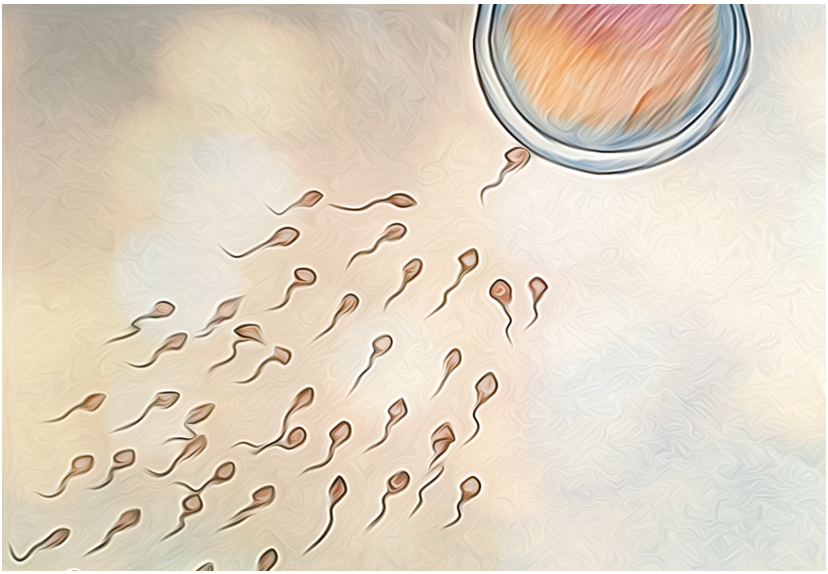
Materiali e documenti

In-fertilità
Un approccio multidisciplinare

Atti del I Convegno nazionale
Roma, 5-6 maggio 2017

a cura di
Michela Di Trani e Anna La Mesa



University Press

Sapienza
Università Editrice

Collana Materiali e documenti 32

In-fertilità
Un approccio multidisciplinare

Atti del I Convegno nazionale
Roma, 5-6 maggio 2017

a cura di

Michela Di Trani e Anna La Mesa

SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE
2018

Copyright © 2018

Sapienza Università Editrice
Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it
editrice.sapienza@uniroma1.it

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

ISBN 978-88-9377-054-5

Pubblicato ad aprile 2018

Quest'opera è distribuita
con licenza Creative Commons 3.0
diffusa in modalità *open access*.

In copertina: immagine realizzata da Basmala Riead.

Indice

Introduzione 1

Saluti delle autorità 3

Renata Tambelli 3

Paola Mancini 7

Il rapporto corpo-mente e la qualità delle relazioni nella costruzione della salute
Luigi Solano 9

Procreazione medicalmente assistita: profili biogiuridici
Stefano Canestrari 23

Il dibattito sulla genitorialità, una questione di scienza e di morale
Carlo Flamigni 31

I dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita
Roberta Spoletini 47

Gli aspetti biologici dell'infertilità
Francesca Ginobbi 55

Dall'iter diagnostico alla scelta del processo terapeutico: una panoramica sul percorso che affronta la coppia con problemi di fertilità
Elisa Minutolo, Alessia Renzi 59

Formazione, informazione e comunicazione nella PMA
Loredana Masi 69

Lo sguardo dei professionisti della salute sulla PMA
Nadia Monacelli, Valentina Tarricone, Sabina Zapponi, Lorenzo Barusi 75

L'infertilità tra individuo e cultura. Le parole per dirlo
Barbara Cordella, Francesca Greco, Alessia Renzi 91

L'intervento psicologico nell'infertilità
Michela Di Trani 107

La scrittura espressiva secondo Pennebaker nella Procreazione Medicalmente Assistita
Alessia Renzi 121

L'intervento psicologico-sistemico nell'infertilità di coppia
Anna La Mesa 137

L'intervento psicologico sistemico nell'infertilità di coppia
Carla Sorace 145

L'ipnosi nell'infertilità di coppia
Nicolino Rago, Federica Volpi 161

L'attenzione al corpo
Tiziana Ceraso 175

La coppia racconta: il trattamento clinico della difficoltà di concepimento
Laura Marcone 183

Ringraziamenti 189

Introduzione

Nell'introdurvi al volume degli Atti del Convegno "In-fertilità: un approccio multidisciplinare", tenutosi a Roma il 5 e il 6 maggio 2017, presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università degli Studi di Roma "Sapienza", proviamo ad illustravi gli intenti che hanno mosso l'organizzazione dell'evento.

L'obiettivo generale del Convegno è stato quello di promuovere un confronto interdisciplinare tra diversi operatori, ginecologi, medici di medicina generale, ostetriche, psicologi, biologi, giuristi sui temi inerenti l'infertilità e la sterilità, nonché le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Le tematiche sono state affrontate all'interno di un modello bio-psico-sociale, tentando di promuovere una riflessione condivisa dalle diverse professionalità che agiscono in questo campo. Sono state discusse questioni teorico-pratiche che riguardano la coppia in PMA, ma anche gli operatori coinvolti, sul versante medico, etico e psicologico, fino ad arrivare alla presentazione di diversi modelli di intervento multidisciplinare. Nello specifico, è stato affrontato il tema del ruolo e dello spazio della psicologia all'interno dei centri di PMA, nell'ottica di promuovere un intervento olistico ed integrato di supporto al paziente e all'equipe.

