresi all'idea di trovare uno psicologo in un reparto di ginecologia?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Come l'avete immaginato?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pensate sia utile un colloquio con lo psicologo?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>sì</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p>Ulteriori specificazioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Desiderate essere ricontattati?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Sì per discutere dei risultati ai test</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Sì perché sento il bisogno di un sostegno psicologico in questo percorso</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Altro.....</p>

Fac-Simile del Test di Wartegg



Domande della Scala Alessitimica Romana

	1 Mai	2 Qualche volta	3 Spesso	4 Sempre	
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesco a comprendere le emozioni di un mio familiare anche dal tono della sua voce e/o dall'espressione del volto.
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In situazioni pericolose invece di sentirmi impaurito provo delle strane sensazioni fisiche.
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando mi capita di sentirmi triste capisco quali possono essere i motivi.
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evito di parlare degli aspetti più profondi ed intimi del mio carattere.
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando provo un'emozione so il perché.
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preferisco agire piuttosto che riflettere.
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprendo i sentimenti delle persone a cui voglio bene anche senza che ne parli.
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le mie sensazioni fisiche mi confondono.
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capisco facilmente chi mi circonda, le sue emozioni e il significato dei suoi comportamenti.
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riconosco con chiarezza le emozioni che provo.
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando mi arrabbio sto male fisicamente.

	1 Mai	2 Qualche volta	3 Spesso	4 Sempre	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se mi capita qualcosa di importante mi piace confidare le emozioni ai miei amici.
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cercare di comprendere i diversi aspetti di un problema complica solamente la vita.
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono attento a ciò che provano le persone che mi circondano.
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando mi arrabbio provo delle sensazioni fisiche difficili da comprendere.
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se mi sento angosciato capisco perché sto male.
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando sono agitato, cerco di nascondere agli altri i miei sentimenti.
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	È importante agire perché riflettere troppo è una perdita di tempo.
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ho delle difficoltà a capire quando gli altri sono tristi o giù di morale.
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	So con precisione quale emozione provo, anche nei momenti difficili.
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evito di parlare di me anche con le persone che conosco da molto tempo.
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detesto ragionare eccessivamente sulle cose che devo fare.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rimango distaccato dai problemi personali delle altre persone.
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non so perché mi sento così strano.
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando mi capita di essere agitato ne comprendo il motivo.
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesco a condividere i miei sentimenti più intimi con altre persone.
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando ho qualche problema lo analizzo nei minimi particolari.

POMS PROFILE OF MOOD STATES

Douglas McNair, Maurice Lorr, Leo F. Droppleman

Modulo autoscoring

Adattamento italiano di
 M. Farnè, A. Sebellico, D. Gnugnoli, A. Corallo

Attenzione. Questo modulo è stampato in azzurro ed è formato da più fogli incollati fra di loro: ogni altra versione è contraffatta, NON LA UTILIZZI. La fotocopia è illegale, danneggia la ricerca e non garantisce il Suo diritto a svolgere un test valido ed attendibile.

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Sesso: M F

Titolo di studio:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licenza elementare | <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore | <input type="checkbox"/> Studente della media superiore |
| <input type="checkbox"/> Licenza media superiore | <input type="checkbox"/> Studente universitario | <input type="checkbox"/> Laurea |
| <input type="checkbox"/> Laura triennale | <input type="checkbox"/> Laurea specialistica | <input type="checkbox"/> Titoli postlaurea |

Professione _____ Data prova _____

Istruzioni. Le seguente lista comprende sensazioni che tutti possiamo avere. Per favore, legga con attenzione ciascuna voce e contrassegni, tra le caselle poste alla destra di ogni voce, quella che meglio descrive come si è sentito/a nell'*ultima settimana*. I numeri nelle caselle hanno i seguenti valori:

0 = per nulla 1 = un poco 2 = una via di mezzo 3 = molto 4 = moltissimo

1. Teso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Arrabbiato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Stressato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Infelice	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Pieno di vita	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Con le idee confuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Scontento di quello che ho fatto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Con un tremito diffuso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Svogliato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Irritato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Malinconico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Attivo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Coi nervi a fior di pelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Immusonito	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Pieno di energia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. In preda al panico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Senza speranza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Rilassato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Degno di disprezzo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Scontroso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. A disagio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Irrequieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Incapace di concentrarmi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Stanco	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Seccato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Scoraggiato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Pieno di risentimento	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Nervoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Solo, isolato dagli altri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. Avvilito	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32. Scombussolato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33. Di buon umore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34. Amareggiato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. Esaurato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Ansioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37. Pronto ad attaccar briga	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38. Di umore nero	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. Sfiduciato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40. Indolente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41. Ribelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
42. Senza aiuto, abbandonato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43. Annoiato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
44. Perplesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
45. Pronto, in gamba	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
46. Deluso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
47. Furibondo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
48. Efficiente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
49. Pieno di iniziativa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
50. Di cattivo umore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
51. Persona di poco valore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52. Smemorato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53. Libero da preoccupazioni	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54. Terrorizzato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
55. Tormentato dai rimorsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
56. Forte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57. Indeciso su cosa fare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
58. Frastornato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4