

RIFLESSIONI

RIVISTA DI PSICOLOGIA GESTALT ANALITICA • N.5 • MARZO 2024

ATTI DEL IV CONVEGNO AIGA
"RIFLESSIONI CLINICHE SULL'INFERTILITÀ
E SULLA FECONDAZIONE ASSISTITA"



AIGA[®]

RIFLESSI

Editoriale	3	31	Desiderio di fare famiglia Rosa Spennato
Elisabetta Bernardi			
L'infertilità di coppia e la PMA: vissuti emotivi ed esperienze	4	37	Il caso di Marika: amami ad ogni costo Rebecca Autorino
Rebecca Autorino			
Fecondazione assistita omologa ed eterologa a confronto	19	54	Incontrando Me: esperienze di gruppo Francesca Fulceri
Alfonso Maria Irollo			
L'amore congelato	27	62	Postfazione Camilla Albini Bravo
Sara Vitiello			

Riflessi

Rivista di Psicologia Gestalt Analitica
Anno IV - Numero 5 - Marzo 2024
Registrazione presso il tribunale di Roma
n. 88/2017

In copertina:
Foto di Francesca Bernardi

Direttore Responsabile
Stefano Crispino

Direttore Editoriale

Rosa Spennato

Redazione

Elisabetta Bernardi
Stefano Alessandrini
Carmen Viccaro

Progetto grafico e impaginazione

Cristina Nenna / www.cristinanenna.com

Hanno collaborato

Camilla Albini Bravo, Rebecca Autorino,
Elisabetta Bernardi, Francesca Fulceri,
Alfonso Maria Irollo, Rosa Spennato,
Sara Vitiello

Editore

Associazione Italiana Gestalt Analitica

> Elisabetta Bernardi

Questo numero della rivista ospita gli atti del IV Convegno dell'Associazione Italiana Gestalt Analitica (AIGA), in collaborazione con l'Istituto Gestalt Analitica (IGA) e l'Associazione Italiana di Sessuologia Clinica (AISC), "Riflessioni cliniche sull'infertilità e sulla fecondazione assistita", tenutosi a Roma il 19 novembre 2022. La giornata di studio è stata pensata, ideata e organizzata dal gruppo di lavoro AIGA "Sessuologia e Gestalt Analitica", coordinato da Francesca Fulceri, che da anni si occupa di approfondire le tematiche legate alla sessualità in un'ottica integrata con il nostro modello di riferimento Gestalt Analitico. Il convegno è nato dalla voglia di puntare i riflettori sulla pratica della procreazione medicalmente assistita, sempre più diffusa e, in alcuni casi, ritenuta necessaria per dare una risposta concreta al desiderio di genitorialità. Nella pratica clinica, sono sempre di più le coppie o gli individui che chiedono un lavoro terapeutico per affrontare le tematiche di infertilità, sterilità, difficoltà a iniziare o portare a termine una gravidanza, con tutte le conseguenze psicologiche che questi temi attivano e portano con sé. Questo rende sempre più necessario un confronto tra specialisti, anche di diversa provenienza, e una formazione specifica sull'argomento, con tutte le sue variabili psicologiche, mediche e legali. Attraverso i casi clinici, ci siamo interrogati sul desiderio o sul bisogno di diventare genitori, sulla motivazione interna e sulla spinta sociale a procreare, sulla genitorialità "naturale" e sul figlio a tutti i costi, sulle conseguenze individuali e di coppia, sulla trasmissione intergenerazionale delle dinamiche psicologiche più profonde. Senza mai cadere nel giudizio, nella tentazione di schierarsi rispetto a ciò che da ognuno viene vissuto e percepito come giusto o sbagliato, abbiamo cercato di mantenere il più possibile la mente aperta per accogliere e suscitare spunti di riflessione. Speriamo di esserci riusciti. Buona lettura!

Elisabetta Bernardi

L'infertilità di coppia e la PMA: vissuti emotivi ed esperienze

“Il bambino nasce dentro di noi molto prima del concepimento. Ci sono gravidanze che durano anni di speranza, eternità di disperazione”
(M.I. Cvetaeva)

> **Rebecca Autorino**

In questo articolo desidero e desideriamo dare una visione generale sulla PMA e sui vissuti di tante coppie che effettuano questo delicato percorso. La riflessione è basata su anni di esperienza clinica dell'equipe di PMA Omnia Salute di Roma che da anni opera e coopera nel campo dell'infertilità e della fecondazione assistita in Italia ed in Europa. Inizialmente, all'interno della struttura veniva offerto un servizio di ascolto telefonico ed informativo basato sull'assunto che i pazienti che ne sentivano il bisogno potevano chiedere aiuto. Nel corso del tempo e con una serie di importanti cambiamenti all'interno della PMA nel nostro paese, si è fatta chiara la percezione che in questo delicato campo medico non si poteva fare solo questo. Molte coppie e molte pazienti temevano la PMA sino ad arrivare a sensazioni di dolore e paura tali da bloccarsi o da entrare in circoli viziosi di speranza e depressione sempre più chiari. Inoltre, le coppie erano sempre più "vittime" di trattamenti senza sentire il potere pro-creativo e la responsabilità nel percorso. Delegavano ai medici sia l'arrivo del bambino che il funzionamento della coppia stessa facendo rigidi protocolli quasi senza domande o accanendosi in cure e trattamenti con migrazioni da un centro all'altro ed arrivando spesso nelle strutture con diversi trattamenti alle spalle ma senza aver mai avuto informazioni ed accoglienza emotiva. Invece, le coppie che erano alle prime esperienze di PMA ci permettevano di vedere l'evoluzione dei vissuti e della coppia stessa nelle diverse fasi del trattamento sino all'arrivo del bambino. Per tutto questo, dopo anni di osservazione ed accompagnamento delle coppie, anche le figure psicologiche hanno iniziato a farsi strada nella PMA. Oggi è chiaro, osservando il lavoro dei centri di PMA in tutto il mondo, come vi sia una netta separazione tra strutture attente e sensibili anche alla componente psichica,

corporea e relazionale della coppia e quelle che funzionano come macchine da guerra senza tener conto di una visione integrata ed olistica della donna e della coppia. Con questo articolo si vuole dare una lettura generale della PMA e delle sue diverse dimensioni integrate affinché sia di aiuto e riflessione per ogni operatore che si ritrova ad accompagnare donne o coppie in questo delicato percorso. L'assunto da cui bisogna sicuramente partire è che serve una stretta e forte cooperazione tra il medico PMA e la figura del terapeuta così come, ancora oggi, serve una sensibilizzazione dei medici ai vissuti emotivi delle coppie ed una formazione e cultura di ogni operatore nel campo alle informazioni ed ai vissuti delle coppie in questo delicato percorso.

In this article I wish and we all want to give a general vision of PMA and the experiences of many couples who undertake this challenging journey. The idea is based on years of clinical research by the PMA Omnia Salute team in Rome which has been operating and cooperating in the field of infertility and assisted fertilization in Italy and Europe for many years. Furthermore, Based on the assumption that patients who felt the need could ask for help, at the very beginning, the facility used to provide them a chance to gather information or even ask for personal advice whether they had the urge to.

Over time and with a series of important changes within the PMA in our country, the perception became clear that only this could not be done in this delicate medical field. Many couples and many patients feared PMA at the point they experienced sensations of pain and fear such that they became stuck or started to strongly believe in a positive outcome that may bring a sense of depression in case of failure. We also noticed, couples were increasingly “victims” of treatments obstructing themselves feeling the strong pro-creative power and responsibility of the process. They delegated in fact to the doctors both the arrival of the child and the functioning of the couple by making rigid protocols almost without questions or insisting on care and treatments with migrations from one center to another and often arriving at the facilities with several treatments behind them but without ever having had information and emotional help. The couples who were at their first experiences of PMA allowed us instead to see the evolution of the experience among the couple themselves throughout the different phases of the treatment until the arrival of the baby. Because of this, after years of observation and accompaniment of couples, psychological figures have also begun to

make their way into PMA. Today it is clear, observing the work of PMA centers around the world, that there is a marked separation between structures that are attentive and sensitive to the psychic, bodily and relational component of the couple and those that function as war machines without taking into account an integrated and holistic vision of women and couples. With this article we want to give a general reading of the PMA and its different integrated dimensions so that it can be helpful and reflective for every operator who finds himself accompanying women or couples on this delicate path. The assumption from which we must certainly start is that close and strong cooperation is needed between the PMA doctor and the figure of the therapist just as, even today, doctors need to be made more aware of the emotional experiences of couples and the training and culture of each operator in the field to the information and experiences of the couples in this delicate journey.

.....

INFERTILITÀ: UNA SCOPERTA CHE CAMBIA E TRASFORMA

L'infertilità di coppia è ad oggi uno degli eventi con maggior impatto traumatico, stressante e sono in crescita esponenziale le coppie che si ritrovano a dover vivere ed affrontare medicalmente e psichicamente l'impatto e la "cura" di tale diagnosi.

In passato, anche a causa della scarsa informazione che c'era in questo campo, arrivavano nei centri di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) coppie con un'età più avanzata e che da lungo tempo provavano a concepire naturalmente un bambino. Oggi la situazione è in continuo movimento e vediamo anche coppie molto giovani o che provano da pochi mesi a concepire un figlio avvicinarsi alle cliniche di PMA ed iniziare percorsi di speranza e cura.

L'infertilità si presenta come un ospite indesiderato che minaccia ed interferisce in tutte le dimensioni esistenziali della coppia: fisica, psichica, sessuale, spirituale e relazionale. Nella letteratura scientifica attuale si sostiene che solo un modello complesso bio-psico-sociale e multifocale può permettere di avere un approccio "proficuo" nella relazione terapeutica con la coppia infertile (Liz, Strauss, 2005; Faramarzi, 2008).

Infatti, diversamente dal passato, nel nostro paese attraverso la Legge 40 si rende obbligatorio il supporto psicologico per i centri di PMA nelle tecniche di cura delle coppie. Tuttavia, ancora oggi la maggior parte dei centri ha figure psicologiche che vi collaborano e che sono contattate al bisogno invece di offrire tale prestazione specialistica come parte integrante ed anzi fondamentale nell'iter di PMA.

Nel percorso di PMA spesso i pazienti arrivano presso il centro con tante speranze e il pensiero

magico che quel medico o quel centro darà loro il figlio desiderato. Negli ultimi decenni si è sviluppato un fiorente business, senza un controllo di qualità. Alcuni centri, non seguendo un protocollo etico ma commerciale, facevano ricorso al luminare di grido del momento o del centro estero gemellato, ai quali rivolgersi, affrontando spese ingenti. Si vedevano così emigrare coppie da regione in regione o da nazione in nazione e con esse anche i loro bisogni e vissuti che restavano nascosti, di cui spesso ci si vergognava e non si potevano quasi condividere con nessuno.

Essere una coppia “infertile” era vissuta come un’etichetta scomoda che portava con sé un senso di vergogna, isolamento sociale ed a volte familiare, paura ed insicurezza. Non vi era informazione né dal punto di vista sociale che specialistico in questo campo. Le coppie entravano in cliniche che funzionavano come macchine da guerra, silenziose eseguivano tutti i passaggi prescritti senza quasi far domande ed aspettando per magia che sin dal primo tentativo di PMA arrivasse il “miracolo” desiderato. A questo si univano credenze sociali e religiose, sensazioni di peccato, vissuti di punizione e senso di perdita che hanno via via portato gli specialisti a chiedersi cosa si potesse cambiare ed in che modo.

Inizialmente collaboravano con i centri di PMA psicologi che non avevano esperienza in questo campo e spesso neppure informazioni e conoscenze scientifiche. Con il tempo si è sempre più fatta chiara l’esigenza di avere una buona formazione di base nel settore e non solo sui temi della PMA o infertilità ma anche sulle dinamiche di coppia, sui vissuti e sul lavoro importante che la coppia si ritrova a dover fare quando si vive un’esperienza minacciosa e luttuosa come quella dell’infertilità.

Le figure che collaborano con i centri di PMA devono essere parte integrante dell’equipe ed accogliere da subito le donne e le coppie indagando i vissuti emotivi, l’anamnesi dei pazienti e l’attuale situazione relazionale di coppia. Solo se vi è un’unione emotiva e sentimentale di coppia, un vissuto di rispetto, cooperazione, calore, reciproca accoglienza ed un buon dialogo si può affrontare nel modo migliore questo percorso.

L’impossibilità di concepire naturalmente un bambino porta la coppia ad intraprendere non solo un percorso di cura, ma in realtà un vero e proprio cammino ad ostacoli il cui esito finale è incerto. L’obiettivo sicuramente è quello di poter completare la propria famiglia con l’arrivo del figlio desiderato, ma in questo percorso non vi è garanzia di ciò.

La coppia, insieme all’equipe, si incammina in un iter fatto di indagini mediche, genetiche e psicologiche andando avanti per step, con tempi incerti e con tentativi di PMA che non sono uguali per tutti. Quasi sempre arriva da mesi di rapporti sessuali e sociali che hanno iniziato a subire stress ed interferenze significative e stanno provando da almeno 1 anno a concepire naturalmente un figlio. Ha probabilmente avuto già sei mesi di sessualità mirata, ovvero atta a concepire durante il periodo di ovulazione della donna.

Spesso i partner sono spaventati e disorientati ma carichi di aspettativa e non per forza depressi. Solitamente non conoscono nulla di infertilità e PMA diversamente da chi ne ha già effettuate. Si aspettano una cura miracolosa che però, spesso, dura più del previsto e frequentemente la sessualità è già minata in questa fase dicono spesso i pazienti nei primi colloqui in clinica: «non è più come prima dove ci divertivamo e basta!».

INFERTILITÀ DI COPPIA E SUE CONSEGUENZE

L'infertilità è un'esperienza sociale, culturale, relazionale, della vita, un'esperienza dei corpi: c'è il rischio che il coinvolgimento del corpo biologico nelle tecnologie riproduttive allontani dall'incontro con l'altro, mettendo da parte l'aspetto della relazione di coppia e svalutando il ruolo maschile. Spesso sono le donne che iniziano a gestire tutto, sessualità compresa, dal momento in cui, mese dopo mese, vedono l'arrivo del ciclo mestruale a confermare "l'impossibilità" generativa.

Immaginiamo come sia grande l'impatto dell'infertilità. La sensazione di frustrazione ed impotenza si lega all'impossibilità di poter controllare non solo i propri progetti individuali e di coppia ma anche il proprio corpo. Spesso, soprattutto laddove vi sono pregresse storie di abusi, disturbi alimentari, depressioni, ansie, traumi infantili e nello sviluppo, insicurezze, ecc., l'infertilità invade l'intero funzionamento della coppia e dei partner.

Solitamente nell'esperienza clinica si riscontra una maggiore sofferenza nelle donne ed un ruolo meno "ossessivo" dell'uomo che fa più da accompagnatore o sostenitore nel percorso. Tuttavia, avendo dato un maggior ascolto anche agli uomini negli ultimi anni, emerge che questi tendono a reprimere spesso le emozioni, a fare i forti per sostenere le proprie compagne e spesso con vissuti di inadeguatezza e timore. Mentre in questo percorso le donne esprimono dolore e paura al pensiero di non poter diventare mai madri, gli uomini hanno una maggiore preoccupazione per i vissuti e le reazioni emotive delle proprie compagne, oltre al timore di non poter diventare genitori.

In anni di studio ed esperienza clinica accanto a migliaia di coppie infertili è emerso con chiarezza tale vissuto. Spesso le donne esprimono rabbia, dolore e paura al pensiero di non poter vivere la propria gravidanza, di non poter allattare, crescere, cullare un bimbo proprio e maggiore è il "bisogno" di questo figlio tanto più serve nell'equipe specialistica la sensibilità di accompagnare ed affiancare con un percorso di psicoterapia il percorso stesso. Potremmo dire che vi sono degli step vissuti da tutte le donne che vanno da un iniziale senso di inadeguatezza, ansia ed insicurezza nella ricerca naturale del bambino a livelli sempre più alti di dolore e sofferenza. Maggiore è una pregressa sofferenza o instabilità emotiva anche mai realmente diagnosticata tanto maggiore è il vissuto negativo della donna.

Inizialmente ella porrà grandi aspettative nella figura del medico, seguirà meticolosamente ogni prescrizione, attenta a controllare tutto, così da poter riuscire ad 'avere' quel figlio e tentativo dopo tentativo, laddove la PMA non da subito il risultato desiderato, vivrà sempre più un senso di perdita, di vuoto, di abbandono. Questo risulta chiaro sin dal primo momento laddove il centro di PMA ha un'equipe esperta e sensibile dal punto di vista sia psichico che fisico rispetto ai bisogni dei pazienti. Lo si nota sin dal primo colloquio in base alle domande che i pazienti pongono, a come rispondono al primo incontro di sostegno psicologico o alle interviste somministrate in sede di anamnesi. Alle parole che usano «'disgrazia', 'siamo falliti', 'mesi di rapporti falliti', 'siamo stanchi', 'speriamo che dottore lei faccia il miracolo'» si legano determinate espressioni nel volto, frasi deprimenti e senso di fallimento, rabbia e ansia facilmente riconoscibili e, laddove si indaga con ulteriori colloqui, emerge spesso che quel figlio che 'deve arrivare' ad ogni costo è un bisogno vitale per dare senso di riconoscimento e conferma.

È molto importante in questi casi accompagnare in un lavoro di cura, sensibilità, pazienza e forte alleanza la paziente, così da aiutarla ad accogliere i propri bisogni ed a sentire le proprie ferite e fragilità liberando il bambino da tutte queste aspettative e proiezioni.

Spesso, a conferma di ciò, vi sono donne terrorizzate dall'idea della fecondazione eterologa. Provano rifiuto e terrore per tale possibilità non tanto perché riguarda una diversa e delicata forma di procreazione di un figlio, ma per ciò che attiva psichicamente in loro. Temi sul proprio DNA da tramandare, sul senso di essere 'incapaci ed inutili', sul senso di 'tradimento' del seme del proprio marito con l'ovocita arrivato in donazione, sulla somiglianza con quel bambino che sarà diverso e con il quale non ci si riconoscerà sono alcune delle profonde e dolorose emozioni riportate da queste pazienti.

Quando vi sono vissuti come questi nelle donne, spesso gli uomini sono silenziosi accompagnatori. Seguono le proprie compagne trattenendo sensazioni di solitudine e tradimento via via più profonde. Sono molto preoccupati per le proprie compagne ma vivono anche una trasformazione improvvisa di una coppia sino a poco tempo prima "unita e felice" che adesso è in un tunnel di dolore e apatia dove si parla solo di bambini, di cure, di problemi legati a questo tema e non si ride e gode più della vita in generale. Spesso, queste coppie tendono ad isolarsi da rapporti sociali e amicali, soprattutto se gli amici hanno bambini. Evitano vacanze in luoghi in cui vi sono bambini e le relazioni familiari se i rapporti hanno pregresse falle oppure, al contrario, si vedono importanti regressioni soprattutto nella relazione tra la donna e la propria madre. Attraverso l'infertilità e le cure mediche vi sono pazienti che iniziano a farsi 'ri-curare' dalle proprie madri, che con esse condividono ogni esperienza ad ogni step, che si fanno accompagnare ad ogni visita ed ai trattamenti medici.

Ne deriva che le rappresentazioni simboliche connesse alla genitorialità subiscono dei cambiamenti significativi nel percorso della PMA (Awonuga, Wheeler, Thakur 2018). Studi

scientifici, infatti, evidenziano che queste coppie trovano appoggio totale sul corpo medico, da loro idealizzato molto e trasformato in un oggetto di investimento affettivo importante. Il luogo ospedaliero diviene il solo posto dove provano un senso di sicurezza e dove incontrano e si identificano con altre coppie private del figlio che le faccia sentire veramente tali. Poste sotto l'autorità e le costrizioni dei protocolli sanitari, si affidano ciecamente ai medici per contenere la loro angoscia.

Tuttavia, non tutte le coppie vivono così l'iter di PMA. Laddove il bambino è un 'desiderio' profondo ma non vitale per i partner e laddove vi sono pazienti con una buona resilienza, capacità di fronteggiare gli eventi stressanti facendo squadra e sentendosi uniti da un legame forte e stabile, ecco che la PMA può essere riconosciuta come un momento di stress e trasformazione anche rispetto a temi di crescita personale e coniugale.

Queste coppie solitamente arrivano dopo aver parlato con il proprio ginecologo di riferimento. Hanno fatto per alcuni mesi delle indagini di base e si sono, poi, rivolte al centro PMA con l'intento di affidarsi e di fare un percorso per raggiungere l'obiettivo di completarsi come famiglia. Sono coppie che ascoltano le informazioni, accolgono con maggiore forza d'animo le cure da fare e fanno domande per avere il quadro della situazione, sentendosi protagonisti attivi del percorso.