Ad apertura dell'evento ci hanno fatto l'onore di intervenire diversi rappresentanti delle istituzioni che si interfacciano sulla problematica oggetto del Convegno: rappresentanti del mondo accademico, il prof. Renato Masiani, Prorettore Vicario dell'Università Sapienza, il prof. Fabio Lucidi, Vicepreside Vicario della Facoltà di Medicina e Psicologia, Università Sapienza e la prof.ssa Renata Tambelli, Direttore del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza; un rappresentante del Ministero della Salute, la dott.ssa Serena Battilomo, Direttore Ufficio Tutela della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle diseguaglianze, un Consigliere della Regione Lazio, la dott.ssa Maria Teresa Petrangolini, un Consigliere dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, la dott.ssa Paola Mancini, Membro del Gruppo di Lavoro Salute Perinatale.

Ognuno ha portato un prezioso contributo della propria Organizzazione, di intenti ed interventi universitari, politici e programmatici con i propri dati e statistiche. Questi contributi, interagendo tra loro hanno fornito un quadro complesso della condizione italiana inerente le problematiche ed il futuro della PMA.

Rispetto a questo libro degli Atti, l'ordine dei contributi non seguirà precisamente quello del Convegno, ma gli scritti saranno raggruppati per temi.

Ci è sembrato doveroso far iniziare gli interventi da due ordinari del mondo della psicologia la prof.ssa Renata Tambelli e il prof. Luigi Solano, che rappresentano non solo il versante istituzionale ma anche il contesto in cui la psicologia contemporanea promuove la propria cultura.

Non poteva mancare uno sguardo da parte del Comitato Nazionale di Bioetica, che ha riportato gli interrogativi e le sfide per il futuro che la PMA impone, sia da un punto di vista giuridico, prof. Stefano Canestrari, che da un punto di vista dell'etica medica, prof. Carlo Flamigni.

Ampio spazio è stato dedicato da parte della Dott.ssa Roberta Spoletini a tutti i dati dell'Osservatorio Epidemiologico sulla PMA dell'Istituto Superiore di Sanità che è sempre in prima linea nel fornire dati e spunti di riflessione sull'andamento evolutivo del fenomeno.

Si apre poi il percorso di riflessione da parte di medici e psicologi che, puntualizzando gli aspetti tecnici legati ad infertilità, sterilità e PMA, si interrogano sull'interrelazione tra dati biologici e aspetti psicologici, dott.ssa Francesca Ginobbi e dott.ssa Elisa Minutolo, e sull'impatto che la PMA ha sul mondo degli operatori, dott.ssa Loredana Masi e prof.ssa Nadia Monacelli.

La Prof.ssa Barbara Cordella ha riportato il contributo che i media forniscono nel rappresentare la cultura italiana sulla PMA.

La seconda giornata del convegno è stata dedicata alle esperienze di ricerca e clinica in questo ambito. Un primo contributo ha riguardato le dissonanze tra la normativa che attualmente regola la presenza della psicologia nel contesto della PMA e l'attuazione della stessa, da parte della prof.ssa Michela Di Trani. Ci si affaccia dunque su una serie di ricerche che riportano dati di efficacia di diversi interventi psicologici e psicoterapici. Un'esperienza di applicazione della tecnica della scrittura espressiva proposta alle donne in un centro di PMA condotta dalla dott.ssa Alessia Renzi. Sono state illustrate inoltre esperienze di interventipsicoterapici combinati, partendo dall'uso del genogramma familiare effettuato con la coppia illustrate dalla dott.ssa Anna La Mesa e dott.ssa Carla Sorace, con tecniche di visualizzazione ipnotica, descritte dal dott. Nicolino Rago e dalla dott.ssa Federica Volpi, e da tecniche di mobilizzazione corporea mostrate dott.ssa Tiziana Ceraso.

Chiude il convegno la dott.ssa Laura Marcone con uno spazio dedicato a riportare le sfaccettature dolorose, riflessive e di speranza delle coppie che raccontano il loro confronto con la tematica dell'infertilità.

Un ringraziamento sincero va ai Comitati, Scientifico ed Organizzativo, del Convegno, con una particolare gratitudine per le dott.sse Cinzia Di Monte e Laura Marcone che hanno supportato la stesura del volume.

SALUTI DELLE AUTORITÀ

Renata Tambelli
Direttore del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza

Il divenire genitori rappresenta una tappa fondamentale ed universale del ciclo di vita che risente da una parte del contesto sociale e culturale in cui la coppia è inserita e dall'altra del processo dello sviluppo individuale che sin dal periodo adolescenziale, con l'innamoramento e le prime relazioni di coppia, assume il valore di nucleo attivatore per tutelare il naturale passaggio da *figli* a *genitori*. Se "avere figli" può aver perduto l'antica valenza sociale di una economia contadina, "fare un figlio" sembra conservare nella nostra realtà sociale l'universale valenza biologica e psicologica. Tuttavia questo percorso può essere ostacolato da difficoltà procreative che possono avere diverse cause che vanno dalla sterilità, all'infertilità, alle malattie genetiche e a condizioni psicologiche e/o traumatiche specifiche. L'impatto sul vissuto personale e di coppia delle difficoltà o dell'impossibilità di procreare necessita di una ampia rete di supporto multidisciplinare che sostenga e guidi nel delicato passaggio di accettazione e/o di scelta di percorsi alternativi, come ad esempio le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Il coinvolgimento delle diverse specificità disciplinari su quest'asse importante del ciclo di vita è stato oggetto di dibattito scientifico nel Convegno dal titolo: ***In-fertilità: un approccio multidisciplinare*** organizzato dal Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza di Roma il 5-6 maggio 2017 presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Psicologia della sapienza di Roma.