Il vissuto in tal caso non è di "cura o medico miracoloso" ma di essere in un luogo in cui si sarà aiutati ed accompagnati per fare il possibile affinché si arrivi al bambino desiderato. Sono coppie che non pretendono il figlio ad ogni costo, che si fidano dell'equipe e si lasciano accompagnare in un clima di fiducia e reciproca collaborazione. Sono coppie che accolgono meglio anche il sostegno psicologico, lo reputano una grande opportunità, non lo sentono giudicante o minaccioso quando il centro di PMA lo propone, ma ne sentono la potenzialità e risorsa. Sono coppie che spesso, laddove hanno consapevolezza di pregressi traumi o fragilità, chiedono una psicoterapia individuale o di coppia che poco dopo il suo inizio diventa un lavoro parallelo alla PMA. In tal caso il percorso di psicoterapia non ha più al centro il tema del bambino, ma temi e bisogni che si nascondono dietro alla PMA che, se trasformati, permettono di elaborare meglio gli step del percorso stesso, così come l'eventuale impossibilità generativa di un figlio.

Queste coppie sono maggiormente aperte al passaggio dalla PMA omologa a quella eterologa, oppure hanno anche un'apertura verso la possibilità di adozione di un bambino o di restare senza figli concependo altro come coppia oltre un figlio.

In generale, per addentrarci meglio nella sfera psichica e sociale di queste coppie, possiamo vedere come la coppia che non riesce a procreare, laddove l'iter avanza a lungo nel tempo, spesso è vittima di un vero e proprio 'trauma' a cui non è preparata, che mette in crisi il proprio sistema di valori, i progetti e le speranze. Quando non si riesce a procreare l'immagine di sé che si sviluppa è una immagine personale negativa, caratterizzata da un flusso di emozioni ingovernabili.

INFERTILITÀ E STERILITÀ NON SONO LA STESSA COSA

Nei casi in cui non si parla più di infertilità cioè dell'impossibilità di concepire un figlio naturalmente con i gameti della coppia ma di impossibilità a procreare la situazione cambia e può attivare sentimenti ancor più luttuosi. La sterilità, vale a dire l'impossibilità nel procreare con i propri gameti anche con la PMA, acquista connotazioni di morte, di negazione della possibilità di sviluppare non solo il proprio progetto familiare ma anche quello individuale, di angosce di svuotamento, di castigo, di solitudine e di vergogna ancor più intense, che spesso si legano e vengono accentuate da traumi pregressi nella storia dei partner.

Laddove vi sono latenti conflitti personali o di coppia ecco che dinanzi a ripetute PMA non andate a buon fine o alla diagnosi di sterilità questi vissuti vengono a galla. Spesso, quando vi sono storie dolorose nella vita dei pazienti, si iniziano a vedere proiezioni aggressive, depressioni, gravi conflitti, mancanza di dialogo o negoziazione nella coppia e via via lavorando in terapia con i partner, vengono fuori relazioni ambivalenti, insicure o conflittuali con le proprie figure genitoriali.

Ci sono percorsi di PMA e situazioni che necessitano di un'equipe formata e sensibile che aiuti la coppia a fermare temporaneamente l'iter di PMA per concentrarsi su tutte le tematiche che la sterilità ha portato a galla, affinché si crei prima una nuova stabilità ed uno spazio vitale e fecondo nella coppia così da poter accogliere un diverso percorso verso la genitorialità.

I temi emersi fin qui lasciano ben immaginare ai colleghi terapeuti come sia grande l'impatto dell'infertilità nella vita delle coppie e quanto sia fondamentale una buona conoscenza e preparazione nel campo, oltre ad un lavoro integrato e fortemente connesso con le figure mediche.

Per specificare meglio, la PMA eterologa permette di «avere un bambino» grazie alla donazione di gameti esterni, in donazione da donatore o donatrice. In Italia solo da pochi anni si è riaperta tale possibilità e tale tecnica si può effettuare anche in convenzione con il SSN in strutture ospedaliere o private convenzionate.

Oggi però nelle strutture ospedaliere ancora vi sono due grosse lacune: lunghe liste d'attesa sino a due/tre anni che immaginiamo abbiano un impatto sulla vita e sul progetto genitoriale della coppia. I costi dei ticket sono diversi tra regioni. Vi sono diverse cliniche private convenzionate nelle varie regioni d'Italia che, attraverso il ticket stabilito dalla regione, effettuano tecniche di omologa o eterologa senza lista d'attesa e con costi notevolmente inferiori. Questo da un lato ha aiutato molte coppie costrette in passato a costose e faticose migrazioni all'estero per effettuare tecniche che in Italia erano vietate come l'eterologa e dall'altro ha ridotto notevolmente i costi che queste coppie erano costrette a sostenere sino a 15.000/20.000 euro a tentativo di PMA in questi viaggi della speranza. Immaginiamo la ricaduta emotiva ed economica che si aggiungeva ed ancora aggiunge a quello psichico e fisico per queste coppie.

Tuttavia, nonostante sia migliorata un po' l'informazione nel nostro paese, vediamo ancora una grossa falla nella donazione dei gameti alle coppie eterosessuali e l'impossibilità di effettuare la PMA con donazione di gameti per i single e per le coppie omosessuali. Tutte queste coppie sono ancora oggi costrette ad effettuare la PMA esclusivamente all'estero, sostenendo a proprie spese il costo di tutti i tentativi, dei farmaci, del viaggio e delle spese legali dopo l'arrivo del bambino, oltre alla fatica del suo riconoscimento.

Quando si parla di PMA eterologa bisogna fare una grossa distinzione con il tema dell'adozione. Ancora oggi vi sono molte coppie che vivono l'eterologa come se si adottasse un bambino e questo crea confusione nella coppia e verso il futuro nascituro. Mentre l'adozione prevede l'arrivo e l'accoglienza di un bimbo nato da altri, spesso con traumi importanti nei primi mesi o anni di vita, con un tema di abbandono ed un bisogno di essere accolto, accettato, amato, curato in un percorso di crescita nella famiglia che di lui si prende cura. La PMA eterologa è tutta un'altra situazione, qui siamo davanti ad una coppia che ha un proprio lutto ed un proprio vuoto. Una coppia che scopre di non poter concepire un figlio né naturalmente né con le cure mediche e che è costretta a dover 'prendere' in donazione dei gameti spermatozoi e/o ovociti da donatori.

Laddove si tratta di una ovodonazione il vissuto della donna è vario, da una parte ci sono pazienti che accolgono questa possibilità dopo aver ricevuto le giuste informazioni e condiviso con i tempi e nel giusto spazio emozioni e vissuti. Queste pazienti non sentono che viene minata e danneggiata la propria immagine femminile o identità, ma pian piano accolgono il "dono" e la possibilità di questa scelta. Accolgono il fatto che nonostante l'ovocita sia di una donatrice ed anche il suo DNA, vi è un grembo proprio, un utero proprio, cellule, plasma, vissuti, emozioni e sentimenti in coppia da cui quel bimbo prende vita e si forma. È molto emozionante vedere questo passaggio in queste pazienti ed in terapia, laddove vi è una buona alleanza ed un lavoro di trasformazione, ecco che si può toccare con mano questo passaggio. Sono pazienti che accolgono meglio anche la gravidanza e che nei mesi di gestazione, dopo che si assicurano sulla salute del bambino, quasi non parlano più di eterologa e sentono emozioni e vissuti simili a quelli delle pazienti che effettuano l'omologa. Sono coppie che scelgono di essere riservate sul percorso di eterologa non per vergogna sociale o per paura dei pregiudizi, ma per proteggere il futuro bambino mostrando empatia e sensibilità nei suoi confronti e nel suo futuro. Spesso questa scelta è condivisa solo con persone molto vicine e con i familiari stretti e nell'ultimo trimestre si riflette su domande lecite quali: «Quando lo diremo a nostro figlio? E se avesse dei problemi futuri come possiamo sapere se nella donatrice vi erano patologie familiari?». Queste coppie scelgono spesso di raccontare attraverso una fiaba ed un racconto al proprio bimbo come è arrivato, oppure chiedono aiuto per trovare il giusto modo per farlo nel futuro.

Dall'altra parte, laddove l'eterologa è una scelta imposta dal centro PMA e obbligata, ecco che scatena sentimenti di rabbia, odio, rifiuto che, se non sono elaborati, riconosciuti e trasformati

possono impattare fortemente sulla gravidanza e sul post partum sia sotto forma di rifiuto del bambino, a volte celato dietro una grande morbosità o ansia o angoscia di morte dello stesso, sia scatenando fobie e/o depressione post partum nella mamma. Ciò non significa che la depressione post partum sia legata necessariamente al rifiuto del bambino, poiché spesso in questo campo della PMA ed in generale vi sono situazioni di depressione post partum dovute anche ad un crollo delle pazienti dopo anni di cure e fatica. Può succedere che dopo aver tanto combattuto per quel bimbo si abbia un crollo emotivo ed un forte senso di stanchezza, fatica, logoramento proprio quando questo arriva. Laddove vi è un buon sostegno nella PMA e nella gestazione questo pericolo è ridotto e prevenuto.

La PMA eterologa è accolta meglio dalle coppie che hanno: livello socio-culturale più elevato, maggiore consapevolezza ed inferiore negazione dei motivi dell'infertilità di coppia età, cause, ecc. Sono spinte più dal desiderio che dal bisogno di un figlio, hanno un sostegno emotivo che dà loro spiegazioni sul significato dell'eterologa, non sono fortemente religiose.

Per noi psicoterapeuti è molto importante riconoscere quali patologie possono associarsi al tema della PMA e dell'infertilità, avendo la sensibilità anche di alfabetizzare i pazienti soprattutto laddove sono ignari di tutto questo mondo.

Le situazioni più delicate per la donna sono le patologie oncologiche dove non vi è stata preservazione della fertilità, oggi finalmente lo prevede la legge, l'endometriosi, patologia che crea dolorose e gravi aderenze in diversi organi femminili anche riproduttivi. L'endometriosi può soffocare le ovaie e quindi interferire sulla qualità e vitalità degli ovociti. Oggi i medici esperti prevedono l'intervento e la cura dell'endometriosi prima di effettuare tecniche di PMA laddove questa è grave oppure la preservazione dei gameti e le giuste cure in pazienti giovani. Problematiche nella sfera emotiva come depressione, stress, ansia che interferiscono con l'asse ipotalamo ipofisi surrene e con il sistema ormonale e cause sessuologiche come dispareunia, disturbo del desiderio e vaginismo, possono creare infertilità di coppia. Nella sfera della sessualità si lavora in parallelo tra la preservazione dei gameti e/o la PMA e la psicoterapia. Menopausa precoce, età avanzata o rinvio nel tempo della PMA, il tema delicato dei nostri tempi cui è importante la preservazione degli ovociti nelle donne giovani, fallimento di precedenti trattamenti di PMA omologa e situazioni di poliabortività, aborti ripetuti da gestazione con concepimento naturale o a seguito delle PMA.

La poliabortività intensifica ancora di più tutte le emozioni, poiché non solo il corpo ma anche quel «bambino» può diventare un nemico laddove vi sono proiezioni materne su di lui.

Una paziente dopo ripetuti tentativi di PMA piangeva sul lettino in clinica nel suo ultimo tentativo: «il mio corpo non funziona come deve, non collabora con me per arrivare a questo figlio, inizio ad odiarlo!» e un'altra paziente dopo ripetuti aborti si rivolgeva così al bambino «che

non voleva arrivare da lei” in seduta di terapia: «se non vuoi venire da me e vuoi andare da tutte le altre donne, persino da quelle che ammazzano i figli o li trascurano be' allora vai... non me ne frega più nulla di te, sei cattivo e inizio a odiarti per come mi stai facendo soffrire». Dopo un grande lavoro basato sulla bambina dentro di lei, sulla rabbia repressa verso le figure genitoriali, sul tema dello spazio e sulla storia dell'abortività in diverse donne della sua storia familiare e trigerazionale questa paziente è riuscita non solo a restare naturalmente incinta dopo cinque PMA, ma ha portato a termine la gravidanza.

Nella sterilità maschile rientrano tutte quelle situazioni in cui vi sono patologie oncologiche o genetiche pregresse e non vi è stata preservazione dei gameti, malattie che hanno causato l'impossibilità di produrre spermatozoi che sono assenti sia a livello seminale che testicolare; laddove vi è assenza di spermatozoi nel liquido seminale si possono trovare a livello testicolare e prelevare con biopsia, patologie che rendono malformati gli spermatozoi. La sessualità maschile provoca infertilità nelle situazioni di eiaculazione tardiva, retrograda o precoce e nel disturbo dell'erezione, in tal caso il seme può essere recuperato attraverso diverse soluzioni in laboratorio, come per tutti i disturbi sessuologici, si lavora anche con una psicoterapia.

In questi casi l'impatto sulla coppia e sulla partner può essere molto forte poiché non solo vi sono tutti quei sentimenti che si riscontano nella dinamica di coppia e nella clinica sessuologica, ma entra in gioco anche il tema procreativo. La donna spesso è portatrice di vissuti di tradimento e di sacrificio con cure mediche e PMA a causa del problema sessuologico maschile. Sentimenti di rabbia e abbandono si uniscono a quelli della PMA ed in questo caso è un'emergenza fondamentale quella del sostegno di coppia in un lavoro integrato tra PMA e Psicoterapia che aiuti i partner ad affrontare i temi sottostanti al sintomo sessuale e riguardanti la dinamica di coppia.

Vi sono inoltre quelle situazioni di doppia donazione, ovvero dove per diverse cause la coppia si ritrova a dover fare una doppia eterologa sia maschile che femminile. Mentre nell'eterologa femminile l'uomo è più preoccupato per i vissuti della partner ma soffre meno sull'impatto della donazione di gameti accogliendo più facilmente il percorso, in quella maschile l'uomo può subire un impatto diverso, soprattutto laddove vi è già una scarsa autostima o rigidità di pensiero che rendono particolarmente frustrante il vissuto per l'uomo. In questi casi è fondamentale rinforzare i partner e la coppia affinché sia ben accolta la scelta soprattutto l'uomo non si senta completamente estraneo alla gravidanza ed al bimbo atteso.

INFERTILITÀ: LA COPPIA E L'EQUIPE IN UN CAMMINO INSIEME

In generale, a prescindere da tutti i vissuti e le possibili strade di PMA, ogni tecnica di PMA prevede cinque step delicati ed abbiamo voluto creare nel tempo un progetto che prevede la presa in carico e l'accompagnamento di ogni coppia e paziente tenendo cura non solo delle cure mediche ma anche dei vissuti e risvolti psichici ad ogni step (Autorino A.R., A.M. Irollo, M.F. Gangale, 2018).

Alla diagnosi di infertilità corrisponde l'invito a contattare un centro di PMA da parte dei ginecologi di base alla coppia, che cerca naturalmente un bimbo da minimo sei mesi. In questa fase la coppia non solo vive lo shock della diagnosi ma anche l'ansia ed il timore di quale sia il giusto centro o il medico adatto. In questa fase è importante per noi specialisti non solo conoscere tutti questi temi, ma anche poter aiutare e sostenere la coppia o i nostri pazienti a condividere le emozioni, lavorare sulle aspettative e sulle informazioni utili. Ecco perché è fondamentale per gli operatori nel campo il lavoro di rete e di formazione.

Prima visita con il centro PMA. In questa fase la coppia entra per la prima volta nel centro di PMA. Vedrà altri in sala d'attesa, porterà con sé domande, paure, aspettative ed il medico ha l'importante compito di essere esaustivo, fermo e rassicurante, di mettere la coppia a proprio agio, di conoscere l'anamnesi e di spiegare bene in cosa consiste il percorso e le cure. Accanto al medico entra in gioco, anche nel centro PMA, la figura dello psicologo, del biologo e dell'ostetrica. Tutta l'equipe da subito ha il compito di accogliere, prendere in carico e far sentire in un porto sicuro la coppia. A questo punto lo step successivo è quello di ulteriori indagini mediche, infettive, endocrinologiche, senologiche, genetiche e psicologiche.

Questo step è molto delicato poiché vi sono indagini ginecologiche ed andrologiche atte a comprendere se vi sono i presupposti per effettuare la PMA omologa o eterologa ed in generale la situazione complessiva della coppia. Dai colloqui psicologici l'equipe ha un quadro sulla stabilità emotiva di coppia e se ci sono fragilità o bisogni da affrontare o considerare per un percorso che sia rassicurante e sensibile. Al contempo la donna si ritrova a dover affrontare indagini spesso invasive e dolorose come la biopsia, esame dell'utero e delle tube attraverso l'isteroscopia ed istero sonografia, mentre l'uomo dovrà rilasciare il liquido seminale in un ambiente artificiale e spesso ad impatto emotivo significativo anche per lui. La coppia proprio in questa fase inizia ad aumentare la consapevolezza che tutto ciò che prima sembrava così scontato e naturale ora è artificiale, impattante ed invasivo da ambienti e figure mediche. Sin dall'inizio ed a maggior ragione da questa fase è fondamentale che lo psicologo accolga ed informi in modo esaustivo ed emotivo.

In questa fase il medico e lo psicologo raccontano alla coppia come procederà il percorso ed accolgono domande, paure, emozioni, proiezioni, aspettative. Laddove c'è accoglienza e senso di presa in carico ecco che la coppia si sente fiduciosa e si apre al percorso nonostante le emozioni individuali di ciascuno.

Questa è la fase della cura medica. Dopo aver avuto tutte le risposte mediche ecco che si prescrive un piano terapeutico di cura. All'arrivo del ciclo mestruale della donna si iniziano le cure ormonali, sottocute con penne di soluzione ormonale, gli integratori ed i controlli ecografici. L'uomo qui dovrebbe essere un importante pilastro per la compagna ed i vissuti riportati, dalla coppia in questa fase, ci raccontano tanto della loro dinamica. Solitamente le cure ormonali durano dai 10

ai 13 giorni e da lì la coppia torna in clinica per effettuare in sedazione generale il prelievo degli ovociti per la donna. L'uomo in contemporanea rilascia il liquido seminale che viene lavorato in laboratorio per poi fecondare gli ovociti della compagna. Terminato il processo la coppia torna a casa e resta in attesa di informazioni sul numero di embrioni che si sono sviluppati e sul processo evolutivo degli stessi. Si torna presso il centro da 2 a 5 giorni dopo per effettuare il transfert, ovvero trasferimento e/o guidato in utero degli embrioni.

Immaginiamo l'impatto emotivo di tale percorso, sia rispetto alle paure su cosa e quanto si è prodotto e sviluppato, su come i biologi si prendono cura delle loro cellule e degli embrioni. In passato ed ancora in molti centri, il trasferimento in utero avveniva con la sola donna in sala operatoria. Oggi, questo avviene con l'uomo che affianca la donna sul lettino ginecologico ed insieme vivono il processo di trasferimento guardando in vivo la provetta portata dal biologo e l'inserimento in utero attraverso il monitor. L'esperienza è molto delicata ed importante ed in terapia ha un grosso ruolo questa condivisione che possiamo vedere come un'altra forma di concepimento.

Dal momento del transfer la coppia attenderà 14 giorni per effettuare poi le beta- hcg o il test di gravidanza che dirà se la tecnica di PMA è andata a buon fine. In questa fase la donna prosegue con ulteriori punture e cure ormonali oltre ad una dieta mirata e ad una vita più rilassata. Questa fase solitamente vede per i primi giorni una grande energia e fiducia nella donna e poi, negli ultimi giorni di attesa, un aumento di ansie e paure sull'esito. Quando la coppia si sente accompagnata e sostenuta allora comprende che il tentativo non garantisce la gravidanza. Entrerà nella percezione che serve una sinergia di fattori tra i quali quello della natura corporea a permettere l'esito desiderato.

Nella PMA eterologa il percorso è lo stesso tranne che per la fase di stimolazione ormonale. In questo caso la coppia firmerà dei consensi in cui parte la ricerca dei gameti in banche estere che siano compatibili per gruppo sanguigno. Tutto è effettuato sotto rigidi protocolli medici e deontologici. All'arrivo dei gameti della donatrice, che si sottopone al posto della paziente ai trattamenti medici donando poi i suoi gameti, ecco che in laboratorio vengono fecondati con il seme del partner e poi il percorso continua come per la PMA omologa. Nella eterologa maschile si attende l'arrivo del campione di seme donato e si feconderanno gli ovociti della donna in laboratorio con il seme in donazione. Quando si tratta di doppia donazione, la coppia attende l'arrivo dei campioni di gameti maschili e femminili compatibili, non farà alcun trattamento medico di stimolazione ma solo di preparazione al trasferimento di embrioni che si creano con i gameti in donazione.

In generale ogni coppia riceve e deve ricevere il giusto sostegno emotivo, ma nel percorso di PMA eterologa esso è obbligatorio e fondamentale soprattutto nei colloqui di accettazione

ed accoglienza della stessa. Non sono rari casi in cui vi sono state interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) in pazienti che, senza alcun sostegno, accettavano la PMA eterologa per poi sentire profondo rifiuto del feto. A prescindere dalla tipologia di percorso è chiaro che tutto ciò necessita di grande accoglienza e di un importante accompagnamento.

CONCLUSIONI

Per concludere potremmo dire che il lavoro con tutte queste coppie spesso è di accettazione, trasformazione e riparazione con gli obiettivi di: lavorare sulla riappropriazione del sé, dei progetti insieme oltre il figlio, dell'intimità e della sessualità dopo aver accolto la scelta giusta e sentita in entrambi. L'assunzione di responsabilità sul percorso di ciascuno, sui propri bisogni e/o sulle proprie difficoltà aiuta i partner a migliorare la comunicazione e negoziazione.

Gli interventi psicologici nella PMA devono essere sempre integrati all'iter medico in un lavoro di equipe e di rispetto reciproco che prevede: colloqui di coppia sin dall'inizio della scoperta dell'infertilità e sin dall'arrivo presso il centro di PMA, psicoterapia individuale soprattutto laddove dietro ai partner vi sono storie esistenziali significative, traumi da abusi e/o perdite, DCA, patologie nella sessualità, sostegno psicologico in base alla situazione e collaborazione con lo psichiatra per patologie psichiatriche ed il nutrizionista per disturbi e bisogni alimentari. Inoltre, importante è il Gruppo con il potere di identificazione ed incontro con l'altro da Sé ed uno sportello informativo continuo all'interno dei centri di PMA, dal vivo e via web, poiché laddove le coppie sono formate ed informate già è un grandissimo passo avanti.

Come possiamo evincere dopo la lettura di questo articolo, nella PMA non siamo mai davanti a coppie che necessitano di cure mediche per completarsi come famiglia ma siamo davanti a storie delicate, a volte complesse e spesso bisognose di cura profonda, medica ed emotiva. Siamo davanti a partner spaventati e vulnerabili e ad altri più forti e resilienti ma altrettanto bisognosi di ascolto e calore. La PMA oltre ad essere procreazione medicalmente assistita deve essere un cammino in cui andare avanti, insieme, step dopo step, accogliendo e trasformando ciò che arriva con il suo senso e significato e questo forse è uno dei più difficili ostacoli da superare per molti pazienti.

Noi professionisti ogni giorno ci troviamo davanti ad intere e lunghe strade di vita che i pazienti hanno percorso sino a varcare le porte dei nostri centri di PMA e l'obiettivo principale sta nell'aiutare la paziente e la coppia a sentire la direzione giusta per i propri vissuti e per le proprie risorse, in un lavoro integrato basato su obiettivi comuni e soprattutto sul sentire.

BIBLIOGRAFIA

Awonuga A.O., Wheeler K., Thakur M. et al. *The value of delaying hCG administration to enable maturation of medium-sized follicles in patients undergoing superovulation for IVF/ICSI*, J Assist Reprod Genet 35 (Febbraio): 289-295, 2018

Faramarzi M., Alipor A., Esmaelzadeh S. et al. *Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine*, J Affect Disord 108, no. 1-2 (Maggio): 159-164, 2008

Liz T.M., Strauss B., *Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients*, Human reproduction 20 no. 5 (Giugno): 1324-1332, 2005

Fecondazione assistita omologa ed eterologa a confronto

> Prof. Alfonso Maria Irollo / *Direttore clinico PMA Chianciano Salute*

La sterilità di coppia è una malattia in continuo aumento. La medicina in questi anni per porre freno alla denatalità che ne consegue e per correggere tale patologia ha affinato sempre di più le tecniche. Le prime procedure efficaci sono state le tecniche di procreazione in vitro omologhe.

L'aumento dell'età media delle donne che ricercano una gravidanza ha indotto la medicina ad adoperare gameti esterni alla coppia. Tali tecniche hanno permesso a molte coppie con donne al di sopra dei 40 anni di ottenere la gravidanza, ma per venire incontro anche alle coppie che non desiderano il ricorso a gameti provenienti da banche, è nata una nuova branca della medicina ovvero la medicina rigenerativa per la fertilità di coppia.

Couple sterility is a constantly increasing disease. In recent years, medicine has increasingly refined the techniques in order to slow down the resulting birth decrease and to correct this pathology. The first effective procedures were the homologous in vitro procreation techniques.

The increase in the average age of women seeking pregnancy has induced medicine to use gametes external to the couple. These techniques have allowed many couples with women over the age of 40 to achieve pregnancy, but to also accommodate couples who do not wish to reuse gametes from banks, a new branch of medicine has been born, or regenerative medicine for couple fertility.

INTRODUZIONE

La sterilità viene comunemente definita come l'assenza del concepimento dopo 12 mesi di rapporti sessuali non protetti. Con il termine infertilità s'intende tale assenza in coppie che hanno già procreato o che hanno medicalmente tale possibilità. La necessità di introdurre nella definizione un termine cronologico nasce dall'esigenza clinica di selezionare le coppie da sottoporre alle indagini diagnostiche ed all'eventuale trattamento medico. Questa definizione non deve essere, comunque, assunta in modo assoluto, infatti, nella definizione di coppia sterile all'inizio dell'iter diagnostico – terapeutico, intervengono anche fattori importanti quali ad esempio:

- età
 - anomali stili di vita
 - storia anamnestica.
- **L'ETÀ:** una drastica e crescente riduzione della fertilità è stata riscontrata dai 35 anni in su. Ciò è principalmente dovuto all'invecchiamento dell'ovocita che, a sua volta, si associa ad un aumento delle aneuploidie, alla diminuzione della fecondabilità ed anche ad un aumento degli aborti ovulari. Si è osservata inoltre, una diminuzione della risposta al trattamento farmacologico con l'aumentare dell'età e questo è un fattore sempre più a rischio considerando che oggi, per diversi motivi, le coppie tendono a conoscersi più tardi o a posticipare il progetto genitoriale ad alcuni anni dopo l'inizio della propria relazione.
 - **ANOMALI STILI DI VITA:** ad es. l'abuso di tabacco che è in grado di alterare la motilità ciliare tubarica (movimenti delle ciglia all'interno delle tube che possono funzionare inversamente andando a trattenere l'ovocita piuttosto che a farlo scendere dalle tube) e la spermatogenesi (intesa come qualità e quantità di spermatozoi nel liquido seminale). Inoltre, il tabacco può indurre Diploidia Ovocitaria. Stesse conseguenze possono esserci con l'abuso di alcool o droghe. Il comportamento alimentare, in particolare laddove vi è obesità, può nuocere gravemente sullo stato di salute sia dei pazienti che dei loro gameti.
 - **STORIA ANAMNESTICA DEI PAZIENTI:** positiva per particolari interventi chirurgici (revisioni cavitari) o per patologie (endometriosi) o malattie infettive (tbc). In tal caso è fondamentale specificare che l'anamnesi non solo della coppia (tempo di ricerca naturale del figlio, momenti in cui hanno avuto rapporti mirati nei periodi ovulatori, situazione psicologica e relazionale connessa alle dinamiche di coppia, uso di sostanze e fattori di stress, patologie associate, ecc..) ma anche familiare è fondamentale. Vi sono ad esempio situazioni di aborti ricorrenti anche nella storia familiare delle pazienti, situazioni immunitarie e/o familiari che possono interferire con l'attuale salute generativa della coppia e nulla deve essere mai tralasciato in sede di anamnesi. L'endometriosi anche è un'importante patologia poiché impatta su tre aree importanti:

- La sessualità e la sintomatologia che può essere diversa da donna a donna in base allo stadio di gravità della patologia stessa. Ci sono situazioni in cui bisogna dapprima intervenire chirurgicamente per asportare gravi aderenze o fare protocolli mirati in base alla situazione specifica della paziente in cura.
- La vitalità e la forza degli ovociti a causa delle aderenze esterne alle ovaie ed agli organi limitrofi che possono diventare invalidanti e molto estese.
- La sessualità della coppia dove, a causa di dolori durante i rapporti sessuali, possono esserci impedimenti ed interferenze che meritano di essere accolte non solo dal punto di vista medico ma anche da quello psico-sessuologico.

Il numero di coppie che per qualche motivo ha difficoltà ad avere un figlio negli ultimi anni è in netto aumento, in particolare nei paesi occidentali. I dati Istat indicano che circa il 30% delle coppie che ricercano un figlio ha difficoltà nel procreare. Probabilmente tale dato è sottostimato in quanto:

1) non tiene conto di 3 tipologie di coppie:

i) coppie che non hanno preso coscienza del problema e che sono in attesa della gravidanza (magari arrivata naturalmente dopo mesi di ricerca o senza consapevolezza di possibili fattori interferenti sottostanti);

ii) coppie che non accettano il problema e che si vergognano di riconoscerne l'esistenza (dove laddove il figlio arriva è considerato come un dono divino e laddove non arriva è considerata una maledizione seppur resteranno un'intera vita senza fare indagini e/o cure perché ciò possa essere superato);

iii) coppie che, sfiduciate dal percorso da intraprendere, rinunciano.

2) con la possibilità di poter eseguire le tecniche eterologhe in Italia, molte coppie continuano a migrare all'estero per effettuare tecniche di PMA. Oggi, a causa delle leggi che negli ultimi anni hanno subito importanti cambiamenti ed anche a causa della possibilità di effettuare in Italia la PMA Omologa ed Eterologa anche col SSN, le cose stanno cambiando.

Le cause della sterilità si dividono in:

- cause femminili
- cause maschili

Tabella n. 1

CAUSE FEMMINILI	CAUSE MASCHILI
> Genetiche > Vaginismo > Uterine > Tubariche	> Genetiche > Impotenza Eundi > Anomalie del liquido seminale

TECNICHE DIAGNOSTICHE

MASCHILI

- Esami ematici
- Spermioγραμμα
- Spermicoltura
- Sperm slow test
- Test di frammentazione dna spermatico
- Ecografia color doppler

FEMMINILI

- Esami ematici
- Ecografia transvaginale
- Isterosono/salpingografia
- Isteroscopia
- Laparoscopia
- Immunobiota test
- Valutazione microbiota
- Citobalance test

LE PROCEDURE TERAPEUTICHE

Le procedure terapeutiche si dividono in due grossi gruppi:

A) Procedure che prevedono la rimozione della causa

- Polipo O Fibroma Endocavitario
- Imene Imperforato
- Assenza Dell'ovulazione

B) Tecniche Di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Tali tecniche si dividono in:

B1) Tecniche Omologhe ed Eterologhe

A seconda che vengano o meno utilizzati i gameti della coppia per la formazione dell'embrione

B2) Tecniche In Vivo o In Vitro

A seconda che l'embrione nasca all'interno o all'esterno dell'organismo femminile

B2a) Tecniche Di PMA In Vivo Omologhe ed Eterologhe:

- Inseminazione Intracervicale
- Inseminazione Intrauterina
- Inseminazione Intratubarica
- S.R.I Slow Release Insemination

B2b) Tecniche Di PMA in Vitro Omologhe o Eterologhe:

- FIVET
- ICSI
- ICSI Bionaturale

Indicazione alle tecniche di PMA in vivo omologhe:

- a) Incapacità di uno o entrambi i componenti della coppia di avere o portare a termine un rapporto sessuale
- b) Patologia non severa del liquido seminale

Indicazione alle tecniche di PMA in vitro omologhe:

- a) Patologia severa del liquido seminale
- b) Patologia tubarica
- c) Alterazione qualitativa degli ovociti
- d) Malattia genetica con indicazione alla diagnosi preimpianto

Indicazioni tecniche eterologhe:

- Malattie genetiche
- Assenza o scarsa qualità dei gameti
- Ripetuti insuccessi in programmi di PMA
- Single o coppie LGBT o Omogenitoriali

Vantaggi della tecnica eterologa rispetto all'omologa:

- Minore invasività e maggiore facilità nell'esecuzione della tecnica
- Migliore qualità degli embrioni
- Maggiori percentuali di successo

Svantaggi della tecnica eterologa:

- Maggiore difficoltà ad accettare la tecnica
- Erronea percezione delle possibilità di tale tecnica
- Svantaggi della tecnica eterologa in Italia rispetto all'omologa (migrazione coppie)
- In Italia le tecniche eterologhe sono state vietate nel 2004 dalla legge 40 del 2 febbraio /04 e liberalizzate nel 2015

Inoltre, 11 anni di divieto hanno portato alle seguenti conseguenze:

- a) assenza di donatrici/donatori e della cultura del donare
 - b) il mito dell'estero dove i centri sarebbero più «bravi»
 - c) la convinzione che in Italia non sia possibile eseguire tali tecniche
 - d) scarsa informazione ed educazione scientifica fornita alle coppie
- L'aumento delle coppie che sempre con maggiore fiducia e consapevolezza si rivolge a strutture Italiane ha portato alla nascita di fenomeni criminali quali:
 - False affermazioni: “gli ovociti crio congelati sarebbero meno «buoni» dei gameti freschi”.
 - Nascita di blog anonimi che influenzano, dietro ricompense, le pazienti a recarsi all'estero.
 - Condotta non deontologica di alcuni medici che, non autorizzati ad eseguire tecniche in Italia dove il CNT (Centro Nazionale Trapianti) esercita un severo controllo delle procedure al fine di tutelare le coppie, portano queste all'estero o le inviano sempre in cliniche all'estero, dietro illeciti compensi.

LA MEDICINA RIGENERATIVA

LA Medicina Rigenerativa è una procedura che può supportare le tecniche omologhe ed eterologhe risolvendo alcuni punti deboli di tali procedure. Come evidenziato a lungo nella relazione in tale Convegno e nei nostri ultimi interventi a Convegni Nazionali ed Internazionali, la medicina rigenerativa è quella branca medica che studia, e spesso risolve, i processi degenerativi, fisiologici e/o patologici dell'essere umano agendo direttamente sulla cellula, sul tessuto e/o sull'organo.

L'invecchiamento o l'evento patologico provocano un'alterazione del metabolismo, della capacità di autoripararsi e di replicarsi della cellula. La medicina rigenerativa, con varie modalità e tecniche, interviene su tali processi rallentandoli, bloccandoli o invertendoli. Essa rappresenta il futuro della medicina ed il suo punto di arrivo. Diverse sono le procedure ma tutte agiscono, anche se con meccanismi diversi, inducendo a:

- un miglioramento della membrana e del metabolismo cellulare,
- un miglioramento della capacità di divisione e differenziazione cellulare,
- una riduzione dello stato ossidativo,
- un aumento del microcircolo e dell'ossigenazione tissutale,
- una modulazione del sistema immunitario,
- una riduzione dello stato flogistico.

Uno dei motivi principali dell'aumento della sterilità di coppia è l'aumento dell'età media delle donne che ricercano il primo figlio. La causa va identificata prevalentemente nella scarsa qualità

e quantità degli ovociti e nella ridotta capacità dell'utero, sempre più fibrotico, di far impiantare l'embrione. La possibilità legale di poter eseguire le tecniche eterologhe in Italia (donazione di gameti, ovodonazione) ha solo in parte mitigato la problematica, sia perché alcune donne rifiutano tale possibilità, sia perché l'utero non ne trae alcun vantaggio.

La medicina rigenerativa rappresenta l'unica valida possibilità per molte coppie che hanno timore o non accettazione della possibilità di effettuare la PMA Eterologa. L'utilizzo sapiente del PRP, della Stem Cell Terapy, dell'Ossigeno Ozonoterapia, della Nutrigenomica, della Radiofrequenza 448khz e delle DRIP V porta al ringiovanimento dell'ovaio.

Infatti, l'aumento della vascolarizzazione, della replicazione cellulare ed il richiamo di cellule staminali migliora e permette di recuperare i follicoli in via di involuzione. A livello dell'utero, l'impiego della medicina rigenerativa favorisce la crescita dell'endometrio ed il microcircolo e normalizza il sistema immunitario. Questi sono presupposti essenziali per l'impianto embrionario.

CONCLUSIONI E RIFLESSIONI

Dopo lunghi anni di lavoro nel campo, dopo importanti cambiamenti che sono avvenuti nel tempo nel mondo della PMA e dopo aver seguito migliaia di coppie desiderose di realizzare il progetto di genitorialità emerge sempre più l'importanza di un lavoro integrato e che ha come primo obiettivo quello di accogliere la coppia e di stabilire con essa da subito un lavoro basato sulla:

- Storia della coppia dal punto di vista medico e dal punto di vista psicologico,
- Bisogni, aspettative, timori e dubbi della coppia,
- Progettazione insieme in equipe e con la coppia di un percorso consapevole, a step e basato su aspettative concrete.

La PMA non è solo un valido e grande aiuto per milioni di coppie che sono impossibilitate a concepire naturalmente o biologicamente un figlio, ma lo è anche per molte nuove tipologie di famiglie che hanno diritto nella nostra società di realizzare il proprio progetto genitoriale a prescindere dal proprio orientamento sessuale e/o dal personale progetto di vita. Un dato importante che ci sta a cuore è quello di far chiarezza su un altro fattore. Oggi, in molte cliniche si "cura" nelle donne single o nelle coppie omogenitoriali solamente il fattore "assenza del gamete maschile per il concepimento", mentre è di fondamentale importanza la prevenzione e/o la protezione della fertilità, le indagini mediche e l'eventuale cura di patologie pre-esistenti nelle donne a prescindere dalla PMA Eterologa stessa. In tal modo non solo si può sensibilizzare la donna a prescindere dal fatto che sia single o di un certo orientamento sessuale ma si può prevenire tutta una serie di ostacoli e/o bisogni clinici futuri che queste stesse pazienti avrebbero anni in avanti, laddove non prevenivano o curavano prima tutti i delicati fattori che ruotano intorno alla fertilità. Per concludere, la PMA Omologa e quella Eterologa sono due strade assai diverse. Nella

prima, dal punto di vista medico si adoperano i gameti dei coniugi e per questo, nonostante possa essere stressante e faticoso il percorso, risulta molto più “accettabile” per una coppia sostenuta, informata ed accompagnata con cura. Diversamente, nella PMA Eterologa è necessario un lavoro di consapevolezza che attraversi il lutto del proprio DNA nel futuro nascituro e per questo reputiamo di fondamentale importanza in tutti questi percorsi l’integrazione del lavoro medico con quello psicologico, che non si possono scindere e che devono andare avanti di pari passo. Anche laddove il percorso risulti invalidante, traumatico o stressante per le coppie, è importante che l’equipe si renda conto della loro sofferenza in alcuni momenti andando a sostenerle affinché elaborino il momento critico prima di proseguire con la PMA. L’obiettivo di ogni centro PMA e di ogni operatore nel campo dovrebbe essere sì quello di sostenere la coppia nella ricerca del figlio desiderato, ma anche quello di accompagnare la stessa in un percorso di presa di coscienza, di crescita e trasformazione di ciò che arriva in parallelo alla PMA ed alle sue ripercussioni.

Medicalmente, ogni anno nascono migliaia di bambini nel mondo grazie alle preziose tecniche di PMA e con essi nascono anche coppie di genitori e nuove famiglie. Tutte queste necessitano di accompagnamento dall’inizio del percorso sino al post partum attraverso la cura ed il sostegno dei neo genitori anche dopo l’arrivo del nascituro e dopo eventuali anni di cure prima di questo atteso e spesso idealizzato momento. Questo sarà sicuramente il nostro obiettivo futuro!

L'amore congelato

> Sara Vitiello

Il caso clinico vuole mettere in luce le difficoltà che sempre più pazienti vivono nella costruzione e progettualità all'interno delle proprie relazioni affettive.

La storia clinica racconta di un bivio, di scelte da assumersi, se lasciare il proprio partner o farci un figlio, due posizioni diametralmente opposte come se "avere un figlio" a un certo punto della propria vita sia una tappa imprescindibile e obbligata.

L'obiettivo terapeutico si è basato proprio sulla possibilità di poter sperimentare ed esplorare la spinta che porta a voler una gravidanza anche quando sono messi a dura prova i sentimenti che si provano nei confronti del proprio partner.

Ho accompagnato la paziente anche quando la vita le ha mandato dei chiari segnali che non tutto è controllabile, anzi, e bisogna fare i conti con i limiti fisici.

È stato un viaggio che ha attraversato temi profondissimi e ombre: il tema della maternità, della separazione dalla propria madre e dall'assumersi la responsabilità della propria vita da donna adulta e dei propri limiti.

The clinical case aims to highlight the difficulties that more and more patients experience in building and planning within their emotional relationships.

The clinical story tells of a crossroads, of choices to be made, whether to leave your partner or have a child, two diametrically opposed positions as if "having a child" at a certain point is an essential and obligatory step.

The therapeutic aim was based precisely on the possibility of being able to experiment and explore the drive that leads to wanting a pregnancy even when the feelings towards the partner are put in danger.

I accompanied the patient even when her life sent her clear signals that not everything is under control, on the contrary, and we have to deal with physical limits.

It was a journey that crossed very deep themes and shadows: the theme of motherhood, of separation from a mother and taking responsibility as an adult woman within her own limits.

M. contatta l'Associazione Italiana di Sessuologia Clinica e richiede un appuntamento per un primo colloquio, viene affidata a me in base ad una turnazione.

La prima volta che incontro M. ho di fronte a me una donna di 37 anni, molto bella e curata nell'aspetto. È un avvocato molto affermato con una brillante carriera professionale.