Il tema dell'infertilità come "crisi di vita" (Menning, 1975) che coinvolge, su diversi piani esistenziali, sia l'individuo che la coppia, è stato ampiamente discusso ed analizzato negli aspetti giuridici, medici, legali e clinici mantenendo vivo ed animato l'obiettivo dell'integrazione multidisciplinare che agisce come rete di supporto e guida in questa fondamentale tappa del ciclo vitale. Una tappa evolutiva che per innumerevoli ragioni sia di ordine sociale, che economico e relazionale viene procrastinata sempre più nel tempo tanto che l'età media attuale in cui le donne mettono alla luce il loro primo figlio in Europa è di 30 anni, e la sterilità e l'infertilità sono condizioni che riguardano circa il 15-20% della popolazione (Lemcke et al., 1995; Strickler, 1995; World Health

Organization, 2002). Eppure che la fertilità sia anche una questione di tempo è un aspetto della realtà che il mondo di oggi sembra aver bisogno di negare. Occuparsi di infertilità e sterilità significa dunque occuparsi della contemporaneità, di un problema di vaste proporzione che ha ripercussioni sia dal punto di vista clinico che di ricerca.

Le conseguenze di tale esperienza sulla vita dell'individuo e della coppia sono descritte da numerosi lavori di ricerca internazionali, che evidenziano il profondo disagio psicologico e sociale sperimentato dalle persone coinvolte, che varia dalla presenza di sintomi ansioso-depressivi, alla percezione di perdere il controllo della propria vita, fino alla strutturazione di veri e propri quadri psicopatologici (Dunkel-Schetter & Lobel 1991; Greil, 1997; Syme, 1997; Wirtberg et al., 2007). La sofferenza legata all'incapacità di concepire un figlio in modo naturale viene spesso affrontata e gestita in una dimensione interna di segretezza individuale e/o di coppia che si caratterizza in modo specifico con vissuti di vergogna e di colpa.

Cosa e come la psicologia e la psicoanalisi possano fare richiede ancora uno spazio di definizione.

Lo scambio tra prassi clinica e di ricerca che ha animato l'ampio dibattito multidisciplinare all'interno del Convegno su questo delicato tema si è incentrato sulla specificità delle dinamiche più profonde che un approccio psicoanalitico sa prendere in considerazione relativamente al tema del *desiderare un figlio* ma *non riuscire ad avere un figlio* ma anche ad un percorso di integrazione tra **mente** e **corpo**, tra **medicina** e **psicologia** che seppur ancora difficile da realizzare in talune realtà, è necessariamente auspicabile per arrivare alla realizzazione di un intervento olistico alla persona e alla coppia.

E' noto che l'intervento integrato, medico e psicologico, nel trattamento dell'infertilità, e nello specifico nei percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), è fortemente raccomandato dalle Linee guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (2008, 2015), che fanno riferimento alla legge 19 febbraio 2004, n. 40. In tali Linee guida si raccomanda l'attività di consulenza e sostegno psicologico all'individuo e alla coppia, determinando la prescrizione per i Centri che si occupano di PMA di attivare tali interventi, ma si rimane nell'ambiguità relativa alla figura professionale che se ne dovrebbe occupare (Medici? Psicologi?).

Il dibattito scientifico ha aperto molti interrogativi rispetto alla delineazione di questo percorso di integrazione tra medicina e psicologia che ancora ad oggi subisce brusche battute d'arresto e ripensamenti dovuti ad un'impostazione ancora prettamente medica dell'area della procreazione.

All'interno di un luogo simbolico, quello della *formazione* universitaria, metaforicamente paragonabile in questo contesto di discorso alla *gestazione* della professione di generazioni future di psicologi, il dialogo tra le diverse figure professionali si è congiuntamente orientato ad affrontare

quesiti importanti quali: saremo in grado di dialogare? I linguaggi utilizzati saranno comprensibili? Saremo in grado di rispettare le differenze legate alle professioni e offrirci spazi reciproci di pensiero, piuttosto che di azione?

Insieme alle diverse autorità che ci hanno onorato della loro presenza (accademiche, politiche, rappresentanti dell'Ordine degli Psicologi), e di numerose figure professionali (medici, ginecologi, giuristi, epidemiologi), si è dato avvio ad un percorso multidisciplinare dove poter maturare congiuntamente **nuovi modelli** e **nuove prassi**, avvalendosi del contributo e del sapere della psicologia e della psicoanalisi che tanto hanno esplorato e continueranno ad esplorare sul tema della genitorialità e sui vissuti psichici che l'impossibilità ad attuare questo progetto di vita comporta.

Paola Mancini
Consigliera Ordine Psicologi Lazio, Membro del Gruppo di Lavoro Salute Perinatale

Sono qui oggi in veste di consigliera dell'Ordine degli Psicologi del Lazio e sono dunque a portarvi i saluti e gliauguri di un buon lavoro da parte del presidente Nicola Piccinini, impegnato quest'oggi al Consiglio dell'Ordine Nazionale, e di tutto il Consiglio dell'Ordine.

Vorrei ringraziare tutto il Comitato scientifico di questo invito veramente gradito.

Gradito perché rinsalda la vicinanza tra mondo accademico e professione, una vicinanza tanto più necessaria se si tiene in considerazione il fatto che ci troviamo in un mondo sempre più complesso e che vede nascere bisogni di salute articolati negli individui e nella società ed è quanto mai necessario un proficuo scambio tra il mondo delle conoscenze e il mondo delle prassi cliniche.

Graditi perché come Ordine abbiamo molto a cuore i temi che ruotano attorno alla Perinatalità che sappiamo essere un momento di vita estremamente delicato e anche enormemente pieno di potenzialità, di elementi trasformativi, un momento che getta le basi della costruzione della personalità della persona umana e rappresenta uno degli elementi fondanti della funzionalità del sistema famiglia.

Per questa ragione abbiamo creato un Gruppo di Lavoro che approfondisse il tema della Salute Perinatale, evidenziando l'apporto della psicologia e degli psicologi al processo di costruzione della salute. Tanti sono psicologi che già operano in questo settore offrendo un prezioso contributo professionale, adesso avranno la possibilità di aderire alla rete professionale di Salute Perinatale dell'Ordine che ci consente di favorire lo scambio professionale e inter-professionale e di promuovere presso le Istituzioni lecompetenze dello psicologo che opera in ambito perinatale.

Oggi sarà trattato un tema molto specifico della salute perinatale che è appunto quello dell'infertilità e della PMA. Su questo tema non dirò nulla di specifico perché sono programmati autorevoli interventi ed io sono qui in una posizione di ascolto. Vorrei solo sottolineare come questo importante problema sanitario si collochi all'interno di un contesto culturale, sociale, economico, educativo più ampio di quello medico-biologico che emerge con prepotenza di fronte al problema di un corpo che ha difficoltà a procreare, un corpo di cui iniziamo a occuparci quando malato o sofferente o in difficoltà, un corpo dimenticato ma che, se ascoltato ci parla di noi, delle nostre emozioni più profonde, dei nostri desideri e delle nostre paure, delle

nostre vulnerabilità e delle nostre forze; un corpo a volte così "attenzionato" ma poco ascoltato, un corpo esibito ma poco accettato, a volte trascurato, a volte ossessivamente controllato; il rapporto con il nostro corpo parla di noi, ma sembriamo accorgerci della sua esistenza quando si ammala.

Se vogliamo evitare questo, se vogliamo domandarci cosa sostenga la salute (e dunque la fertilità) dobbiamo comprendere che informare non basta ma che vanno costruite condizioni che favoriscano la salute, la cura di sé, l'ascolto, l'accettazione e questo non può che avvenire nel nostro contesto familiare, relazionale, educativo, sociale e nel contesto politico. Nella polis viviamo e nella programmazione politica sanitaria, sociale, educativa, ambientale dovremmo poter offrire un contributo "a monte" e non solo "a valle" che non si limiti a intervenire quando la malattia è conclamata o il problema insorto.

Possiamo dare molto come comunità professionale in campo preventivo e di promozione del benessere, e forse diamo ancora troppo poco, come Ordine, da parte nostra, l'impegno ad ascoltare le vostre indicazioni su quali condizioni possano essere migliorate per declinare al meglio il contributo dello psicologo nel panorama della promozione del benessere perinatale.

Luigi Solano
Prof. Straordinario, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza.
Membro Ordinario Società Psicoanalitica Italiana

Il rapporto corpo-mente e la qualità delle relazioni nella costruzione della salute

Unità CorpoMente

La definizione di mente e corpo, e quindi dei loro reciproci rapporti, ha occupato una parte sostanziosa del dibattito filosofico e poi psicologico del mondo occidentale (vv. ad es. Solano, 2013, Cap.1; 2016).

Nelle formulazioni più recenti si tende spesso a seguire una concezione secondo la quale corpo e mente non possiedono alcun tipo di esistenza intrinseca, distinta rispetto all'insieme dell'organismo, ma sono *due categorie che hanno a che fare essenzialmente* con il vertice da cui si pone l'osservatore. Una concezione che peraltro ha radici antiche:

".....la Mente e il Corpo sono una sola e stessa cosa che viene concepita ora sotto l' attributo del Pensiero e ora sotto l'attributo dell'Estensione...l'ordine delle azioni e delle passioni del nostro Corpo è simultaneo per natura con l'ordine delle azioni e delle passioni della Mente." (Spinoza, Etica, Parte Terza, Prop II, Scolio).

Nella psicosomatica di ispirazione psicoanalitica questa posizione è stata sostenuta tra i primi da Carla De Toffoli (1991; 2007), e da Irène Matthis (2000). Così il lampo e il tuono appaiono all'osservatore come due fenomeni diversi e distanziati nel tempo mentre in realtà originano da un unico fenomeno fisico, una scarica elettrica (Matthis, 2000). Analogamente la fisica quantistica è giunta a riconoscere come a livello subatomico lo stesso fenomeno possa essere rilevato sotto forma di onde o di particelle a seconda dello strumento e delle modalità di osservazione utilizzate.

Così possiamo esaminare una persona, un organismo, con la risonanza magnetica, e vedremo delle aree cerebrali in funzione, o anche uno stomaco contratto. Oppure possiamo esaminarla attraverso un colloquio o un test psicologico, e sentiremo delle emozioni, coglieremo dei pensieri, delle modalità di porsi in relazione.

Un concetto di unità mente-corpo ben diverso quindi da quello di un monismo che riduca la persona al corpo quale viene studiato dalla biologia, un insieme di molecole, ma un corpo dotato delle stesse qualità della mente, un corpo che sente, che pensa, che si relaziona e si sviluppa nella relazione[1]. Possiamo definire questo approccio come **Monismo non**

[1]Emblematici a questo proposito gli studi di Hofer (vv. avanti).

riduzionista unito ad un dualismo conoscitivo. L'unico impiego che appare ormai utile della parola "psicosomatico" è nella locuzione "*approccio psicosomatico*", a indicare cioè la possibilità di prestare attenzione ad entrambe le serie di osservazioni.