Il motivo che l'ha spinto a iniziare un percorso è legato alla difficoltà che vive nella sua relazione affettiva.

M. ha una relazione tossica da cui non riesce a liberarsi. È infatti legata sentimentalmente ad un uomo, suo coetaneo, che a sua volta ha una compagna e due figli.

La storia si basa su continue interruzioni che però non portano mai ad una scelta definitiva, lui le promette che lascerà la compagna e lei ogni volta spera che sia vero, ma non accade mai.

Alla mia domanda su cosa la spinga a stare con un uomo con cui non potrà mai avere una relazione reale fino in fondo, mi racconta che la sua difficoltà nasce dalla rivalse di voler essere la prima scelta e dalla forte attrazione e sessualità che ha con lui.

Indagando e approfondendo la storia personale e familiare di M., il tema della "prima scelta" appare un filo conduttore che ritorna nel suo rapporto con il materno.

M. è la seconda di tre figlie femmine e da subito racconta del rapporto complesso con la madre. Non si è mai sentita vista dalla madre e ne ha subito il giudizio, vivendo fin da bambina il forte desiderio di essere apprezzata e riconosciuta.

I racconti di M. sono pieni dei confronti con la sorella più grande, da tutti in famiglia considerata la più bella e la più brava.

Il padre viene descritto, dalla paziente, come un uomo con poco potere decisionale all'interno della famiglia e che subisce la forte volontà e personalità della moglie.

Racconta di molti episodi in cui emerge la modalità della madre distruttiva e dei tentativi delle figlie, soprattutto di M., di non farla arrabbiare perché altrimenti, testuali parole della paziente, "finiva la festa".

Nella ricostruzione della sua storia personale infatti ci sono molti episodi in cui la madre poteva arrabbiarsi e mettere fine al clima sereno familiare andando via e lasciando figlie e marito da soli a casa.

Accadeva spesso che durante la vigilia di natale era usanza unirsi tutti a casa dei nonni materni che abitavano in un paesino di provincia, ma, se la madre per un qualsiasi motivo si arrabbiava prendeva tutto e costringeva le figlie e il marito ad andare via, poteva succedere anche durante la cena della vigilia o il pranzo di natale.

Questa modalità ha generato nella paziente una forte spinta a non fare arrabbiare la madre e a fare sempre la “brava bambina”, così da provare a controllare le reazioni rabbiose della madre, un tentativo, ovviamente, fallimentare poiché il copione si ripeteva costantemente.

Il nostro lavoro si concentra sulle emozioni che man mano emergono nella ricostruzione della sua storia personale, la rabbia nei confronti della madre inizia a venir fuori ma anche nei confronti del padre per non aver messo un confine e protetto le figlie dalle reazioni emotive della moglie.

Ad un certo punto del nostro lavoro terapeutico mi arriva una mail da parte di M. in cui mi scrive che sente il bisogno di interrompere la terapia, che non ha ritrovato nelle mie braccia il calore e l'accoglienza materna che desiderava.

Mi domando cosa sia accaduto e a che punto della nostra relazione terapeutica eravamo. Credo che la rabbia contattata era tanta e M. non era ancora pronta a starci e ad elaborarla.

Interrompere la terapia in quel momento è stata per M. un tentativo di evitare di affrontare tutto quello che stava emergendo.

Dopo due anni ricevo un'altra mail dalla paziente in cui mi chiede se potevamo fissare un nuovo appuntamento, accolgo la richiesta .

Quando M. ritorna mi racconta che nuovamente si trova in un momento critico a causa di una relazione affettiva.

Ora ha un nuovo compagno con cui ha una relazione stabile ed è un uomo presente e assolutamente innamorato e desidera costruire una famiglia con M. Il punto è che la paziente non sente di amarlo e non ha una vita sessuale soddisfacente in quanto non è attratta fisicamente da lui.

Il nuovo compagno è uno dei suoi capi ed è un avvocato molto importante con un ruolo di potere e di prestigio notevoli.

Questa relazione è assolutamente ben vista dalla madre di M. che la spinge a sposarlo e a “non farselo scappare”. M. è combattuta, da una parte non riesce a fare il grande passo e, dall'altra parte, non riesce a lasciarlo per il costante dubbio se quello che prova è amore o no.

Sente la pressione materna per la quale farsi scappare un uomo come lui sarebbe un grandissimo errore e si aggiunge anche il peso, di M., della possibilità di avere un figlio.

In via preventiva e come piano b mi racconta che ha deciso di congelare gli ovuli per preservare la sua fertilità. Iniziamo ad esplorare l'occasione di restare o meno in questa relazione e cosa le impedisce di assumersi la responsabilità di prendere una decisione.

La paziente è intrappolata in un progetto rabbioso, è in mezzo ad un'istanza interiore che dà ancora voce alla madre e non la rende libera di scegliere.

Non può diventare madre perché è ancora figlia e rivendica ancora la madre.

Tirare fuori la rabbia nei confronti del materno la potrà aiutare a creare un suo spazio interno per ascoltare le proprie emozioni e scegliere autenticamente per se stessa e per la sua vita.

Durante il nostro lavoro, M. perde uno zio paterno a causa di un tumore e siccome l'incidenza dei tumori nella famiglia paterna è alta, il padre e M. con le sorelle decidono di sottoporsi a test genetici per individuare eventuali mutazioni genetiche ereditarie che possano aumentare il rischio di tumore.

I risultati dei test genetici della paziente, mostrano una mutazione patogena nel gene BRCA2, confermando la presenza di una mutazione genetica ereditaria associata a un rischio significativamente aumentato di tumore al seno e ovarici.

I medici le suggeriscono di fare un intervento di svuotamento del seno e se ha intenzione di avere una gravidanza di non aspettare.

Ci soffermiamo molto sull'impatto emotivo che questa scoperta ha sulla paziente e su cosa fare.

M. decide di intervenire e fare lo svuotamento del seno mentre sceglie di aspettare per l'intervento ovarico visto che l'incidenza di sviluppare un tumore al seno è del 90 per cento in più.

Tutto questo richiama nuovamente e in modo prepotente il tema della maternità e di uno spazio per accogliere e scegliere di diventare madre.

Rimando alla paziente che la vita ci mette di fronte a dei bivi e in questo momento la decisione da prendere è se fare figli o aspettare. C'è anche un'altra scelta da fare che riguarda la sfera affettiva e le situazioni che non evolvono, involgono .

Le rimando, affinché la paziente possa fare il salto ed essere una donna adulta fino in fondo, di tirar fuori la rabbia nei confronti della madre e lavorare sulla sana separazione in modo che non sia più un'adolescente in continua ricerca di conferme e approvazioni, ma una donna adulta che sa chi è, quali sono le sue radici e che sappia ascoltare le proprie emozioni e scegliere.

Desiderio di fare famiglia

Da dove sono venuto? Dove mi hai trovato? Domandò il bambino a sua madre. Ed ella pianse e rise nello stesso tempo e stringendolo al petto rispose: tu eri nascosto nel mio cuore, bambino mio, tu eri il suo desiderio.

(*Maternità di Rabindranat Tagore*)

> Rosa Spennato

L'autrice presenta il caso clinico di Emilia, paziente emotivamente alfabetizzata che ritorna in terapia perché non rimane incinta. Riprendendo le fila del precedente viaggio, ora, paziente e terapeuta ne compiranno un altro, entrare nel 'desiderio di avere un figlio e fare famiglia'. Attraversare 'l'infertilità generativa' e 'accettare l'aiuto della scienza medica' cercando di far convergere il sapere ed il desiderio di tutti per la realizzazione, in questo caso, possibile, del suo/loro sogno di famiglia.

The author presents the clinical case of Emilia, an emotionally literate patient who returns to therapy because she does not get pregnant. Taking up the threads of the previous journey, now the patient and therapist will undertake another one trip, entering into the desire to have a child and start a family, going through 'generative infertility' and accepting the help of medical science' trying to make converge everyone's knowledge and desire for the realization, in this case, possible, of his/her dream of starting a family.

.....

Parto dal titolo, l'ho nominato 'desiderio di fare famiglia' perché sento che questa paziente, che chiamerò Emilia, con cui ho viaggiato in tale territorio, mi ha fatto entrare nel mondo 'dell'assenza' e del 'desiderio', desiderio di procreare con il marito e formare la sua famiglia, con molta determinazione, facendosi aiutare dalla scienza medica, lì dove ha vissuto l'impasse e l'assenza generativa, che ha voluto affrontare in terapia.

Come terapeuta, condivido con le colleghe del gruppo di lavoro Gestalt-Analitica e Sessuologia Clinica, un approccio di rete rispetto alla procreazione medicalmente assistita (PMA), tema dalle mille sfaccettature ed implicazioni profonde e variegate su cui continuiamo ad interrogarci. È un percorso 'virtuoso' che preveda una grande collaborazione fra le diverse professionalità coinvolte

sia nei centri preposti che fuori con i professionisti che hanno in carico la coppia o le singole pazienti.

È importante che nei centri PMA accanto all'equipe medica che prescrive gli esami, ci sia una psicoterapeuta che accolga la domanda della coppia, la prenda in carico e esplori il senso ed il significato profondo dell'infertilità momentanea o della sterilità, del legame e dei desideri della coppia, del volere un figlio biologico. Alcuni centri ne sono dotati ed altri no. Noi sosteniamo la filosofia dell'intervento della rete che colleghi, sia di supporto e crei circolarità fra i saperi, che significa porsi al servizio della coppia o della singola paziente, entrare nella prospettiva generativa per il superamento dell'impasse, oppure doverlo sostenere, che significa, potersi confrontare con il limite.

Adrienne Rich scrive «Tutta la vita umana sul nostro pianeta nasce da donna. L'unica esperienza unificatrice, incontrovertibile, condivisa da tutti, uomini e donne è il periodo di mesi trascorso a formarci nel grembo materno», periodo che si conclude con un evento di straordinaria intensità fisica e psichica, il parto. Il parto rende visibile quel legame madre-figlio che durante la gestazione è rimasto intimo e segreto. La gestazione crea il legame anche quando la fecondazione avviene fuori dal corpo. Un vecchio proverbio dice che 'madre natura' fa durare 9 mesi, la gravidanza in modo che i futuri genitori hanno tutto il tempo di prepararsi al nuovo evento che travolgerà la loro esistenza.

Il figlio nasce da una relazione intensa e completa che è corporea, sessuale e psichica. Un bambino che assomigli se pur parzialmente ai genitori, che porti in sé elementi del loro patrimonio genetico, sarà più facile riconoscerlo come figlio/a, se avrà gli occhi del papà, il naso della mamma ed il carattere della zia. Ho compreso profondamente, visceralmente il senso di appartenenza alla propria famiglia biologica, o forse sarebbe meglio dire alla stirpe, ascoltando e leggendo il libro di Emilia Rosati (vice presidente del comitato diritto delle origini che abbiamo ospitato nel seminario Aiga sulle "Origini") 'Storia di amore e di giustizia' rispetto alla sua storia adottiva quando scrive *andavo in giro per le strade e guardavo in faccia tutti, in particolare le donne, quelle comprese in una fascia di età possibile per essere mia madre... guardavo tutti i miei coetanei alla ricerca di un fratello con questi miei occhi questa espressione questi capelli, questa mia pelle.*" (pag.49/50) e mi dicevo... *qualcuno al mondo avrà i miei occhi, il mio sguardo, il mio naso dritto, qualcuno avrà la pelle simile alla mia, ossa sottili, colorito scuro, sensibile al primo sole, capelli castani, ma con le lentiggini caratteristiche dei capelli rossi* (pag 47).

Questo per sottolineare il desiderio che diventa imperativo rispetto alla propria appartenenza, passaggio fondamentale per la costruzione della propria identità; ed è questo desiderio imperativo che oggi porto qui, grazie, all'esperienza di questi incontri.

Ho conosciuto e seguito Emilia dai suoi 23 ai 28 anni; in seguito ci siamo riviste quando gli avvenimenti della vita sconvolgevano l'equilibrio del mondo che piano piano aveva costruito a

sua immagine. Lei era diventata quello che voleva essere. Ogni volta trovava sempre la strada e le strategie a sua misura per elaborare i terremoti o i dolori personali e familiari che la vita le ha fatto incontrare.

Nei nostri primi incontri, di fronte a me vedevo e sentivo una giovane donna disorientata e spaesata. Disponibile con tutti, le piaceva giocare ed era intrappolata nelle regole di una ragazza di buona famiglia con la testa sulle spalle che non riconosceva più come completamente sue. Era reduce da una lunga battaglia vinta, con una malattia, 'l'acalasia esofagea' durata alcuni anni durante la sua adolescenza. Era stanca e spaesata, aveva depresso le armi perché pensava non servissero più, alla fine aveva vinto la sua battaglia ma aveva perso il senso di sé. Era una giovane donna attenta, aiutava tutti e si caricava dei problemi e del dolore degli altri intorno a sé, non dando il nome al dolore delle sue traversie e della sua malattia. Sappiamo bene che dare il nome alle cose le materializza e le fa diventare sostanziali e reali e le reindirizza nel flusso della vita. I disturbi della sua malattia 'l'acalasia', erano stati scambiati, per via di alcuni sintomi in comune, per 'anoressia mentale', quindi mandata dai medici alla psicologa, mentre la sintomatologia diventava sempre più florida. Lei si arrabbiava sempre di più perché nessuno l'ascoltava veramente, fino a che un attento medico mettendo insieme tutti i dati, diagnostica il disturbo. Così arriva all'intervento risolvendo l'urgenza e scoprendo che dovrà continuare a gestirla per tutta la vita e lei, con costanza e determinazione, ha imparato a convivere. Da studentessa universitaria alla fine del nostro percorso terapeutico me la sono ritrovata professionista, esploratrice di sogni personali e sociali. Aveva imparato a radicarsi molto, per cui quando i sogni non si realizzavano, lei, caparbia ritornava sui suoi passi e in mondi conosciuti per ripartire da lì verso ciò che non conosceva. Era spaventata ed emozionata dalla vita quando abbiamo concluso quel primo viaggio.

Durante la mia maratona estiva del 2019 arrivano le foto del matrimonio di Emilia. Faccio i conti ha 33 anni ed un viso radioso. A fine gennaio 2020 mi chiama e torna in terapia, non sta rimanendo incinta, è molto preoccupata. Vuole andare in fondo alla questione e comprendere se ci sono degli impedimenti di ordine emotivo. Ormai è emotivamente alfabetizzata. E' trascorso già un anno e non è rimasta incinta.

Con Emilia in terapia affrontiamo le diversità di esperienza di vita, rispetto al marito, i loro percorsi, suggerisco una consulenza di coppia, a cui lui non aderisce per cui lei continuerà e farà un ottimo lavoro anche per il marito. Esploriamo l'area della sessualità, dei desideri e dei loro tempi. L'armonizzazione nella coppia non è stabile, occorre tempo dico, ma Emilia sente il tempo correre veloce, vuole essere madre ed avere un figlio proprio da suo marito. Arriva la pandemia, noi continuiamo a vederci on-line, Emilia sarà molto impegnata nel suo lavoro anch'esso svolto on-line. Ha molte responsabilità, deve gestire un gruppo di lavoro che non sempre rema nella sua stessa direzione. Sappiamo dall'esperienza della pandemia che le relazioni o si sono collaudate passando attraverso gli scontri, le criticità ma anche le sorprese di scoprirsi e dalla voglia di continuare ad essere famiglia, coppia o si sono rotte/interrotte.

Questa coppia è uscita rafforzata dalle criticità pandemica.

Nel frattempo la ginecologa le assegna i giorni fertili quelli in cui avere rapporti sessuali (metodo Ogino-Knaus). Tale metodo è spesso controproducente perché carica di tensione e di ansia prestazionale la coppia e sappiamo anche che molte donne rimangono incinte in periodi di 'sterilità fisiologica'. Ricordo, a tale proposito, un'altra paziente, a cui la ginecologa aveva prescritto il metodo della temperatura basale, e quando, dopo un discreto lavoro si permise di buttare via il termometro rimase incinta. Ogni volta che ritardavano le mestruazioni, Emilia notava una serie di segnali fisiologici, seno gonfio etc che riaccendevano la speranza per poi spegnersi con un grande senso frustrazione appena ricomparivano. La ginecologa manderà il partner dall'andrologo e per entrambi stilerà una lista di analisi. Risultato, tutto è in ordine, questo da una parte li tranquillizza, dall'altro accende le domande di Emilia.

Perché a noi no? Che cosa è che non va se tutte le analisi sono a posto, quindi fisicamente stiamo bene? C'è qualche rifiuto recondito, nascosto da qualche parte? È psicogeno? Lo voglio scoprire e ogni volta che portava il suo grido di dolore, restavamo in ascolto, respirando ed accogliendolo, ed io la invitavo a lasciarsi andare. Intanto qualche amica e conoscente rimane incinta, per cui da una parte lei condivide la gioia e dall'altra aumenta la frustrazione ed il senso di sconfitta e di senso, rispetto all'evoluzione della coppia che vuole diventare famiglia con la nascita di figli.

A volte accade che madre natura abbia delle sue ragioni e dà ad ognuno di noi il compito di accogliere il dolore, mitigarlo e dargli un senso. In questo caso è stato importante vivere la propria impotenza generativa da una parte e dall'altra, cercare aiuto e speranza nella medicina e nella scienza attraverso una terapia che ripristinasse quella capacità procreativa e ricomporre così, la trasmissione generazionale interrotta incontrando il desiderio materno e paterno.

Anche l'andrologo li tranquillizza entrambi e suggerisce di lasciarsi andare, di vivere l'incontro sessuale con libertà, di non fare conti e vivere la propria vita. Passano i mesi, il lockdown è meno severo, si comincia ad uscire e negli spazi all'aria aperta, si possono incontrare gli amici.

La coppia continua a conoscersi meglio, anche nelle proprie intemperanze e diversità. Ognuno di loro viene da esperienze molto diverse rispetto allo spazio e al tempo da dedicare al lavoro, alla famiglia e al sociale. Bilanciare l'uno con l'altro non è sempre facile ma continuano a provarci e piano piano si riequilibrano, l'uno rispetta il portato dell'altra e viceversa stabilendo una parità adulta.

A novembre 2020 insieme alla ginecologa di riferimento tirano le fila e come già stabilito in precedenza, invia la coppia in un centro PMA di sua fiducia. Emilia racconta, di essere molto contenta di come si sono trovati, la ginecologa del centro è stata chiara, esaustiva ed accogliente, 3 tentativi di stimolazione ormonale e dopo si cambierà metodo.

Comincia un'altra fase per tutti. C'è il desiderio di volere un figlio da parte di una coppia, c'è il desiderio di aiutare a fare un bambino da parte di un'équipe medica, c'è il desiderio di accompagnare la paziente da parte della terapeuta, quindi si è creata una convergenza di più desideri. I protagonisti di questo progetto hanno posizioni diverse ma possono comprendersi profondamente e stabilire una buona alleanza terapeutica ed una rete virtuosa intorno alla coppia che li accompagni e li sostenga in questa fase. La procreazione medicalmente assistita non è soltanto un fatto medico-scientifico ma mette in contatto emozioni potenti che coinvolgono la mente ed il corpo, il conscio e l'inconscio, le fantasie ed i fantasmi individuali e collettivi, ed è per questo che una vera alleanza fra tutti porta i suoi frutti.

Emilia continua a lavorare sulla sua coppia in terapia, una coppia che si pensi, che si ami e che tragga piacere l'uno dall'altro per essere pronti per il progetto di diventare madre e padre, e si diventa tali quando abbiamo finito di essere soltanto figli.

A febbraio 2021 inizia la prima stimolazione ormonale, Emilia tende l'orecchio interno ad ogni minimo segnale del corpo ed entra in allarme ad ogni minimo segno. Questo primo tentativo non andrà a buon fine. È stanca, sfiduciata e continua a cercare risposte causa/effetto rispetto ad una situazione complessa come è quella della fertilità/infertilità.

Ritorna in clinica per il secondo tentativo, nel frattempo da settembre è ritornata a lavorare in presenza. A casa cerca spazi di riposo e concentrazione, legge, esce e fa lunghe passeggiate, respira. Certo è affaticata, piena, gonfia, come dice lei di progesterone. Aspetta con ansia, la conta delle beta hcg (beta gonadotropine corioniche). È disorientata, determinata a raggiungere il suo risultato e resta in ascolto di quello che le accade. Non ce la fa neanche al secondo tentativo.

La ginecologa personale, dopo questo secondo tentativo fallito cambia strategia, li invia in un centro PMA all'estero per la fecondazione omologa in vitro. Questo iter la sta mettendo sotto pressione ma ha una grande consapevolezza e si regge molto bene sulle sue gambe, ha molte paure e molte speranze e come dice lei ... "Se si deve fare, si fa."

Partono all'estero, in un centro PMA dove viene effettuato il prelievo, l'équipe li esorta a rilassarsi, a prendersi del tempo per loro, li contatteranno in seguito.

Insieme sentiamo di essere arrivate ad un punto importante del nostro viaggio. Ci salutiamo piene di speranza, aspettando e respirando.

Ad agosto ricevo la foto di un'ecografia. Questa volta ce l'hanno fatta, hanno realizzato il loro desiderio di rimanere 'incinti'. Sono emozionata. La circolarità ha funzionato, tutti abbiamo fatto la nostra parte.

Per Emilia, questa gestazione è una vittoria, con l'apporto della scienza dell'infertilità, che

significa aver ripreso il suo posto nel ciclo vitale ed una circolarità nella coppia. L'evento ha consolidato, trasformandolo, il legame di coppia e messo in salvo la trasmissione generazionale. Questo non significa annullare le paure, le preoccupazioni ed i fantasmi ma significa aprirsi alla speranza ed alla prospettiva di felicità.

E per paura che tu fugga via ti tengo stretto nel mio cuore
quale magia ha dunque affidato il tesoro del mondo nelle mie esili
braccia.

(Maternità di Rabindranat Tagore)

BIBLIOGRAFIA

Langer M. (1951) *Maternità e sesso*, Loescher Editore, Torino, 1981

Rich A. (1976) *Nato di donna*, Garzanti, Milano, 1977

Rosati E., *Frammenti Ricomposti. Storia d'amore e di giustizia*, ESI - Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2016

Veggetti Finzi S., *Volere un figlio*, Mondadori, Milano, 1997

Il caso di Marika: amami ad ogni costo

“Amami come nessuno mai ha fatto con me”

> Rebecca Autorino

Ho scelto questo caso clinico poiché racchiude in sé un intero, lungo e delicato lavoro e poiché rappresenta diverse aree e sfumature che quotidianamente si ritrovano nelle pazienti che fanno PMA. Marika, infatti, parte da una storia di depressione e vaginismo che si lega a Giorgio, a sua volta con temi di depressione nascosti sotto una corazza fatta di sicurezza e determinazione. La storia di coppia avanza sino alla ricerca del figlio ad ogni costo, che viene poi stroncata dalla malattia di Giorgio, il Parkinson. Una serie di dinamiche nella coppia, insieme ad eventi non normativi, lasciano il posto a lotte di potere tra i due coniugi, a vissuti distruttivi ed alla ricerca disperata di qualcosa che cambi il finale del romanzo da cui Marika e Giorgio sono partiti individualmente, ed anche la coppia stessa! Uso appositamente il tema del romanzo poiché è stata la tecnica usata nel lavoro di gruppo con la collega, Francesca Fulceri, presso la Clinica Omnia Salute di Roma nella quale sono responsabile psicologa. Marika e Giorgio hanno partecipato al gruppo a dicembre 2018. In coppia hanno fatto un tentativo di psicoterapia con una collega nel 2019 mollando dopo sette sedute. Successivamente, Marika ha iniziato la sua psicoterapia personale con me (dal 2020) ed attualmente hanno iniziato in parallelo un percorso di terapia di coppia in concomitanza agli sviluppi avvenuti in lei e nella coppia.

I chose this clinical case because it contains an entire, long and delicate work and because represents different areas and nuances that are found on a daily basis in patients who undergo PMA. Marika, in fact, starts from a history of depression and vaginismus that is linked to Giorgio, who also undergoes a hidden depression under an armor made of security and determination. The couple's story progresses to the search for their son at any cost, which is then cut short by Giorgio's illness, Parkinson's. A series of dynamics in the couple, together with non-normative events, lead from power struggles between the two until destructive experiences and to the desperate

search for something that changes the ending of the novel from which Marika and Giorgio started individually, and also the same couple! I specifically use the theme of the novel since it was the technique used in group work with my colleague, Francesca Fulceri, at the Omnia Salute Clinic in Rome where I am the head psychologist. Marika and Giorgio participated in the group in December 2018. As a couple they attempted psychotherapy with a colleague in 2019, giving up after seven sessions. Subsequently, Marika started her personal psychotherapy with me (since 2020) and they have currently started a couple therapy journey at the same time in conjunction with the developments that have occurred in her and in the couple.

.....

MARIKA

Marika (un nome di fantasia), l'ho incontrata per la prima volta nell'anno 2018 quando, insieme al marito Giorgio, stavano effettuando un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) presso la clinica nella quale io sono responsabile dell'area psicologica. Nella clinica, ogni coppia e paziente che effettua l'iter di ricerca di una gravidanza con la PMA ha la possibilità di effettuare sino a tre consulenze gratuite di accompagnamento. Marika e Giorgio hanno così richiesto questi incontri. Alcuni mesi dopo, lei mi ha contattato per chiedere di intraprendere da sola delle sedute di sostegno per "pensare" alla possibilità di intraprendere un percorso personale. Le sedute sono state svolte da lì in poi presso il mio studio privato.

Marika ha attualmente 52 anni ed è sposata con Giorgio, suo coetaneo, dal 2006. Si sposano dopo due anni di fidanzamento. Nonostante stiano vivendo un periodo di profonda crisi da circa cinque anni, c'è un affetto importante che li tiene uniti. Marika vive a Roma ed è laureata in Architettura, università scelta e frequentata "perché lo voleva mia madre". Quando ha iniziato un primo pezzo della terapia, nella fine del 2019, lavorava presso una grande azienda come architetto ed è lì che ha conosciuto il marito. Attualmente lavorano entrambi al Comune di Roma in due aree diverse della stessa circoscrizione. In precedenza, Marika, durante l'università, non aveva mai lavorato grazie al sostegno economico della famiglia. Terminati gli studi nella sua città in Basilicata, si trasferisce a Roma e vive in una casa che il papà e la mamma comprano per lei ed il fratello. In questa casa Marika inizialmente vive da sola, poi viene raggiunta dal fratello, anche lui studente a Roma. Successivamente, a causa di una serie di scelte e vicissitudini familiari, l'intera famiglia d'origine si ricongiunge per vivere insieme in questa casa, tornando alle dinamiche ed al funzionamento di un tempo. Marika ha due fratelli, attualmente di 48 e 50 anni, che vivono con la madre ormai anziana in quella casa, mentre il papà è morto per un brutto male ai polmoni che lo ha portato via in pochi mesi nel 2013. Quel periodo fu molto significativo per Marika e che racconta il dolore della perdita del papà con grande sofferenza.

Marika vive sino al momento delle nozze nella casa di famiglia a Roma, condividendo le usanze, le dinamiche ed il funzionamento “a testa bassa”. Vive permettendo continuamente il controllo ed i conflitti soprattutto con la mamma. Vive arrivando a sentire il matrimonio come “quel momento della vita in cui finalmente potrà essere libera e felice. Senza più alcun controllo ed alcun dolore. Vivendo liberamente l’amore e la vita senza dover mai più dare conto a nessuno”. È così che Marika descrive, spesso, l’aspettativa che aveva su di sé come moglie e dalle nozze in poi. Con Giorgio, dopo il matrimonio, acquistano una casa in un quartiere di Roma che rendono bellissima e che Marika descrive come “la loro gabbia dorata”, ovvero bella e curata ma senza sostanza e cura nell’anima della coppia. Le amiche di Marika sono tre, quelle dei tempi dell’università, ma si vedono raramente e si sentono ormai poco perché “loro parlano di matrimonio e figli”. Marika sente che non ha nulla da dire e condividere con loro visto che “la loro fortuna” di avere i figli lei non l’ha avuta. Lei è sfortunata perché anche le tre PMA sono fallite. Così Marika si vede e si racconta!

Sin dal primo momento, Marika si descrive come una donna dal temperamento forte, rigida e corazzata fuori, ma buona e sincera dentro. Pronta al sacrificio per chi ama, senza grilli per la testa, che ha sempre vissuto una vita di bontà e rigore morale e sociale. Le piace il teatro, la montagna e le passeggiate, ma racconta che, “per colpa della vita terribile e delle disgrazie che sono capitate a lei e Giorgio, nulla è possibile”. In questa gabbia dorata, lei dice che, è costretta a fare la “schiava giorno dopo giorno aspettando che la vita prima o poi finisca senza aver ottenuto nulla e solamente avendo fatto sacrifici e rinunce”. Un tempo amava tanto cucinare per sé, per Giorgio e per le cene anche con gli amici. Lo faceva ogni tanto prima del Covid-19, ma negli ultimi mesi non ama più neanche mettersi ai fornelli ed è stanca di dover fare sempre e tutto lei in casa. Marika ha effettuato, in passato, due diverse esperienze terapeutiche, una ai tempi dell’università perché era depressa e arrabbiata per colpa dei parenti che le avevano fatto delle cattiverie. Lì, racconta, che in dieci sedute con la terapeuta aveva fatto un quadro preciso della sua situazione, ovvero che sua madre era artefice di tutto il suo male! L’aveva usata, abusata emotivamente e controllata per l’intera vita. Arrivata a questa consapevolezza, Marika abbandona la terapia perché “ormai era inutile pensare al passato e non serviva a nulla visto che la madre era così e bisognava andare avanti e basta”.

Nel periodo in cui conosce Giorgio aveva da poco iniziato un’altra terapia, da un’altra collega, soprattutto per il continuo umore depresso e poi, per lavorare sulla sessualità inappagante che, da sempre, aveva accompagnato la sua esistenza. Solo dopo le nozze Marika dice di aver capito essere così importante come problema. Anche questa volta lascia il percorso di terapia, dopo tre anni in cui andava ogni due settimane e con diverse lunghe interruzioni. Sceglie, alcuni anni dopo, di farsi aiutare da una ginecologa di fiducia attraverso dilatatori ed esercizi. Quando con Giorgio vengono nella clinica di PMA, Marika dice di essere rimasta molto colpita del fatto che io e la collega (ai tempi in co-conduzione con me) l’abbiamo ascoltata senza giudizio. Inoltre,

aveva pensato alla mia commozione mentre piangeva di rabbia per quel figlio che non arrivava e dice che anche al marito era piaciuto parlare con qualcuno. Da ciò che Marika descrive, sin dalla prima seduta, sembra che nulla vada bene nella sua esistenza. Nello specifico, l'unica persona investita di tante aspettative e proiezioni, da parte di Marika, è il marito Giorgio, che racconta di aver scelto qualche anno prima perché era dolce, protettivo e colto. Perché l'aveva rispettata e sostenuta ed aveva creduto in lei in ambito lavorativo. Descrive Giorgio come "il principe arrivato per salvarla dall'orrore della sua vita", col quale voleva riscrivere una diversa storia. Purtroppo, prima il tumore di Giorgio, poi la diagnosi di infertilità ed infine (nel 2016) la diagnosi di Parkinson del marito hanno, via via, distrutto i loro progetti e sogni. Descrive con depressione e rabbia l'ambiente lavorativo, i vissuti della famiglia d'origine, le relazioni con le amicizie ed anche con i medici dell'equipe che, a suo parere, pensano al guadagno e non ai rapporti umani. Marika si descrive come sola e senza alcuna voglia di vivere. Pensa che la vita faccia schifo e che nessuno sia in grado di capirla fino in fondo. Dice che ormai sta per esplodere, come una bomba a cui manca poco nel timer, che è delusa da tutto e tutti e che passa, da momenti in cui si sente una brava geisha col marito, ad altri in cui si arrabbia tantissimo aggredendolo verbalmente sino a restare giorni senza rivolgersi la parola.

Una delle più importanti sofferenze di Marika è che ha rari ricordi della sua infanzia. Ne ha pochissimi venuti fuori, via via, attraverso associazioni con i sogni che ha portato nelle sedute ed attraverso l'uso di fotografie. Si descrive in una foto di lei bambina come studiosa, tra le prime della classe, seria, pulita e molto educata. Una bambina, casa e chiesa, che faceva tutto quello che la madre voleva ed imponeva, imparando via via a rinnegare i suoi piaceri ed i suoi bisogni perché considerati "sporchi, inaccettabili, fuori dalle righe e peccaminosi". Prima della sua nascita, c'era un primo figlio maschio che purtroppo morì all'età di nove mesi in ospedale a causa di un'iniezione sbagliata fatta da un'infermiera. Questo non solo lasciò un grande vuoto nella storia familiare, ma anche nel cuore della mamma, che non si riprese mai dalla perdita del primo figlio e non uscì mai più dallo stato di depressione e rabbia che l'ha accompagnata per l'intera vita. Nonostante ciò, Marika descrive anche il carattere forte, deciso, oppositivo ed impositivo della madre. Una madre anaffettiva e dura, soprattutto nei suoi confronti. Infatti, il *mandato* che sin dall'infanzia Marika incorpora sino a farlo diventare parte della sua identità è: "non puoi vivere la tua età e la leggerezza che ti appartiene perché fuori il mondo è perverso e pericoloso. Per essere amata devi essere brava, riconoscente e obbediente e se sbagli paghi le conseguenze sino a perdere il riconoscimento materno".

Al contempo, Marika aggiunge che "se pure fai il massimo hai fatto metà del tuo dovere. Ogni cosa che fai è perché è giusto che sia così e non c'è tempo per l'affettività o il calore perché sono una perdita di tempo". Infatti, sin da bambina, Marika impara che le coccole è inutile chiederle alla madre, che se la sera fa capricci per andare a letto se la vedrà con il cucchiaino di legno del

sugo. Impara che a scuola prendere sempre 10 è un dovere. Tutto ciò che le piace - la danza che tanto ama oppure diventare ingegnere come il suo papà o disegnare i vestiti di moda o le bambole che ama vestire (proprio perché vede la sua mamma che cuce i vestiti per una sartoria del paese) e pettinare o il cinema come gli altri amici o fare ogni tanto la passeggiata da ragazzi per un gelato dopo scuola) - sono tutte cose peccaminose, da “poco di buono”. Impara crescendo che è mamma che vuole per lei. L'unico che la faceva sentire importante, per quel poco che tornava a casa, era il suo papà, per il quale crescendo Marika inizia a provare una forte ambivalenza. Da un lato era il papà che amava, affettuoso e tenero, dall'altro era l'uomo senza attributi, arreso alla vita, depresso e remissivo ai suoi occhi, che lavorava il doppio pur di essere lontano dalla moglie.

Durante l'infanzia di Marika arrivano due fratellini, soprattutto perché desiderati da lei e dal papà. Infatti, i soli e più lucidi ricordi che lei ha, riguardano i due fratelli che lei cresce, lava, nutre, porta a passeggio e a scuola, aiuta nei compiti. Racconta che per lei erano dei bambolotti bellissimi di cui si prendeva estremamente cura. In una seduta Marika ha pianto molto evidenziando come si fosse sentita, già allora, madre perché fu lei a crescere e coccolare i fratelli. Non si capacitava di come due bimbi così belli non suscitassero nella madre tenerezza e affettività. Era lei a coccolarli, cullarli, addormentarli e che spesso si metteva in mezzo o prendeva le colpe per loro beccandosi le botte e le umiliazioni. In generale, è sin dall'infanzia che Marika non ha mai potuto permettersi di accedere alla rabbia e di conseguenza al dolore profondo che questa nasconde in sé. Da una vita intera se ne difende deviandola per retroflessione - retroflessione significa “che una certa funzione che originariamente è diretta dall'individuo verso il mondo, cambia direzione ed è rivolta all'indietro, verso colui che l'ha originata” (Perls, 1995, p. 130) - su di sé e trasformandola in delusione costante verso se stessa e senso di colpa. E in dolori fisici.

La fase adolescenziale, nella storia personale di Marika, è stata molto complessa poiché, pian piano, quello che era il tabù e l'immagine peccaminosa e sporca della sessualità hanno iniziato a irrigidirsi nell'educazione materna. A Marika veniva privato tutto, dalle uscite con i compagni alle feste di compleanno. Nonostante fosse una ragazza a modo, seria e molto pudica, la madre non aveva alcuna fiducia in lei e proiettava continuamente su lei le sue angosce e paure, i suoi traumi irrisolti. *L'ombra* della minaccia della sessualità si fa sempre più strada e così, mentre le compagne usavano i pantaloni stretti, Marika doveva indossare gonne o quelli di lana pesanti. Mentre iniziavano i primi innamoramenti intorno a lei, Marika nascondeva il suo sviluppo e la sua bellezza. Era una ragazza carina, filiforme e mora e racconta che i ragazzi mostravano interesse per lei ma poi scappavano perché lei si irrigidiva, si difendeva ed era acida. Marika racconta che questo controllo durò sino alle nozze ed anche dopo, tra litigi e crisi di rabbia, sino a quando, tolse per quattro anni la parola a sua madre, dopo la morte del padre (2013). Questo, anche perché, con Giorgio avevano chiesto alla mamma di firmare una lettera per l'adozione ma ella si rifiutò. Non molte sedute fa, Marika mi dice che l'unico modo, per far capire alla madre che doveva

stare al suo posto e non controllarla più, è stato quello di toglierle la parola per quei quattro anni. In realtà, Marika, che era stata un collante per la famiglia e per quella coppia coniugale, in quel periodo, diventò una forte molla tra il desiderio di costruire davvero la sua famiglia e vita con Giorgio e l'impossibilità di lasciare internamente "la famiglia d'origine".

La storia familiare di Marika parte dal Sud, il papà è nato in Calabria e lì è cresciuto sino a quando, cresciuti i figli, la madre ha voluto seguire il primogenito a Torino. Inizialmente, arrabbiato e rancoroso li segue anche il padre ma, poco dopo, se ne pente e torna al Sud dove resta solo sino alla sua morte. Per una serie di vicissitudini, pieno di sogni e con la testa sulle spalle, il papà di Marika finisce a Potenza come capo stazione e lì farà amicizia con un amico dei fratelli della mamma di Marika, a Salerno.

La famiglia materna di Marika ha un tema che è stato tramandato nel trigerazionale e che ha condizionato l'intera storia femminile della famiglia: la violenza sessuale, i segreti ed i tabù. La nonna materna di Marika, in giovane età, resta da sola con la sorella sei anni più grande, dopo la morte dei bisnonni materni e la partenza dei due fratelli maggiori. La sorella della nonna andò a servizio da un uomo benestante che la violentò ripetutamente e, poichè ella restò incinta, la costrinse a sposarlo. La sorella minore, pur di non lasciare sola la sorella, andò a vivere con lei, anche perchè era molto piccola e sola all'epoca. Anch'ella subì violenza dal marito della sorella ed in una promessa di soffrire e restare insieme, le due sorelle ebbero entrambe dei figli da quest'uomo. La nonna di Marika così ebbe due figli, la mamma e lo zio di Marika, nati da queste violenze. Quest'uomo fu ucciso, alcuni anni dopo, in paese a fucilate poichè tornando a casa ubriaco violentò una ragazza per strada. Da lì la nonna di Marika conobbe un altro uomo con il quale si promisero di non dire nulla ai bambini di tutti i fatti precedenti. Dal matrimonio tra la nonna di Marika ed il marito nacquero altri cinque figli e crescendo, via via che in paese si sentivano le voci e che i dubbi sulle differenze di età si facevano strada, venne raccontato tutto ai fratelli. Questo anche perché, mentre inizialmente quest'uomo sembrava dolce e premuroso, quando arrivarono i figli biologici iniziò a trattare da schiavi i figliastri. La natura "bastarda ed immeritevole" da cui erano nati i primi due figli si radicò sempre più nei sentimenti della famiglia ed il messaggio continuo che la nonna tramandava alla mamma di Marika era "stai zitta e obbedisci. Non devi lamentarti ma ringraziate che abbiamo un tetto in testa perché siete dei figli del peccato e bastardi". A Salerno erano poco più che adolescenti quando si incontrarono la mamma e il papà di Marika. Dopo alcuni mesi, il papà di Marika fece marcia indietro perché si rese conto che quella donna non faceva per lui. Questo non venne accettato dalla nonna di Marika che arrivò supplicando quel bravo ragazzo di sposare la figlia. Fecero in modo e maniera che si convincesse e così fu. Il papà di Marika tornò indietro ed i due si sposarono con la promessa che zia Franca sarebbe andata a vivere con loro per aiutare. Il papà viene descritto come gioioso e dolce con i figli, accogliente e protettivo, ma solo se erano soli o se in casa c'era tregua. Emergerà

nel lavoro terapeutico, in realtà, una idealizzazione paterna di Marika molto forte. Il padre era per lo più assente, depresso e gravemente ipocondriaco. Era infelice nella coppia coniugale, “vittima” di una moglie arpia e aggressiva, fredda e manipolativa ma anche fragile perché vi erano momenti in cui, poi, la mamma crollava in pianti isterici minacciando di fuggire via e abbandonare tutti.