Una distinzione all'interno dell'organismo può essere mantenuta sostituendo alla dialettica corpo-mente una dialettica tra sistemi, *ciascuno considerabile sotto un aspetto mentale e sotto un aspetto corporeo* (Bucci, 1997):

- Un sistema *non-simbolico* (che può essere avvicinato a concetti quali protomentale, processo primario, memoria implicita) che sul piano corporeo comprende i diversi apparati somatici, il sistema nervoso autonomo, l'amigdala e gli altri centri legati agli aspetti non simbolici dell'emozione;
- *Due sistemi simbolici* (verbale e per immagini) che comprendono la corteccia cerebrale (soprattutto prefrontale e limbica) e l'ippocampo (per le immagini)

Se accettiamo questa impostazione ne consegue che:

1) Ciò che siamo soliti chiamare corpo (sistema non-simbolico) *è dotato delle stesse qualità che siamo soliti attribuire al mentale:*

- Un corpo che pensa, che soffre, che gioisce
- Un corpo che si costituisce come un precipitato di relazioni
- Un corpo con dei movimenti relazionali (transfert corporeo e un controtranfert corporeo)
- Un corpo che possiede un accesso autonomo all'informazione esterna, che è capace di pensiero organizzato, anche se non simbolico
- Un corpo che comprende la memoria implicita, che possiamo chiamare memoria del corpo, "memories in feeling" (Klein), modelli operativi interni (Bowlby)

2) *La salute e la patologia*

- Non sono legati ad un influsso della mente sul corpo
- Ma dipendono dalla risposta dell'organismo, del CorpoMente alla condizione relazionale, *alla situazione di vita del soggetto*

3) *La patologia o la disfunzione somatica*

- Si verifica quando l'organismo, il CorpoMente, reagisce ad un problema di relazione con il mondo prevalentemente in termini non simbolici (somatici) *quando il sistema non simbolico è scarsamente connesso con i sistemi simbolici*, che sarebbero in grado di regolare ed offrire espressione e significato alla reazione.

Tale scarsa connessione ha ricevuto diverse denominazioni nella clinica:

- Scissione (Freud, Klein)

- Eventi avvenuti ma non sperimentati (Winnicott)
- Dissociazione (es. Bromberg)
- Alessitimia (Nemiah e Sifneos, Taylor)
- Pensée operatoire (Marty et al.)
- Vita operatoria (Smadja)
- Funzione alfa deficitaria (Bion)
- Attaccamento disorganizzato (Ainsworth, Main)
- Carenza di mentalizzazione (Fonagy)
- Esperienza non formulata (Donnell Stern)
- Vita non vissuta (Ogden)

Se accettiamo questa impostazione il termine "disturbi psicogeni" come quello di "infertilità psicogena", riportato in alcune classificazioni, diventano fortemente discutibili, perché presuppongono il riscontro di un disagio psichico, più o meno esplicito, nei portatori di un disturbo somatico. In realtà può accadere che l'unico sintomo del disagio sia il disturbo a livello somatico (non simbolico).

Può d'altra parte accadere che l'emergere di sintomi psichici costituisca una protezione, una valvola di sicurezza, rispetto ad una espressione e quindi ad un possibile danno somatico. Ad esempio Biondi et al. (1981) riscontrarono, in uno studio semilongitudinale, che le persone in seguito risultate affette da tumore presentavano profili MMPI *maggiormente nella norma* e *punteggi di ansia più bassi* delle persone risultate in seguito affette da patologia benigna.

La ricerca contemporanea

Di fatto dopo circa il 1940 la ricerca "psicosomatica" non va più a studiare gli effetti della mente sul corpo ma piuttosto gli *effetti di esperienze relazionali allo stesso tempo su aspetti corporei e mentali*. L'individuo non viene quindi più visto come un sistema chiuso, in cui un qualche elemento agisce su di un altro; salute e patologia, anche fisiche, appaiono connesse alle relazioni, passate e presenti, che l'individuo instaura; in termini più ampi, al suo essere-nel-mondo.

Studi sulla separazione nei bambini

I bambini istituzionalizzati studiati da Spitz e Wolf nel 1946 presentano la cosiddetta depressione anaclitica, ma anche eczemi, scarsa resistenza alle infezioni, mortalità più alta.

Studi su animali

Studi su animali condotti a livello sperimentale confermano le osservazioni di Spitz: cuccioli di animali separati dalla madre presentano, immediatamente e/o in età adulta, disturbi sia comportamentali che somatici:

- un comportamento simile alla depressione anaclitica umana (Kaufman e Rosenblum, 1967);

- ulcere gastriche (Ader,1976);
- maggiore incidenza di malattie infettive (Ader e Friedman, 1965);
- maggiore suscettibilità da adulti a lesioni gastriche da stress (Ader, 1970; 1974);
- incapacità da adulti di avere contatti sociali e sessuali con i cospecifici (Harlow, 1959).

Gli *studi di Hofer* (1984; 1987; 1996) mostreranno come i contatti fisici producono effetti anche biologici; *non si tratta solo della mancanza di contatto affettivo*:

ad esempio le carezze materne stimolano la produzione di ormone della crescita, mentre il cullare stimola la maturazione del sistema vestibolare.

Il modello della regolazione psicobiologica (Taylor, 1987, Capp. 4, 5, Solano 2013, Capp. 13 e 14)

Da diverse ricerche di questo tipo si è giunti a definire che:

- Non solo il comportamento e le emozioni *ma anche la fisiologia del bambino* sono regolati dalla relazione con la madre fin dalla nascita.
- Gli schemi acquisiti in queste interazioni risultano inconsci, nel senso di far come parte di una *memoria implicita, procedurale*, come i modelli operativi interni di Bowlby.
- Nel corso dell'infanzia questa regolazione interattiva viene gradualmente *interiorizzata* dal bambino (come la funzione alfa di Bion).
- Questo implica che componenti affettive e cognitive (rappresentazioni interne delle relazioni) siano *connesse alla regolazione fisiologica interiorizzata*.
- La regolazione fisiologica risulta quindi *esposta alle stesse vicissitudini* delle rappresentazioni interne della relazione.
- La rappresentazione può essere *debole* e comportare una disorganizzazione anche fisiologica. Può essere sentita come *pericolosa*, qualcosa da cui fuggire (attaccamento disorganizzato), e portare ad un rifiuto della regolazione più o meno cosciente (disturbi alimentari, diabete instabile).

Ma una regolazione anche ben interiorizzata non è mai del tutto indipendente da figure reali. Anche nell'adulto sano, più che ad una regolazione del tutto indipendente, legata solo alla rappresentazione interna, *questa è sempre in qualche modo connessa con qualcosa di esterno*; quello che varia è *la qualità delle relazioni* reali necessarie per la regolazione, e per il mantenimento delle relazioni interne. L'entità della dipendenza può variare dalla semplice consapevolezza che una persona è in vita, anche a grande distanza, alla necessità di un'interazione continua, quotidiana, in uno stato di sintonizzazione paragonabile a quello

madre/bambino[2], pena la dissoluzione anche della rappresentazione interna.

L'importanza delle relazioni reali significative sulla salute anche nell'adulto è stata mostrata in un paradigma di tipo sperimentale negli studi di James Coan, dell'Università della Virginia.

In un primo studio (Coan, 2006) i soggetti vengono posti in una cabina isolata con un elettrodo alla caviglia. Quando compare su uno schermo una x questo significa che può arrivare una scossa elettrica: alla comparsa della x la risonanza magnetica funzionale rileva l'attivazione di aree cerebrali connesse con l'emozione. *Se una persona tiene la mano del soggetto la risposta cerebrale risulta ridotta*, tanto più quanto maggiore il livello di intimità.

In un secondo studio (Coan, 2011) si richiede ai soggetti di valutare la pendenza di un sentiero di montagna. Se la persona è da sola la stima è in media superiore alla realtà; se è con un amico la stima si avvicina di più alla pendenza reale. La correlazione tra durata dell'amicizia e stima della pendenza è di -.74 (una correlazione altissima): più lunga l'amicizia, meno il sentiero appare ripido. Se la persona ha in spalla uno zaino pesante la stima della pendenza è ancora maggiore se è da solo; se è con un amico, è simile a quando è sola senza zaino.

Specie da questo secondo studio si possono trarre le seguenti conclusioni:

- anche nell'adulto la condizione "naturale" dell'essere umano (o per lo meno quella in cui la percezione della realtà è più accurata) non è la solitudine, ma la prossimità con qualcuno con cui si è in relazione;
- il "peso della solitudine" è paragonabile a quello di un grosso zaino;
- regolarsi completamente da soli può essere paragonabile alla fatica di camminare in salita piuttosto che in pianura.

Effetti sulla salute della relazione coniugale

Un corpus piuttosto vasto di ricerche tende a dimostrare che la relazione coniugale, a seconda delle sue caratteristiche, può svolgere *un ruolo protettivo o di rischio per la salute* dell'individuo.

Modalità conflittuali durante discussioni coniugali sono associate a:

- aumento della *pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della reattività cardiovascolare* (Ewart et al., 1991; Mayne et al., 1997; Thomsen e Gilbert, 1998; Broadwell e Light, 1999; Nealy-Moore et al., 2007);
- alterata *funzione immunitaria* (Kiecolt-Glaser et al., 1993; Kiecolt-Glaser et al., 2005; Graham et al., 2006; Gouin et al., 2010; Kiecolt-Glaser et al., 2010);

[2] Il concetto si avvicina a quello di oggetto sé arcaico (Kohut, 1971).

- alterata *funzione endocrina* (Malarkey et al., 1994; Kiecolt-Glaser et al., 1996, 1997, 1998);
- aumento del livello di *reattività dei muscoli* lombari in soggetti con dolore cronico alla schiena (Flor et al., 1995);
- livelli più alti di *dolore* in pazienti con *artrite reumatoide* (Williamson et al., 1997; Waltz et al., 1998).

Un vissuto di ostilità durante le discussioni coniugali è associata a:

- Aumento della *pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della calcificazione delle arterie coronariche* (Ewart et al., 1991; Smith e Brown, 1991; Smith e Gallo, 1999; Smith et al., 2007; Smith et al., 2009);
- Alterazioni del *sistema immunitario* (Kiecolt-Glaser et al., 1993; 1998);
- *Alterazioni del sistema endocrino* (Malarkey et al., 1994).

Più in generale una *relazione coniugale soddisfacente* risulta associata a:

- una *minor aterosclerosi delle arterie carotidi e dell'aorta* (Gallo et al., 2003; Figueredo, 2009);
- più bassi *livelli di pressione arteriosa,* anche nel corso di tre anni (Baker et al., 2000; Baker et al., 2003);
- più lunga *sopravvivenza in soggetti con insufficienza cardiaca* in un periodo di 8 anni (Rohrbaugh et al., 2006);
- una migliore *prognosi nei disturbi cardiaci* (Orth-Gomér et al., 2000).
- una migliore *prognosi nel carcinoma mammario:*Weihs et al. (2008) posero a 91 donne, che avevano completato il trattamento per un carcinoma mammario, la seguente domanda: "Se avesse un problema grave, chi è la persona con cui ne parlerebbe per prima?" (La domanda tende evidentemente ad accertare la validità e affidabilità della relazione coniugale). Le donne che indicarono come risposta il marito o un partnerstabile *mostrarono un tasso di recidive e una mortalità* (10%) significativamente più bassa di quelle che indicarono una persona diversa (mortalità 33%). Le donne non coniugate si collocarono in una posizione intermedia.