In realtà, dopo le nozze arrivò il primo figlio, Daniele, che morì in ospedale per cure sbagliate all'età di nove mesi. Un altarinò con le sue foto ancora oggi è in casa ed è intoccabile. Dal matrimonio arrivarono poi Marika e i due fratelli. In momenti di grande rabbia, a metà tra risate isteriche e minacce, la mamma di Marika le raccontava di come facesse schifo l'uomo, il sesso, il pene. Le diceva che nessun uomo l'aveva mai toccata e raccontava fantasie terrificanti sulle donne facili. Raccontava a Marika, ancora bambina e ingenua, che il sesso era causa del bruciare un giorno all'inferno e che lei aveva fatto sesso solo le volte in cui restò incinta e senza alcuna carezza o bacio. Il sesso esisteva solo per restare incinta e la vagina serviva solo per fare la pipì! L'educazione in famiglia, perciò, non solo era rigida, di natura cattolica e pudica, ma anche con la continua minaccia di morte all'inferno se non si rispettavano le regole. Lo scandalo non doveva mai esserci e per essere amati si doveva rigare dritto, rispettare le regole in silenzio e fare il massimo del dovere. Non c'era tempo per il piacere ed il mondo fuori era un luogo sporco, peccaminoso e minaccioso, sia per gli uomini che per le donne.

Nel 2004, a 35 anni, Marika incontra Giorgio in un'azienda dove fa un colloquio di lavoro. Lui la conquista subito con il suo essere dolce, accogliente e serio come il suo papà. Infatti, nel descrivere quei momenti, Marika racconta che, da subito, Giorgio le è sembrato familiare e non minaccioso. “Un buono e pieno di cultura e bontà”. Marika sente che è il suo principe azzurro nel vero senso della parola e si lascia trasportare dal sentimento e dalla relazione con Giorgio. Lui rispetta il fatto che lei voglia arrivare vergine al matrimonio, seppur condividendo momenti di passione e intimità attraverso baci e viaggi in cui amano entrambi fare camminate e trekking. Giorgio, a sua volta, arriva da una famiglia disimpegnata. Talmente disimpegnata che tutti vivono un po' da soli con se stessi e solo all'età di sei anni, grazie alle insegnanti, i genitori di Giorgio si rendono conto che il bambino è quasi cieco. Poiché era passato molto tempo in cui gli occhi avevano subito sforzi importanti, neppure gli interventi chirurgici avevano fatto miracoli, Giorgio ha avuto seri problemi agli occhi. L'incontro inconsapevole tra Marika e Giorgio è stato quello di due bambini interni bisognosi di riscatto, riconoscimento e amore che hanno imparato a chiudere tutto questo bisogno in un cassetto. Hanno vissuto sacrificandosi per l'altro e reprimendo dolore e rabbia che ha attaccato via via il corpo di entrambi. Marika oltre al vaginismo, che scopriranno essere un problema serio nella coppia la prima notte di nozze, ha da sempre gravi cefalee, lombalgie e crisi di rabbia. Giorgio oltre alla vista, si ammala dopo tre anni che erano insieme di tumore. Superato ciò, durante i delicati anni di chemioterapie e tumori, scoprono che sono affetti da infertilità di coppia a causa dell'im maturità degli ovociti di Marika e del seme problematico di Giorgio (un

dato reale è che si sono conosciuti tardi e non hanno mai avuto rapporti). Nell'anno 2014, subito dopo la morte del papà di Marika, iniziano l'iter per adottare un bimbo ma nessun giudice li chiama per un abbinamento, forse a causa del rifiuto della madre di Marika di firmare. Ed anche a causa del precedente tumore di lui. La domanda scade, e nel frattempo mentre fanno la PMA, Giorgio riceve la diagnosi di Parkinson nel 2016.

Questo cumulo di eventi dolorosi e luttuosi, non normativi, ha fortemente minato il benessere della coppia e pian piano alimentato il vissuto depressivo ed infelice di Marika. Uno proietta sull'altra l'infelicità e nonostante un sentimento forte li lega è come se insieme questa coppia non sia riuscita a creare una interna ed individuale "Forza del Noi" basata sulla fiducia, sulla comunicazione sana e sull'intimità (Andolfi, 2019). A questo si aggiungono episodi di ricatti sessuali da un superiore nella precedente azienda, episodi di mobbing e tradimenti da parte delle "colleghe, che Marika racconta di aver subito e così, via via, fin qui, fino ad oggi". Mentre ad inizio del percorso terapeutico prevaleva il senso di tradimento del "sogno della maternità" che Marika proiettava su Giorgio, via via la situazione cambia. Giorgio, per lei, era colpevole non solo di essersi ammalato, ma anche di aver dato priorità ad un delicato intervento al cervello effettuato, ad inizio 2020, per curare e monitorare i sintomi del Parkinson. Poi, pian piano, Marika ha iniziato a contattare il dolore antico, la grande ferita nell'affettività che accompagna il suo cuore e la sua storia personale.

Marika, a seguito della sua storia di vita personale e familiare, ha un'unione di sintomi con alla base una grossa ferita nell'affettività più profonda. I temi importanti della sua vita - sessualità repressa e traumatica, affettività ferita e depressione - hanno dato vita ad un'angoscia depressiva, che ha sempre rappresentato la base inconsapevole sulla quale Marika si è mossa, facendo comunque passi importanti, movimenti per rinascere in una nuova sé e riscattarsi ma senza poi riversarsi fino in fondo. Jung, nell'opera "Simboli della trasformazione", evidenzia in riferimento alla madre interna del paziente che ostacola e paralizza, convertendosi in una perfida persecutrice, la crescita e la liberazione libidica e vitale del figlio: "in un primo tempo la richiesta dell'inconscio opera come un veleno paralizzante sull'energia e sullo spirito di iniziativa, può perciò essere paragonata al morso di un serpente velenoso [...] un demone ostile sottrae l'energia ma in realtà è il proprio inconscio la cui tendenza differentemente orientata si mette a ostacolare la spinta in avanti della coscienza. La causa è oscura e complicata da circostanze come difficoltà nel lavoro, delusioni, insuccessi, ridotta efficienza dovuta all'età, situazioni familiari incresciose che scatenano depressioni (Jung, 1990). Laddove Marika non riconosce ciò e non "partorisce" prima questa madre interna, purtroppo, l'infertilità sarà molto più grande dell'impossibilità generativa (ormai lontana anche a causa della sua età). Questa sarà psichica e relativa a tante aree del suo funzionamento. Il sintomo più grande, che è alla base di tutto e che funge da sempre come copertura della depressione di fondo, è quello di una personalità rigida ed ossessiva, sia dal

punto di vista delle cose che fa, che nelle relazioni con gli altri. Per questo che sia in coppia, che sul lavoro, che nelle relazioni sociali, se le cose non vanno come lei desidera o si aspetta, attiva il funzionamento aggressivo oppure quello depressivo. Oltre le malattie che hanno colpito Giorgio, il progetto di maternità non andato in porto ha portato Marika a pensare che, ormai, né la sua vita né il matrimonio abbiano alcun senso. *“Solo con i figli”, diceva Marika sino ad alcuni mesi fa, “esiste la famiglia e io ho diritto come altre donne ad avere un figlio. Ne ho un estremo bisogno altrimenti è inutile per me vivere perché sento un estremo bisogno di voler amare un bambino e prendermene cura”*. Un figlio che *“mi serve”* per sentirsi al mondo, per prendersi cura di un figlio esterno spinta inconsciamente dal profondo bisogno di quella figlia che è lei stessa, interna e fragile. *“Io ho diritto di essere madre perché sono migliore di molte altre che non ne meritano!”*. Questo è esattamente ciò che Marika ha portato sin dall’inizio e per i primi mesi di terapia. Emerge chiara una depressione che Marika vive da sempre ed anche una forte repressione di tanti suoi bisogni, di energia vitale, del piacere e della sua stessa femminilità. La morte del papà è stata *“accettata”* da Marika così come tante altre cose della vita, ma mai davvero elaborata e trasformata. La rabbia ed una grande aggressività/passività nei confronti della madre emergono sin da subito, così come la visione del suo vaginismo come una prigionia che ha sempre accompagnato la sua vita. Non ha mai avuto un rapporto sessuale completo e nelle relazioni precedenti (solo due prima di Giorgio e durate qualche mese ciascuna) quando i fidanzati volevano arrivare a qualcosa di più, allora si defilava e scompariva. Il sesso non è stato solo tabù nella sua storia familiare, ma è un trauma antico nelle generazioni precedenti e soprattutto per Marika, figlia di una madre che è nata dalla violenza sessuale e che ha proiettato angoscia e odio per gli uomini su di lei e su tutti gli uomini della sua famiglia.

Emerge, in modo chiaro, in ottica Gestalt-Analitica, una confluenza nel funzionamento di Marika, tanto che spesso, ha espresso i traumi della nonna materna proiettandoli sulla madre e, di conseguenza, anche di se stessa, arrivando a lapsus in cui ha usato la prima persona per raccontare le violenze della nonna o le paure della madre (riferendosi alla confluenza, nel testo *“Teoria e pratica della terapia della Gestalt”* del 1951, Perls evidenzia che senza questo senso di confine – questo senso di qualcos’altro da notare, da avvicinare, manipolare, godere – non vi può essere nessuna emergenza e nessuno sviluppo del processo figura-sfondo, donde nessuna consapevolezza, nessuna eccitazione, nessun contatto”. Nonostante, sin dall’infanzia, Marika lotti contro le invasioni materne e contro quell’autorità materna, vive da una vita intera facendosi lo stesso trattamento che la madre le ha riservato ed anzi, usando quel modello e quelle rigidità non solo verso se stessa, ma anche con Giorgio. Infatti, in un’ottica analitica, emerge una forte ambivalenza di Marika verso la figura materna con una forte dipendenza psichica da questa madre per tanti anni della sua vita e, al contempo, una *“difesa preponderante dalla supremazia materna”* che Jung evidenzia essere l’esempio tipico del complesso materno negativo. Jung evidenzia come *“questo tipo di figlia sa certamente tutto quello che non vuole, ma non riesce a decidere quale sarà il suo destino”* (1990, pp 90-91). Gli istinti di Marika, infatti, sono concentrati, in

ottica analitica, sulla madre in forma di difesa e pertanto, non le permettono di costruirsi una vita sua propria. Al contempo, i tratti narcisistici di Marika emergono soprattutto in relazione a Giorgio dal quale pretende estrema attenzione, anche quando fisicamente lui non riesce ad alzarsi dal letto, ha un senso di diritto e pretesa e si arrabbia sino ad urlargli contro e vendicarsi non cucinandogli la cena o non accompagnandolo laddove lui è gentile con altri e trascura lei, ha grosse difficoltà ad identificarsi con lui e con le sue paure pretendendo ad ogni costo quel suo seme per un figlio, senza poter accogliere il terrore della prognosi sulla malattia che Giorgio ha. Inoltre, spicca una invidia e una rivalità importante di Marika per le amiche felici nella relazione coniugale o sessuale, così come detesta ed è invidiosa dei loro discorsi sui figli. Ha, inoltre, paranoie sull'invidia delle persone intorno a lei ed ancora, a causa di questa grossa proiezione continua che fa della figura materna, Marika vive quotidianamente l'ossessione e la paranoia rispetto alla sua capa in ufficio. Se, apparentemente, sembra una donna a modo, gentile e dolce, laddove si sente minacciata oppure non riconosciuta o paranoicizza di non essere ben vista, Marika diventa arrogante, saccente, rigida ed impenetrabile. In qualsiasi modo, come nel vaginismo, anche nella sua intimità emotiva e psichica, se in terapia sente un'invasione o "la penetrazione eccessiva" nella condivisione di emozioni subito si chiude, si irrigidisce e sminuisce il lavoro terapeutico o i passi importanti che fa (usando frasi del tipo "inutile parlare di questo" oppure "a che serve pensare a certe cose" oppure "tanto ormai si capisce che non cambierà mai la mia esistenza") oppure usa il corpo (sbadigli, mal di testa, tosse nervosa, gamba che inizia a ballare sul divano, chiusura con le braccia e le spalle, ecc). A questo si aggiunge la diagnosi di vaginismo, confermata anche dal punto di vista ginecologico, che in realtà è non solo un vaginismo fisico ma molto spesso psichico, nella relazione con se stessa e con l'altro. In un'ottica gestaltica, in Marika vi è una scissione dell'Io dal corpo, in cui il Sé-Corpo è vissuto come qualcosa di impersonale e l'Io è degradato al suo aspetto mentale arrivando a rendere il corpo come un Sé rinnegato (Kepner, 1993).

Nonostante la fatica iniziale per creare un'alleanza terapeutica, la mia risposta con fermezza e rispetto ha creato la base sulla quale lei ha sentito di potersi appoggiare e fidare. Marika portava un carico che l'ha travolta sin dall'infanzia e chiede aiuto perché era depressa, stanca di vivere e con un senso profondo di fallimento e perdita in tutte le sue aree di funzionamento: nel corpo non si riconosceva più dalla menopausa, la sessualità non se l'era mai concessa, in coppia si sentiva una schiava, con una vita completamente traumatizzata dalle malattie e che aveva ancor più confermato a Marika la sensazione di fallimento di quel progetto che si era posta: con Giorgio sarò finalmente libera e felice! È come se Marika avesse in qualche modo ritrovato in Giorgio un sostituto di quel papà perduto, un uomo che in qualche modo come uno specchio esterno le dava conferma su come fosse amabile e desiderabile. In qualche modo, però, a causa delle vicissitudini, la dinamica si è trasformata in una coppia in cui Marika, per essere in relazione, ha fatto ciò che più le riesce meglio: ha completamente sacrificato se stessa, i suoi bisogni, il piacere anche

nelle piccole cose per accudire e curare un Giorgio che, via via, diventa un figlio o un fratello. Al contempo, con Giorgio ha potuto tranquillamente continuare il suo funzionamento aggressivo-passivo proiettando su lui continuamente e continuando a perpetuare il comportamento della “bambina arrabbiata e non vista” e della “donna sacrificata e devota”. Depressione, angoscia, paranoia, senso di vuoto e smarrimento, crisi coniugale e lavorativa, la fanno sentire morta dentro, ansiosa e agitata da non dormire più la notte.

Inconsapevolmente, Marika stava continuando a sopravvivere senza vivere da adulta con la responsabilità dei suoi desideri e bisogni e lamentandosi continuamente. Tuttavia, dietro al guscio rigido e schermato, all’atteggiamento a volte crudo e forte, ho visto una donna fragile e bisognosa di amore e cura. Piena di paura ma, al contempo, desiderosa di trovare la giusta direzione verso la libertà. È stata l’immagine con cui abbiamo creato gli obiettivi terapeutici, una gabbia in cui era sempre cresciuta ed una gabbia dorata è l’immagine della sua coppia che riporta. Gli obiettivi sono stati quelli di imparare a sentire i suoi bisogni ed il suo corpo, di liberarsi dalle catene e trovare la chiave per aprire la gabbia. Di trovare un equilibrio nella relazione con la madre ed al contempo iniziare a vedere la coppia non più con tutta l’illusione ed idealizzazione quasi fiabesca da cui era partita, ma per ciò che era, con i suoi bisogni e la possibilità di esprimerli da adulta. Marika aveva bisogno, e lo esprimeva apertamente, che Giorgio le mostrasse in modo plateale l’amore e l’importanza; aveva bisogno continuamente di confermare che fosse una brava donna, una brava figlia, una devota e brava moglie e lavoratrice e non poteva permettersi di dire con responsabilità dei “no”, così acconsentiva tutto per poi vendicarsi o con frasi piene di veleno o con atteggiamenti di chiusura e punitivi. Inoltre, a livello sessuale ed intimo, il vaginismo ed una sessualità inappagante per la coppia avevano via via aperto un divario tra i due. In mezzo c’era un bisogno estremo di Marika di diventare madre ad ogni costo, con o senza il seme di Giorgio. In una seduta mi disse piangendo: *“non voglio altro che un figlio, a prescindere da tutto, lo merito e ne ho diritto”*. Le chiesi di respirare mentre si permetteva di far scendere le lacrime che puntualmente bloccava strizzando gli occhi e col fazzoletto pronto. Le chiesi di sentire il suo corpo ed il suo cuore in quel momento e di sentire cosa significasse quel bisogno vitale di un figlio per lei. Mi rispose che era la possibilità di sentire un “Amore mai avuto”, che viveva quotidianamente spinta dal senso di vuoto, di mancanza e di carenza”. Il lavoro svolto in questi tre anni è stato un processo di presa di consapevolezza e trasformazione che ha portato Marika fin qui.

I SOGNI NEL VIAGGIO CON MARIKA

Il Sogno del Treno: Attraverso un sogno importante riuscimmo a recuperare pezzi di ricordi: “nel sogno Marika era a Potenza, alla finestra della sua cameretta, quella da cui guardava papà arrivare in stazione da bambina, c’è un treno ma è bloccato da un gruppo di zingari che occupano i binari”. Gli zingari sono sporchi, hanno fatto cose brutte, sono arroganti e mancano di rispetto. Invasori nell’intimità delle persone, egoisti, vivono lì bloccando il treno, simbolo fallico per

eccellenza. Lavorammo per due sedute su quel sogno e lì Marika iniziò a raccontare del suo papà contattando la forte ambivalenza reciproca. Un papà che era scisso nella parte affettiva e anche con Marika bambina alternava momenti di affetto ad altri di disimpegno. Un papà che non la proteggeva più e che aveva delegato completamente a mamma l'educazione, il controllo e la famiglia. Un papà che teneva tutto dentro e forse anche tutti i segreti sul passato di mamma senza farne mai parola. Il rapporto tra Marika ed il padre era compromesso.

Da un lato c'era il suo papà personale, dall'altro uomini e immagini maschili spaventose, nel racconto della storia familiare. Rifiutando quel tipo di maschile aveva rifiutato anche il suo potere e Marika era rimasta bloccata lì, tra il rifiuto di quel maschile ed anche di tutte le qualità positive e negative del padre stesso. Aveva perso la creatività, la femminilità stessa. Questo aveva minato fortemente la sessualità di Marika. I vissuti che aveva in coppia e le dinamiche di potere spesso aggressive-passive e castranti verso il marito. Possiamo ben immaginare come una vita di coppia priva di intimità e sessualità feconda possa difficilmente permettere che vi sia fecondità generatrice di un figlio. Inoltre, i temi di invasione e rigidità erano talmente forti per Marika che oltre al vaginismo, rendevano impossibile concepire qualcuno che abitasse il suo grembo. Le PMA, durante il lavoro terapeutico, perciò, non solo erano ormai lontane, ma iniziavano a trovare risposte ed associazioni importanti che Marika attaccava, sminuiva o negava completamente. Per questo, il lavoro si è focalizzato sull'oggi, sulla coppia e sulla riappropriazione del "Sogno della coppia". Giorgio dapprima era nei sogni di Marika, sin da ragazzina: sognava un principe azzurro che un giorno l'avrebbe salvata letteralmente da quella vita e così sarebbero stati felici per sempre insieme. Mese dopo mese, mentre Marika si prendeva cura della bambina interna, il tema PMA scemava. Giorgio iniziò a parlare di adozione e non più di PMA. L'iter precedente col Tribunale era scaduto ed inoltre, dal 2016 Giorgio si era ammalato di Parkinson, cosa che interferisce a larga scala con l'adozione di un minore. Sostenendo le conquiste fatte dalla coppia durante le vacanze, inizia a farsi strada in Marika il desiderio di lavorare sulla sessualità e su tutte le paure. Dice che un paio di volte, in vacanza, ci sono stati baci e carezze e che sente che con Giorgio la vergogna sta venendo meno. Al contempo, è sempre molto dura con lui, lo vorrebbe diverso, più attento e partecipe, lo accusa per tutto e soprattutto Marika non esprime mai chiaramente i suoi bisogni. Seduta dopo seduta, riprendendo a collegare tutto ciò con gli esempi familiari ricevuti, con le sue figure genitoriali interne, Marika inizia a ridurre la rabbia per Giorgio; la proiezione su lui di tutto il marcio e alle sue malattie di tutta la "sfiga" che sentiva, inizia a lasciare il posto alla visione di Giorgio "eroico", che aveva affrontato tante cose, che l'aveva scelta e amata oltre tutto. Ma anche alla parte depressive di Giorgio ed alle proiezioni reciproche, sia su questa parte che su quella del bisogno di sentirsi riconosciuti nell'eroismo reciproco. Marika riconosce che insieme sono uniti da un profondo bisogno d'amore, ma non riescono a prendersi tutto ciò, facendosi del male senza rendersene conto.

L’Ombra nera e la penetrazione: nelle settimane un’Ombra nera appare nei sogni. Quattro sogni di seguito nelle sedute delle settimane successive riportano quattro scene diverse, sempre nella casa coniugale e nella camera da letto:

“Giorgio dorme, un’Ombra cattiva vuole uccidere Marika nel letto accanto a Giorgio. La prende per gola per soffocarla ed impedirle di urlare. È forte e potente e vuole ad ogni costo ucciderla. Marika ricorda che ha un tagliacarte sul comodino e lo afferra per difendersi.

L’Ombra lascia la presa e Marika fugge dalla camera. Uscita dalla porta si rende conto che Giorgio dorme nel letto e torna indietro per salvarlo perché l’ha lasciato lì in pericolo con l’Ombra”.

Marika si sveglia urlando dal terrore del sogno e Giorgio la consola e le dice che è tutto ok e l’abbraccia.