E' stato inoltre rilevato come esperienze e vissuti di un membro della coppia possano avere *effetti sulla salute dell'altro*.

- Solano et al. (2005) hanno riscontrato, in un campione di *mogli di soggetti infartuati, una storia di eventi traumatici molto più frequente e punteggi di alessitimia più alti,* rispetto ad un gruppo di controllo(mogli di pazienti ortopedici);
- Schulz et al. (2009), in uno studio longitudinale su 1.330 coppie dopo i 65 anni, hanno riscontrato: una *relazione tra i livelli di "sofferenza" delle mogli,* sia in termini psicologici che fisici, *e la prevalenza di malattie cardiovascolari nei mariti;* una relazione tra la *sofferenza in un coniuge e la depressione concomitante nel partner* (sia nei mariti che nelle mogli).

- Slatcher et al., (2010) hanno riscontrato un'associazione diretta tra *preoccupazioni lavorative e livelli di cortisolo*, non solo della persona coinvolta nei problemi lavorativi, ma *anche del coniuge*.

La *perdita del coniuge* comporta, nella media dei soggetti:

- *disfunzioni immunitarie* (Bartrop et al., 1977; Schleifer et al., 1983);
- *aumento della mortalità per patologia cardiaca* nei mesi successivi alla morte del coniuge, maggiormente evidente negli uomini (Parkers et al., 1969; Kaprio et al., 1987; Ben-Shlomo et al., 1993; Zhang e Hayward, 2006).

La *separazione coniugale* comporta, sempre nella media dei soggetti:

- Una depressione della funzione immunitaria: più bassa concentrazione di cellule NK, minore concentrazione di linfociti T helper, minore riposta ai mitogeni (Kiecolt-Glaser et al.1987, 1988).

Per una visione olistica dell'infertilità

In un modello biopsicosociale non ha senso quindi pensare a situazioni di infertilità esclusivamente "psicogene" contrapposte ad altre esclusivamente organiche. Ha piuttosto senso pensare che il rapporto della persona con se stessa e con il mondo possa influenzare *in ogni caso* la fertilità, anche quando sono riscontrabili ostacoli fisici concreti. Sono molto rari i fattori organici (es. assenza degli organi necessari) in grado di causare infertilità in assoluto.

Vediamo quindi alcuni fattori psicosociali che possono essere associati ad infertilità:

Stress:

- nelle donne può interferire con la normale funzione dell'asse ipotalamo-ipofisi determinando cosi` una alterazione della secrezione della gonadotropina e inibendo l'ovulazione (Barzilai-Pesach et al., 2006; Veltman-Verhulst et al., 2012);
- negli uomini può ridurre la qualità del liquido seminale in termini di quantità e motilità (Li et al., 2011).

Alessitimia

- Una dimensione alessitimica testimonia una disconnessione tra sistema non simbolico e sistemi simbolici.
- Una serie di problematiche possono quindi trovare espressione nel sistema non simbolico, quindi nel corpo, non avendo uno spazio sufficiente di elaborazione simbolica.
- Una serie di lavori ha effettivamente riscontrato alti livelli di alessitimia in soggetti infertili: Conrad et al. (2001); Shi et al. (2006); Lamas et al. (2006); Keshavarz et al. (2014). Se questi studi, a carattere trasversale, non permettono di trarre conclusioni definitive, particolarmente interessanti appaiono i lavori di Morelli et al. (2000) e De Gennaro et al. (2003) che hanno riscontrato una correlazione negativa tra

alessitimia e quantità, motilità e forma degli spermatozoi. Il lavoro è particolarmente interessante perché i soggetti non erano consapevoli delle caratteristiche dei propri spermatozoi. E' quindi da escludere un rapporto causa-effetto dalla consapevolezza di infertilità all'alessitimia.

- Appare quindi possibile che fantasie rimaste a livello non simbolico (per scarsa connessione con i livelli simbolici) danneggino, a livello funzionale o anche organico, i diversi organi ed apparati implicati nella riproduzione.
- Esempi di fantasie di questo tipo riscontrate nel lavoro clinico in situazioni di infertilità sono: ambivalenza relativa alla genitorialità (Apfel & Keylor, 2000; Pasini & Mori, 2015); fantasie inconsce di fusione con la propria madre, che si oppongono al desiderio e alla realizzazione di una propria maternità (Nunziante Cesa`ro, 2000; p. 89).
- Appare quindi clinicamente importante *ridurre la dimensione alessitimica in coppie infertili,* e in particolare in previsione di procedure di PMA.

Caratteristiche della relazione di coppia

Gli studi su coppie infertili sono in genere centrati sulle risposte alla condizione di infertilità, quindi non possono essere utilizzati a sostegno di una genesi relazionale dell'infertilità stessa. Ricordiamo però tutti gli studi condotti in situazioni diverse, ricordati sopra, che hanno mostrato un effetto della qualità della relazione coniugale e delle modalità di interazione su diverse dimensioni somatiche.

Un intervento psicologico sulla relazione di coppia, che si trova a gestire una situazione così difficile, può quindi avere ripercussioni anche su dimensioni somatiche.

Bibliografia

Ader R. (1970): Effects of early experience and differential housing on susceptibility to gastric erosions in lesion-susceptible rats. *Psychosomatic Medicine*, 32, 569-580.

Ader R. (1974): The role of developmental factors in susceptibility to disease. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 5, 367-376.

Ader R. (1976): Psychosomatic research in animals. In: *Modern trends in psychosomatic medicine*, Vol. 3, ed. O. Hill. London: Butterworths.