“La stessa Ombra torna, vuole nuovamente fare del male a Marika e la insegue per la casa. È giorno questa volta e lei esce in terrazzo e cammina su un cornicione per passare nel terrazzo della casa vicina così da rientrare dalla porta di ingresso e salvare Giorgio rimasto in casa”.

L’Ombra terrorizzava tantissimo Marika. Identifica questa figura in un uomo cattivo, violento che vuole violentarla e ucciderla. Lo identifica nell’orco che era il padre biologico di sua madre ed anche nell’uomo scuro con i baffi che aveva cercato di violentarla in adolescenza. Giorgio è sempre quello debole, da salvare nei sogni. Marika inizia a passare dall’odio per Giorgio, che con le malattie “aveva stroncato la sua vita ed i suoi sogni”, all’accoglienza della responsabilità sua per aver scelto di restare con lui nonostante il tumore, nonostante il Parkinson, nonostante tutto. Inizia una seduta dicendo “che viveva un’intera vita desiderando cose belle ma si soffermava sempre e solo su quelle brutte”.

In quel periodo, seduta dopo seduta Marika raccontò della scoperta del passato della nonna, dei segreti e delle bugie. Pian piano, l’odio verso la sua mamma iniziò ad essere trasformato in tenerezza per quella mamma, malata e frammentata che con le sue rigidità e la sua durezza aveva cercato di evitarle la sua stessa sorte. Sicuramente le ferite erano state tante ma Marika aveva ancora la possibilità di scegliere se restare bloccata lì oppure fare qualcosa di diverso. Inizia a farsi accarezzare i seni da Giorgio, a dirgli che la sera è bello vedere i film sul divano e addirittura mi permetto di prescrivere loro un film con scene romantiche da vedere insieme. Marika sembra divertita dall’idea e dice che, nelle scene più spinte, ha chiuso gli occhi ma ha sentito anche dei brividi. Mentre, inizialmente, l’odio era tutto rivolto alla madre ed il padre era idealizzato, ormai defunto e rimpianto, via via Marika inizia a fare equilibrio tra questi vissuti. Come descrive bene Linda Leonard (1985), le figlie con questa idealizzazione paterna permettono alla loro forza interiore paterna di restare eccessivamente proiettata all’esterno sul padre e questo impedisce loro di accogliere un uomo per davvero. *Nessun uomo può competere con quel padre!*

In Marika c'era, da un lato, questo vissuto, dall'altro l'Ombra crudele del maschile violento. In lei vi era l'impossibilità di accogliere "l'uomo con il cuore" e vi era un blocco nella carica vitale e nell'energia sessuale. Jung evidenzia come "la vita chiama l'uomo fuori, verso l'indipendenza, e colui che per indolenza o timidezza infantile non obbedisce a questo appello è minacciato di nevrosi. Una volta scoppiata, la nevrosi diverrà progressivamente una ragione sempre più valida per fuggire la lotta con la vita e per rimanere impigliati per sempre nell'atmosfera moralmente velenosa dell'infanzia" (Jung, 1985). Marika inizia a sentire che parte di Sé era quell'Ombra, inizia a sentire come da sola si impediva tante cose e l'immagine di lei che ferisce l'Ombra e se ne difende la fa sentire forte e fa strada alla speranza di cambiamento. Inizia a dire a Giorgio le cose con più calma e chiarezza, si scrivono reciprocamente le cose che entrambi desiderano e le cose che invece fanno sentire feriti. Lavorando su tutto questo in terapia, a due anni dall'inizio del percorso, stavano avvenendo due cose importanti: man mano la sessualità tra Marika e Giorgio si stava trasformando e nelle vacanze di Natale 2021 lui era riuscito a penetrare con le dita in lei. Insieme stavano usando il penultimo dilatatore nell'intimità. Al contempo, avevano contattato il GIL Adozioni con cui avevano in precedenza fatto l'iter e si erano informati sulla possibilità di iniziare un iter per l'affidamento temporaneo di bimbi stranieri nelle vacanze o italiani in stato di affidamento temporaneo.

Arriva un altro **sogno dell'Ombra con cui fa sesso**: "sono la Io di adesso e sono in camera da letto. C'è una persona che mi costringe a spogliarmi nuda e a fare quella cosa lì. Avevo molta paura e tutto era appannato tranne i pettorali e le spalle possenti di quell'uomo. Era eccitato quell'uomo e una parte di me non vuole sottrarsi. Infatti, non ho fatto resistenza e mi sono fatta penetrare. Mentre sentivo l'uomo muoversi in me, dopo una paura ed un dolore iniziale soprattutto per colpa della mia resistenza, a metà mi sono detta 'beh alla fine non era mica così complicato' e mi sveglio". Racconta tutto a Giorgio dopo il sogno e lui le dice che allora deve subito lavorarci in terapia perché bisogna approfittarne. Quando Marika porta in seduta tutto ciò, senza rendersene conto aveva portato a galla i suoi desideri e le sue resistenze. Mi colpì tanto l'uso dell'Io nel racconto e glielo riportai. Lavorammo sui suoi bisogni, sul fatto che si fosse scritta un romanzo maledetto di Sé ma ora non era più piccola. Le feci disegnare la figura dell'uomo che la penetrava, e solo dopo averla disegnata, ridendo Marika ha detto che aveva disegnato un bel pene, che era simile a Giorgio quella figura. Ed aggiunge: "A sapere che era così bello nel sogno... l'avrei fatto prima (ride) ma poi quando sono lì io ho il terrore nella realtà!". Tuttavia, comprende che è lei, che raccontandosi che l'uomo fa schifo, si è persa il fatto che Giorgio in realtà le piace. Che le fa tenerezza come un uomo così alto e dolce debba soffrire così tanto ed alla fine associa l'uomo che arriva nel letto a lui e non più all'Ombra nera violenta. Tornando a ciò che evidenziavo all'inizio sulla "Forza del Noi", come scrive Andolfi nel meraviglioso libro "Intimità di coppia e Trame Familiari" (2019), le persone si possono scegliere con gran parte di vissuti e bagagli inconsci restando a lungo insieme e facendosi del male anche per un'intera vita a causa del "Soffrire per

non Soffrire”. La sessualità offre una grande opportunità alla coppia di osservare e conoscere a fondo se stessa, la qualità della propria relazione, i nodi da sciogliere e il potenziale da sviluppare. Quando il sesso non funziona, il rapporto ne risente ed il disagio sottaciuto naviga pian piano esprimendosi in vari modi. Bisognava via via ristabilire i ruoli in questa relazione di Marika, il rispetto, il dialogo, la fiducia quella vera e scoprire una nuova forma di intimità e poi sessualità feconda per se stessi, non per un figlio. Marika inizia così a rendersi conto che la responsabilità non è più di nessuno se non sua. Arrivano altri sogni fatti di gravidanza gemellare (ci riconduce al posto che inconsciamente sentiva di aver preso al posto del primogenito deceduto), di preti che le sono accanto e di acque cristalline. Sogni di tempeste da cui lei e Giorgio, insieme ai familiari, fuggono e si salvano, sino ad un sogno dove un’onda dorata esce da un mare calmo e sbatte contro il vetro del suo palazzo. E così, Marika, lavorando su tutti i diversi personaggi dei sogni, integrando le sue diverse parti, ha iniziato a dare spazio a questa acqua limpida e all’onda piena di luce, non distruttiva o pericolosa ma che apre in lei il desiderio di pensare a se stessa, di farsi valere e al contempo di stare sul reale delle cose, sui suoi desideri e sui suoi bisogni. Ha iniziato a guardarsi nuda dinanzi allo specchio e con Giorgio, nelle ultime settimane, hanno provato una penetrazione completa per la prima volta.

In un’ultima seduta Marika ha detto testuali parole: *“Io ho scelto Giorgio, mia madre e mio padre non si sono scelti, mamma è stata costretta dal sistema e papà era l’unico, almeno diplomato che potesse prendersi una bastarda come lei; papà fece un passo indietro ma poi tornò da lei restando infelice per sempre perché con quel padre che aveva, dittatore e violento, papà non si è mai concesso l’amore vero ed i suoi desideri restando però anche egoista a farsi le cose sue per sempre. Nella mia famiglia i sentimenti sono tabù così come neppure in pigiama papà si faceva vedere per casa. Non riusciva ad esprimere affetto fisico se non in rare occasioni da molto piccola ma almeno mi aiutava e ascoltava nelle mie curiosità. Ecco che ora ho accanto un uomo come Giorgio, che mi piace e a cui voglio bene e mi rendo conto di come mi ascolta tanto e mi aiuta quando ho bisogno, soprattutto nei progetti del lavoro. Ora inizio a desiderare il vero amore con lui, voglio che la sessualità diventi nostra anche perché lui è sempre arrapato con i farmaci che prende. Pure questo no, mica è scontato essere sempre così desiderata (ride) a 52 anni!”*

Marika, nelle ultime settimane, ha sentito che vuole far l’amore fino in fondo e così stiamo iniziando a lavorare insieme sulle fantasie e sulle immagini sessuali attraverso un libro e dei film romantici che ora nessuno può più proibirle di vedere, con Giorgio sul divano. Hanno preparato una lista di film, fino ad ora repressi, che vedranno nei prossimi weekend. Inoltre, Marika ha iniziato a smettere di lavorare ad ogni ora e fuori dall’orario lavorativo per compiacere alla capa ed anche Giorgio inizia a farlo. Inoltre, hanno appena avuto l’ultimo incontro con il giudice onorario per l’idoneità all’affidamento di bimbi in situazioni svantaggiose e la frase di Marika

nella seduta dopo l'incontro col giudice è stata: *“Non ho ricevuto un figlio biologico, resterà sempre un vuoto in me per questo grande desiderio, ma ho capito di avere molte cose e sicuramente se aiuteremo dei bambini o ragazzi bisognosi per brevi periodi sarà importante, soprattutto per far loro del bene! Se non accadrà, vorrà dire che l'importante è che con Giorgio siamo ancora qui e speriamo di comprenderci sempre di più e di risolvere, una volta per tutte, la nostra sessualità!”*

CONCLUSIONI

Questo caso, così lungo ed intenso, l'ho scelto perchè è uno dei tanti possibili casi che nel mondo dell'infertilità e della PMA, si possono accogliere nei nostri studi di terapia. Dietro ogni paziente ed ogni coppia che vive l'infertilità, soprattutto dinanzi a ripetuti tentativi senza risultato positivo di gestazione, bisogna poter guardare oltre ed accompagnare loro attraverso un ascolto più profondo dei vissuti e dei bisogni. La PMA, così, dal nostro punto di vista, può trasformarsi, almeno nella stanza di terapia, da Procreazione Medicalmente Assistita in “Per Mano Andiamo...”, verso quello che sarà il percorso di ciascun paziente ed in un cammino fatto di sensibilità, ascolto, cura e ripresa in mano della propria persona e della propria storia. Spesso, laddove i pazienti cambiano il titolo al capitolo del proprio romanzo attuale di **infertilità**, si aprono strade preziose sia psichicamente che fertilmente. L'infertilità possiamo così trasformarla in uno stare **In-Fertilità!**

“Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell'aver nuovi occhi”

Marcel Proust

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., Mascellani A.**, *Intimità di coppia e trame familiari*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019
- Cancrini L., La Rosa C.**, *Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*, Carocci Editore, Roma, 1991
- Cancrini M.G., Harrison L.**, *Potere in amore. Un viaggio fra i problemi di coppia*, LED Edizioni, Milano, 1991
- Edinger E.F.**, *Anatomia della Psiche. Simbolismo alchemico nella psicoterapia*, La Biblioteca di Vivarium, Milano, 2008
- Jung C.G.**, *Gli archetipi e l'inconscio*, in Opere, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- Jung C.G.**, *Simboli della trasformazione*, in Opere, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino, 1965
- Kepner J.I.**, *Body Process: A Gestalt approach to working with the body in psychotherapy*, GestaltPress, 1993

Leonard L.S., *La donna ferita. Modelli e archetipi del rapporto padre-figlia*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1985

Lingiardi V., *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*, Giulio Einaudi Editore, Milano, 2021

Malagoli Togliatti M., Telfener U. a cura di, *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991

Perls F., *L'approccio della gestalt: Testimone oculare della terapia*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1977

Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1951) *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della personalità umana*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1971

Wolfgang R. (2005) *Incontrare Jung. Introduzione alla psicologia analitica*, Edizioni Magi, Roma, 2011

Incontrando Me: esperienze di gruppo

Un modello di trattamento e accompagnamento al percorso della PMA ad approccio Gestalt Analitico

> Francesca Fulceri

L'articolo nasce da un'esperienza iniziata nel 2017 quando, in collaborazione con la collega Rebecca Autorino, responsabile dell'area psicologica della clinica Omnia Salute di Roma, abbiamo sviluppato il progetto pilota IncontrandoMe, rivolto a tutte quelle persone che si confrontano con la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e che necessitano di uno spazio di accoglienza e ascolto. La proposta di partecipare ad un gruppo di incontro e sostegno rientra in un'attività più ampia che comprende l'intervento psicologico di sostegno alle coppie e ai singoli che accedono al percorso di PMA su tre livelli:

- Alcuni incontri di coppia al momento della richiesta di aiuto presso un centro di PMA;*
- Incontri di gruppo in cui si condividono con altre coppie i vissuti partendo non dalla PMA in sé ma dalla propria storia di vita;*
- Incontri individuali di sostegno.*

Questo intervento viene proposto a tutti i centri che si occupano di Fecondazione Assistita in quanto abbraccia la complessità dei vissuti che contraddistinguono questo evento.

L'Autrice presenta un modello di lettura e di trattamento che considera la difficoltà o l'impossibilità a concepire/generare un figlio come la rappresentazione sintomatologica inscritta in un corpo fisico che riflette e si riflette su un corpo psichico sottostante.

The article was born from an experience that began in 2017 when, in collaboration with my colleague Rebecca Autorino, head of the psychological area of the Omnia Salute clinic in Rome, we developed the pilot project "meeting myself", aimed at all those people who with Medically Assisted Procreation (PMA) and who need a welcoming and listening space. The proposal to participate in a meeting and group support is part

of a broader activity that includes the psychological support intervention for couples and individuals who access the MAP process on three levels:

- Some couple meetings when requesting help at a MAP center;
- Group meetings in which experiences are shared with other couples starting not from the MAP itself but from individual life story;
- Individual support meetings.

This intervention is proposed to all centers that deal with Assisted Reproduction as it embraces the complexity of the experiences that distinguish this event.

The Author presents a reading and treatment model that considers the difficulty or impossibility of conceiving/producing a child as the symptomatic representation inscribed in a physical body that reflects and is reflected on an underlying psychic body.

.....

Incomincia a emergere una nuova visione del corpo. Lungi dall'essere composto di organi stupidi, si può dire che le sue parti pensano inconsciamente [...], inoltre, la funzione di molte di loro (forse tutte) può essere influenzata dalla consapevolezza conscia (Dossey, 1983).

INFERTILITÀ: UN CORPO CHE NON FUNZIONA

Il desiderio di genitorialità rappresenta per molti un aspetto importante nella vita; oggi, purtroppo, secondo i dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità sempre più di frequente alcune coppie devono confrontarsi con la difficoltà o l'impossibilità di trasformare questo desiderio in realtà. In Italia, una coppia viene definita infertile quando non è stato possibile arrivare a un concepimento dopo 12/24 mesi di rapporti sessuali regolari e non protetti tra partner (Ministero della Salute, 2021). La diagnosi di infertilità di coppia si configura, il più delle volte, come un evento disatteso e imprevisto, dal momento che avere una gravidanza è considerato biologicamente e culturalmente naturale (Ardenti, 2011). Fin dai primi rapporti sessuali, infatti, è consuetudine educare gli adolescenti a pensare alla contraccezione come se fosse impensabile e inconfigurabile la possibilità di slegare il rapporto sessuale dall'avere una gravidanza. Numerosi studi hanno dimostrato che la difficoltà ad avere figli nelle coppie che lo desiderano è spesso fonte di problemi e conflitti più o meno esplicitati (Anile, 2017). La coppia attraversa generalmente un periodo di grande stress accompagnato da sensazioni di ansia, frustrazione, depressione, vergogna, insomma, una vera e propria "crisi di vita" (Menning, 1975). La mancanza fisica del bambino porta infatti la coppia a vivere un lutto profondo per qualcosa che ancora non esiste ma che è solo "in potenza". In questi casi, si genera anche un disinvestimento nel rapporto intimo manifestato con una diminuzione della frequenza e della spontaneità degli incontri intimi e la comparsa

di disfunzioni sessuali quali calo del desiderio, anorgasmia, disfunzione erettile, eiaculazione precoce o ritardata (Capitanio, Curotto, 1993).

La scoperta dell'infertilità richiede alla coppia un riaggiustamento delle proprie dinamiche relazionali, così come la ricostruzione di una nuova progettualità in cui si valuta la possibilità di intraprendere percorsi per realizzare il sogno della genitorialità, come la PMA.

Lo stesso termine "Procreazione Medicalmente Assistita" da cui l'acronimo PMA catapultava le coppie in un mondo "parallelo, artificiale e malato" fatto di indagini mediche, diagnosi, cure, richieste di prestazioni fisiche ed emotive, dove il Corpo e la Mente perdono la loro interconnessione e circolarità. La persona malata non è più padrona del suo corpo e diventa ostaggio del pensiero medico. Ciò che parla al suo posto è il suo quadro clinico, il suo utero, le sue ovaie, i suoi spermatozoi che diventano lenti, malformati, come se fossero delle entità separate dalla persona che abitano. Il corpo che non funziona è un organo, semplicemente e maledettamente malato, secondo un'ottica cartesiana, che va aggiustato riparato e non ascoltato (Schnake, 1995).

In questo sfondo le persone perdono la possibilità di dare significato e quindi senso al sintomo che portano, comportandosi come involucri, pupazzi svuotati e maneggiati. Perdono la possibilità di essere corpi vivi e pieni di senso.

Io credo che il nostro compito in qualità di psicoterapeuti sia quello di uscire da questa dualità proponendo una lettura del sintomo iscritto nel corpo come narrazione di una realtà simbolica sottostante. Questo ci consente di avere più strumenti, se avviciniamo alla fertilità come ad un evento fatto di tante particelle psicocorporee portatrici di significati che circolano. Leggere il sintomo dell'infertilità come un evento costellato da vari aspetti più o meno visibili e tangibili, avendo un'ottica psicosomatica integrata, che intende il Corpo e la Psiche come un'unità psicofisica in cui l'uno subisce l'influenza dell'altra, in interconnessione, consente maggiori possibilità di cura.

Intraprendere un percorso di PMA significa affrontare prove molto difficili non solo da un punto di vista emotivo, ma anche fisico. Spesso le donne devono mettersi a nudo e sottoporsi a molteplici accertamenti clinici dolorosi, volti ad approfondire le cause mediche dell'infertilità. In queste pazienti potrebbe dunque insorgere un sentimento di diffidenza nei confronti del proprio corpo che viene percepito come sterile, inadeguato, vuoto, difettoso, mancante; è un corpo tradito e nello stesso tempo traditore, eppure è anche un corpo vivo, pieno di desiderio e di speranza.

Abbracciando una visione circolare e unitaria che guarda alla relazione tra gli aspetti corporei e quelli affettivi, ci rendiamo conto che questo tema ha delle evidenti ripercussioni psicofisiche e la realtà condensata sottostante nel paziente lascia segni tangibili all'esterno, cioè sul corpo. Anche se è fortemente presente un contenuto organico, il paziente crea sempre una rappresentazione

immaginale inscritta nella psiche che dialoga con il corpo. Un primo passo importante nel percorso di PMA è quello di accogliere il sintomo, senza sopprimerlo, e dargli la parola per attivare un processo di consapevolezza. Il sintomo non è nient'altro che il momento fondamentale nel quale l'inconscio si disvela fenomenologicamente attraverso il corpo, che si rende teatro di una rappresentazione (Fulceri, Spennato, Viccaro, 2017).

Quando si lavora con questi pazienti bisogna tenere conto del fatto che sono spesso portati a identificarsi con un corpo oggettivizzato, anestetizzato, desensibilizzato, un corpo "malato", che non funziona come vorrebbero. Occorre inoltre ricordare che gli interventi medici condotti sul corpo dei/delle pazienti rischiano di attivare una scissione e una disconnessione tra mente e psiche, oltre che l'insorgere di una certa passività. L'equipe medica che si occupa della PMA è infatti concentrata sul corpo, sulla sua prestazione e sul raggiungimento dell'obiettivo (la gravidanza), e ciò porta spesso i/le pazienti a sentirsi come fabbriche di ovuli e spermatozoi, pronte a generare figli. Questo processo rischia di far insorgere grandi difficoltà a livello psicologico, perché questi corpi non solo vengono svuotati di senso, ma rimangono in ombra altre parti di sé. La cura deve pertanto e necessariamente passare attraverso il corpo, un corpo che deve essere riconnesso, risensibilizzato, riabilitato ed integrato per poter generare altro.

Questa premessa ha fatto da sfondo durante tutta la progettazione e organizzazione della proposta del progetto *IncontrandoMe*. Il titolo evoca l'importanza dell'incontrare sé stessi, il Me che risuona, il Me che si rispecchia nell'altro, il Me che non conosco ancora e di cui non sono consapevole. Lavorando da tanti anni con questi pazienti in Ospedale, in Clinica o nel mio studio, mi ha sempre colpito come queste persone vivano la loro condizione con vergogna. Questo sentimento li spinge spesso ad isolarsi con l'illusione di proteggersi dal giudizio che in realtà inconsapevolmente viene solo proiettato sull'esterno, rendendoli unici giudici impietosi di sé stessi. L'isolamento paralizza quel prezioso allenamento al rispecchiamento nell'altro. Nel percorso di cura, incontrare l'altro è invece un solvente che può sciogliere il senso di unicità nel fallimento e nella diversità.

Intendo "la cura" come accompagnare l'altro, concetto ben rappresentato nel mito romano da Iginio Fabule (II sec. d.C) e ripreso da Heidegger nel suo "Essere e Tempo". Ho sempre avuto forte la sensazione che il contributo più prezioso, stando con questi pazienti, sia quello di aiutarli e accompagnarli a riscoprire la condivisione e l'incontro, uscendo dall'isolamento.

Nell'ambito di questo percorso di accompagnamento e sostegno, quello del gruppo può essere uno strumento prezioso in quanto dà spazio all'individuale e al sociale attraverso una modalità che consente l'osservazione dei linguaggi propri e altrui. Come ho già ampiamente descritto in un precedente articolo (Donadio, Carta, 1987; Fulceri, Mori, 2023), il lavoro di gruppo consente a chi ne fa parte una ridefinizione e rinarrazione rispetto a sé stessi e all'altro. L'altro è dunque fondamentale perché, come già affermava Freud nel 1921:

Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello come oggetto, come soccorritore, come nemico (...) e in questa accezione più ampia la psicologia individuale è una psicologia sociale (Freud, 2013).

Poste queste premesse, il lavoro di gruppo può essere uno strumento estremamente utile in quanto fornisce al paziente un immediato contatto con il prossimo e gli consente di rinunciare quasi del tutto alla razionalizzazione, favorendo piuttosto un contatto con l'emozione incarnata nel corpo e nelle immagini interne. In questo modo l'azione non coattiva, derivante dall'inconscio personale, diviene la via per arrivare alla coscienza attraverso le associazioni e la focalizzazione dell'attenzione.

Un altro aspetto importante del gruppo, nel caso specifico della PMA, è la possibilità di poter condividere i propri sentimenti di vergogna, frustrazione e inadeguatezza con persone dal vissuto simile. La maggior parte delle coppie che incontrano difficoltà nella procreazione prova infatti un senso di vergogna e solitudine, determinato dal fatto che spesso vi è un'impossibilità di parlare di quest'argomento con i propri familiari o amici. Inoltre, è anche comune il sentirsi "disabilitati", e spesso questi pazienti provano sensazioni di anormalità e/o di disabilità. All'interno del gruppo, invece, c'è una rottura rispetto a questo silenzio/segreto e la coppia trova finalmente uno spazio sacro in cui uscire allo scoperto, raccontarsi e liberarsi. Nel gruppo ci sono, infatti, persone che vivono la stessa esperienza e che dunque sono maggiormente predisposte all'ascolto e al confronto. La narrazione e il disvelamento che avvengono in questo contesto divengono così degli importanti mezzi catartici, attraverso cui le coppie riescono a sentirsi più accolte e accettate, osservando gli altri e rivedendo in loro alcune parti di sé.

Un ulteriore fattore estremamente positivo della terapia di gruppo è il costo: se il percorso di PMA è molto esoso, il costo delle sedute di gruppo è invece suddiviso con gli altri partecipanti – e pertanto è particolarmente basso e alla portata di tutti. Questa condivisione economica, operata dai partecipanti, alimenta poi la sensazione che "gli altri stiano lavorando per me ed io per gli altri" e diminuisce la fatica.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO INCONTRANDOME

La mia vita merita un romanzo

In accordo con la clinica abbiamo stabilito un numero massimo di dieci partecipanti al fine di consentire a tutti di potersi raccontare. Dal momento che non sempre entrambi i partner erano disponibili, è stata data la possibilità di partecipare singolarmente o in coppia. Sono stati proposti dieci incontri, di due ore ciascuno. Ogni incontro è iniziato con un momento di attivazione e di ascolto corporeo attraverso la respirazione, per permettere ai pazienti di mettere a fuoco le sensazioni rispetto al loro corpo e agli altri componenti del gruppo e per favorire quella

riconnesione e risensibilizzazione del sé corporeo di cui parlavo prima. In un secondo momento, è stato invece chiesto ai partecipanti di raccontare la propria vita come se fosse un romanzo ad un membro (scelto) del gruppo, in trenta minuti. Attraverso lo strumento della narrazione e della rielaborazione di sé e del proprio vissuto si è dunque cercato di sostenere attivamente i membri del gruppo, con un lavoro che mirava ad allargare la loro percezione in merito alla propria identità, oltre la convinzione di essere una persona “che non riesce ad avere figli”. Nei gruppi da me condotti seguendo il modello G.A., sono state stabilite alcune regole per garantire non soltanto la buona riuscita della seduta ma anche un buon funzionamento delle dinamiche gruppali. È stato chiesto ai partecipanti di non avere contatti al di fuori di quest’esperienza. Dal momento che le coppie si incontravano spesso nelle sale di attesa della clinica, abbiamo rivisto questa regola chiedendo loro semplicemente di non parlare di quanto emerso all’interno del gruppo, per mantenere il segreto professionale. È stato poi chiesto di rivolgersi all’altro dando del tu e parlando al presente. È stato poi fatto presente che nessuno è costretto a lavorare ma ciascuno deve assumersi la responsabilità del proprio “esserci”, contattando l’emozione attraverso l’attenzione e la focalizzazione sul proprio corpo, sul movimento, sul senso del racconto e sulla reazione del resto del gruppo (Fulceri, Mori 2023).

Le parole per dirlo: parola ai partecipanti del gruppo

Durante il percorso sono stati somministrati due questionari: uno al primo incontro per sondare le motivazioni, le emozioni, le aspettative e il clima percepito nel gruppo – oltre che per avere informazioni sul percorso PMA delle coppie – e un secondo una volta concluso il percorso, per definire l’esperienza fatta ed indagare l’utilità e il momento che i partecipanti hanno reputato più significativo durante il lavoro su di sé, considerando al contempo quale aspetto del loro carattere si sia rilevato di ostacolo per affrontare il cammino verso la possibile genitorialità. Abbiamo anche chiesto qualche suggerimento per migliorare l’offerta terapeutica e se nella coppia ci fosse stato un miglioramento nella comunicazione.

Tutti si sono messi in gioco, in modo inaspettato e molto emozionante, anche i più diffidenti, considerando che la maggior parte di loro non aveva mai fatto colloqui psicologici. Ho provato enorme gratitudine per il loro affidarsi, darsi e raccontarsi. Ricordo ancora – nonostante il tempo – ogni volto, ogni storia, ogni nome e la sedia che ognuno di loro occupava, sempre la stessa alla ricerca di un posto sicuro e accogliente. L’idea di iniziare dall’ascolto corporeo è stata vincente, ha permesso di abbassare piano piano le difese e ha fatto sentire tutti allo stesso punto di partenza, tutti vicini come un equipaggio pronto a salpare, pronti a cogliere la bellezza del mare calmo al tramonto ma uniti nelle possibili tempeste. Io ero lì con loro, pronta a sostenerli, incoraggiarli, lanciandogli un salvagente o dandogli una delicata spinta per buttarsi in mare. Ognuno si è preso con timidezza il proprio spazio e con coraggio è andato oltre la definizione che un medico gli aveva

dato. Tutti hanno narrato la propria storia, le proprie radici, i ricordi della scuola, il momento in cui si sono innamorati, in cui hanno pianto per chi non li ha visti, come sono caduti e poi si sono rialzati. Spesso sono emerse storie di grandi sofferenze e di notevole indifferenza da parte delle figure genitoriali, le stesse pronte, poi, a chiedere “un nipotino”. Per molti distinguere il bisogno dal desiderio di avere un figlio è stato difficile come anche differenziarsi dal mandato familiare. Spesso, dietro la ricerca di un figlio, si è nascosta una voglia personale di rivalsa e di identità.

Grazie al ricordare chi sono stati e chi sono oggi, tutti alla fine hanno ridimensionato questo bisogno a volte ossessivo di essere genitore, recuperando prima di tutto l'esserci come persone, esseri con un mondo interiore molto più vasto di quanto possa emergere in superficie. Per ognuno di loro è stato poi importante essere ascoltati e provare la sensazione di avere tempo, cosa che al contrario viene vissuta come un nemico persecutorio durante ogni visita. Tutti si sono nutriti del fatto di non essere gli unici e i soli a vivere questa condizione, anzi, rispecchiandosi nell'altro hanno avuto la possibilità di sentirsi parte di qualcosa di più grande, che li può contenere, sconfiggendo la paura di sentirsi diversi e “difettati”.

Ciò che ha spinto la maggior parte di loro a partecipare è stata la curiosità (soprattutto per i maschi), il mettersi in gioco per cercare supporto, la voglia di capire qualcosa in più di sé stessi e di imparare qualcosa di nuovo grazie al confronto con l'altro. Tutti i partecipanti avevano già fatto da due ad un massimo di cinque fecondazioni. Al termine del percorso, dopo aver ascoltato le storie altrui, alcuni hanno riportato una nuova consapevolezza sulla propria sofferenza e su ciò che si era “accantonato”. Altri, invece, hanno trovato utile e soddisfacente riuscire a mettersi al centro, raccontandosi come non avevano mai fatto prima e conoscendo meglio il proprio partner. Tutti hanno messo a fuoco che non serve concentrarsi esclusivamente sui problemi e tutti hanno percepito dei miglioramenti nel rapporto di coppia. L'ansia, la vergogna, la difficoltà di affidarsi e di non credere nelle proprie capacità sono state le caratteristiche personali che più hanno reso difficile affrontare il percorso di fecondazione assistita.

Come ultimo spunto alla domanda relativa ai suggerimenti hanno tutti chiesto altri incontri e qualcuno ha poi fatto qualche colloquio individuale o iniziato una psicoterapia.

CONCLUSIONI

Potrei scrivere ancora molte cose di quest'esperienza ma concludo dando voce ad alcuni dei partecipanti, persone che hanno vissuto insieme a me questo progetto pilota, con l'intenzione e l'augurio che sia solo il principio e che anche in altri centri specializzati in fecondazione assistita si possano avviare queste esperienze di gruppo.

Sara: “Nel primo incontro non avevo gradito il fatto che fosse più concentrato sulla persona che sulla esperienza della PMA, poi ne ho capito il senso, grazie”.

Paolo: “Il momento più importante è stato essere scelto per ascoltare la storia di Anna”.

Mira: “Il miglioramento per me è stato aprirmi e parlare di cose che mi fanno male e che mi bloccano”.

Carla: “Per me è stato tutto perfetto e avrei voluto poter fare questi incontri già in passato. Non ci abbandonate”.

Luca: “La condivisione mi ha aiutato a focalizzare e a dare un nome preciso a ciò che influenza la mia vita”.

Marco: “La mia ansia non mi fa vedere un gradino alla volta ma la scala da risalire”.

Giusy: “Mi ha fatto crescere”.

Leo: “Non bisogna focalizzarsi sul problema perché diventa il problema”.

Loris: “Dopo questi incontri ho preso tanta forza”.

Ringrazio Sara, Paolo, Mira, Carla, Luca, Marco, Giusy e tutti quelli che come loro, con coraggio, si sono messi al “centro” e hanno incontrato loro stessi.

BIBLIOGRAFIA

Ardenti R., *Sindrome da sterilità: il complesso d'inferiorità e la relativa compensazione*, Riv. Psicol. Indiv., XXXIX n. 69: 51-61, 2011

Capitano G.L., Curotto R., *Diagnosi di sterilità e l'impatto sulla sessualità della coppia*, in Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Sessuologia Clinica (Modena), CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1993

Donadio G., Carta S., *La Gestalt analitica. Una via per l'individuazione*, Edizioni Luigi Pozzi, Roma, 1987

Dossey L., *Spazio, tempo e medicina*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1983.

Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, Giulio Einaudi Editore, Milano, 2013

Fulceri F., Mori E., *La Gestalt Analitica e la psicoterapia di gruppo ad oggi*, Riflessi. Rivista di Psicologia Gestalt Analitica, IV no. 4 (Gennaio): 9-17, 2023

Fulceri F., Spennato R., Viccaro M.C., *La Sedia Vuota: le Trasformazioni del Setting*, Riflessi. Rivista di Psicologia Gestalt Analitica, I no. 0 (Aprile): 14-22, 2017

Kepner J.I., *Body Process: A Gestalt approach to working with the body in psychotherapy*, GestaltPress, 1993

Menning B.E., *The infertile couple: a plea for advocacy*, Child Welfare 54, no. 6 (Giugno): 454-60, 1975

Schnake A. (1995) *I dialoghi del corpo. Un approccio olistico alla salute e alla malattia*, Edizioni Borla, Roma, 1998.

SITOGRAFIA

Anile C., *Elaborazione, lutto e infertilità*, in *Padovapsicologo*, 2016

<https://www.padovapsicologo.it/24/04/2016/linfertilita-nella-coppia-padova/> [28 Maggio 2017]

> Camilla Albini Bravo

Dopo aver ascoltato tutti gli interventi ho realizzato che, con voci diverse, è stata messa in scena una antica e potente rappresentazione delle forze arcaiche che si muovono nell'area della fecondazione, naturale o assistita che sia. I primi personaggi apparsi sulla scena sono la coppia umana, in primo piano la donna, che spinti da una forza antica chiedono un figlio. Lo chiedono perché lo desiderano, perché si desiderano, perché si sono incontrati. Ma la coppia che arriva sulla scena è alle prese con un figlio che non arriva il cui vuoto attiva l'emergere possente e terrifico della Grande Madre Procreatrice, del suo imperativo a pagarle il tributo: la vita deve riprodursi, il figlio è necessario. Così il figlio del desiderio diviene il figlio dovuto, un prezzo che la Grande Madre esige!

La donna a questo punto ha dentro di lei l'urlo dell'antica progenitrice che la fa sentire immersa nella vergogna, nella nullità, nel totale disvalore di sé. La Grande Madre è titanica, urla il suo diritto che la vita si riproduca, trova i suoi alleati nella medicina, ai medici quindi si rivolge la coppia, sono loro i nuovi personaggi sulla scena, loro i portatori del verbo materno che dice: "Ti riprodurrai". Ma questi sacerdoti di una dea titanica rischiano di essere infettati dal suo titanismo, avendo in mente, come unica legge, la necessità della fecondazione.

È proprio a tal punto che si erge e appare sulla scena un nuovo personaggio, il portatore del verbo paterno, che con mille regole e leggi cerca di mettere dei paletti e dei confini al lavoro dei medici e degli scienziati. Il suo sforzo sarà titanico quanto lo è la vita stessa e l'urlo che attraversa la scena, quello della Grande Madre che dice: "La vita è mia, il figlio è mio" sarà contrastato da un urlo altrettanto forte del Grande Padre Legislatore che cerca di portare una misura in questa illimitata potenza. Il figlio sarà solo della madre? Basterà solo il suo desiderio? Sarà del padre? Porterà il suo cognome? Sarà il figlio biologicamente riconosciuto, il figlio del sangue? Sarà il figlio di chi legalmente lo riconosce?

Ora io vorrei che entrasse in scena proprio lui, il figlio, che gli fosse permesso di dire: "Smettete di discutere non sono di nessuno dei due, semplicemente sono nato come nuovo desiderio di vita!"

Ma questo ancora non accade, non è ancora arrivato il tempo "In nome del figlio", ancora il nato è della madre, del padre o della comunità. Dovremmo tutti riascoltare il giudizio di Salomone e riflettere sulla sofferenza, che ormai è palese a tutti, del figlio spaccato a metà, del figlio che non sa più a quale legge obbedire: a quella della madre, protettiva e possessiva, o a quella dello Stato-Padre che a scuola lo forma e lo fa crescere con fatica separandolo dalla madre. Questo nuovo personaggio sta chiedendo a tutti gli altri di tacere e di ascoltarlo.

AUTORI

CAMILLA ALBINI BRAVO

Analista junghiana, past member A.I.P.A. e I.A.A.P., vive e lavora tra Roma e Pistoia. I suoi contributi, articoli e il libro *Figli e Genitori. Note a margine di un mito amputato*, hanno in comune un approccio immaginale e archetipico alle vicende umane.

REBECCA AUTORINO

Psicologa clinica e psicoterapeuta ad indirizzo gestalt-analitico. Sessuologa clinica e psicologa giuridica. Responsabile psicoterapeuta presso cliniche PMA Italia. Socio Siru-Società di Riproduzione Umana. Didatta presso Associazione di Sessuologia Clinica (Aisc) in Sessualità e Dinamiche di coppia nella PMA.

FRANCESCA FULCERI

Psicologa, Psicoterapeuta ad orientamento Gestalt Analitico individuale e di gruppo, Specialista in Sessuologia, Docente IGA (Istituti Gestalt Analitico), Presidente AIGA (Associazione Italiana Gestalt Analitica) dal 2009 al 2015, Past-President AIGA, dal 2015 ad oggi, Direttore Scientifico AISC (Associazione Italiana di Sessuologia Clinica), Docente Master in Sessuologia Clinica per psicologi e per psicoterapeuti, dal 1999 si occupa di tematiche riguardanti la Sessuologia, la Psicosessuologia e la Psicoterapia integrata con la sessuologia clinica, esperienza quadriennale come Psicosessuologo (contratto di collaborazione) presso il Centro di Andrologia dell'Azienda Ospedaliera S.Carlo di Potenza, Referente del gruppo di studio La Sessuologia e la Gestalt Analitica (AIGA), ha fatto parte del Comitato scientifico e relatore al Convegno Sessualità e nuove declinazioni: l'approccio Gestalt Analitico 2017 Roma.

Autore di vari articoli tra cui: *La Gestalt Analitica e la Sessuologia Clinica: verso un modello integrato per la cura delle disfunzioni sessuali*, www.aigaweb.it 2013; *L'approccio Gestalt Analitico alla sessualità*, Rivista *Psicobiettivo*, Franco Angeli, 2015; F. Fulceri, R.Spennato, M.C.,Viccaro, *La sedia vuota: Le trasformazioni del setting*, Rivista *Riflessi*, N.0 Aprile 2017.

Relatore in vari Convegni tra cui: *Il corpo come portatore e contenitore di immagini che narrano l'esperienza del piacere come modalità di relazione*, 2016 Convegno FIAP (Federazione Italiana Associazioni di Psicoterapia); *La Gestalt Analitica e la Gestalt Therapy Kairos: le esperienze a confronto* 2016, Convegno Federazione Italiana scuole ed istituti Gestalt (FISIG); *Identità e relazione, ricordi, immagini e luoghi del corpo: quando il piacere è possibilità di incontro e di scambio*, 2013 Convegno (FISIG).

Vive e lavora a Roma. / Email: fulceri.francesca@gmail.com

ALFONSO MARIA IROLLO

Medico Ginecologo, Specialista in Ginecologia e Medicina della Riproduzione Umana. Responsabile di Centro Privato Autorizzato alle Metodiche di Procreazione Assistita “OMNIA SALUTE”, Roma.

Ginecologo Centro Autorizzato di Metodiche di procreazione Assistita in regime privato “OPC” Napoli. Responsabile del centro PMA Chianciano Salute SpA. Presidente di PA.ME.GE.I.S.S.. Operatore In possesso di vastissima casistica di Metodiche di Procreazione Assistita in vitro come primo operatore presso Clinica Villa del Sole Napoli e Clinica Ruesch Napoli. Direttore Sanitario Centro PMA Chianciano Salute di Chianciano Terme, Toscana. Membro Siru, Società Italiana di Riproduzione Umana.

ROSA SPENNATO

Psicologa, Psicoterapeuta Gestalt Analitico individuale e di gruppo. Didatta e Supervisore Iga/ Csp e Fisig. Coordinatore della Commissione Training Professionale e membro del Comitato Direttivo dell’Aiga, Direttore Editoriale della Rivista Riflessi. Coordinatore del gruppo di lavoro Sedia Vuota membro dei gruppi di lavoro Saper fare Terapia e La Gestalt - Analitica e la Sessuologia Clinica dell’Aiga. Lavora privatamente a Roma.

SARA VITIELLO

Psicologa, Psicoterapeuta ad orientamento Gestalt Analitico individuale e di gruppo, specialista in Sessuologia Clinica e terapeuta Emdr.

Socio Aiga. Docente e Formatrice in ambito psicologico e sessuologico.

AIGA[®]

Associazione Italiana Gestalt Analitica

Via Padre Semeria, 33 - 00154 Roma - www.aigaweb.it - aigasegr@gmail.com