Ader R., Friedman S.B. (1965): Social factors affecting emotionality and resistance to disease in animals: V. Early separation from the mother and response to transplanted tumor in the rat. *Psychosomatic Medicine*, 27, 119-122.

Apfel, R.J., & Keylor R.G. (2000). Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 8: 85-103.

Baker B., Paquette M., Szalai J.P., Driver H., Perger T., Helmers K., O'Kelly B., Tobe S. (2000): The Influence of Marital Adjustment on 3-Year Left

Ventricular Mass and Ambulatory Blood Pressure in Mild Hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 160, pp. 3453-3458.

Baker B., Szalai J.P., Paquette M., Tobe S., (2003): Marital Support, spousal contact and the course of mild hypertension. J*ournal of Psychosomatic Research*, 55, pp. 229-233.

Bartrop R. W., Luckhurst E., Lazarus L., Kiloh L. G., Penny R. (1977): Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet,* 1, pp. 834-6.

Barzilai-Pesach, V., Sheiner, E.K., Sheiner, E., Potashnik, G., & Shoham-Vardi, I. (2006). The effect of women's occupational psychological stress on outcome of fertility treatments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48:56–62.

Ben-Shlomo Y., Davey Smith G., Shipley M., Marmot M.G. (1993): Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 47, pp. 200-205.

Biondi M., Conti C., Pancheri P., Sega F.M., Sega E. (1981): Caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa, ed eventi esistenziali stressanti: confronto tra pazienti con carcinoma mammario e mastopatia fibrocistica. *Rivista di Psichiatria*, 16, 271.

Broadwell S.D., Light K.C. (1999): Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6, pp. 40-63.

Bucci W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Trad.it. Fioriti, Roma, 2000.

Coan, J. A., Schaefer, H. S. & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17, 1032-1039.

Coan, J. A., (2011), Emotion regulation, social relationships, and thebrain.*5th International Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*, Tilburg, the Netherlands, 23-25 October, p.10 (abs.).

Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., & Liedtke, R. (2001). Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction*, 16: 587:592.

De Gennaro L., Balistreri S., Lenzi A., Lombardo F., Ferrara M., Gandini L., (2003), Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic men. *Fertility and Sterility*, 79, pp.1571-1576.

De Toffoli C. (1991). L'invenzione di un pensiero dal versante somatico della relazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 38: 563-597. Ripubblicato in De Toffoli C. (a cura di B. Bonfiglio) *Transiti Corpo <-> Mente*, Franco Angeli, Milano, 2014, 70-83.

De Toffoli C. (2007). Il sapere inconscio inscritto nel corpo, *Psiche*, 15:87-102. Ripubblicato in De Toffoli C. (a cura di B. Bonfiglio) *Transiti Corpo <-> Mente*, Franco Angeli, Milano, 2014.

Ewart C.K., Taylor C.B., Kramer H.C., Agras W.S.(1991): High Blood Pressure and Marital Discord: Not Being Nasty Matters More Than Being Nice. *Health Psychology*, 10, pp. 155-163.

Figueredo V.M (2009): The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart. *The American Journal of Medicine,* 122: 704-712.

Flor H., Breitenstein C., Birbaumer N., Furst M. (1995): A psychophysiological analysis of spouse solicitousness towards pain behaviors, spouse interaction, and pain perception. *Behavior Therapy*, 26, pp. 255-272.

Gallo L. C., Troxel W.M., Kuller L.H., Sutton-Tyrrel K., Edmundowicz D., Matthews K.A. (2003): Marital Status, Marital Quality, and Atherosclerotic Burden in Postmenopausal Women. *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 952-962.

Gouin J.P., Carter C., Pournajafi-Nazarloo H., Kiecolt-Glaser J. (2010): Marital Behavior, Oxytocin, Vasopressin, and Wound Healing.*Psychoneuroendocrinology*,35, pp. 1082-1090.

Graham J.E., Jones L.M., Kiecolt-Glaser J.K. (2006). Marriage, health, and immune function: A review of key findings and the role of depression. In S. Beach & M. Wamboldt (Eds.), *Relational Processes in Mental Health* (p. 61-76), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Harlow H.F. (1959): Love in Infant Monkeys. *Scientific American*, 200, 68-74.

Hofer M.A.(1984): Relationships as regulators:A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.

Hofer M.A.(1987): Early social relationships: A psychobiologist's view. *Child Development*, 58, 633-647.

Hofer M.A.(1996): On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581.

Kaprio J., Kosekenvuo M., Heli R. (1987): Mortality after Bereavement: A Prospective Study of 95.647 Widowed Persons. *American Journal of Public Health*, 77, pp. 283-287.

Kaufman I.C. & Rosenblum L.A. (1967): The reaction to separation in infant monkeys: anaclitic depression and conservation-withdrawal. *Psychosomatic Medicine*, 29, 648-657.

Keshavarz, F., Mosalanejad, L., & Rasekh, A. (2014). Identification of psychological problems in infertile women as a vital step toward infertility treatment: a review of alexithymia and social phobia in infertile women. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 11:42.

Kiecolt-Glaser J. K., Fisher L. D., Ogroki P., Stout J. C., Speicher C. E., Glaser R. (1987): Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine,* 49, pp. 13-34.

Kiecolt-Glaser J. K., Kennedy S., Malkoff S., Fisher L., Speicher C. E., Glaser R. (1988): Marital discord and immunity in males. *Psychosomatic Medicine*, 50, pp. 213-229.

Kiecolt-Glaser J.K., Malarkey W.B., Chee M., Newton T., Cacioppo J.T., Mao H., Glaser R. (1993): Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 395-409.

Kiecolt-Glaser J.K., Newton T., Cacioppo J.T., MacCallum R.C., Glaser R., Malarkey W.B. (1996): Marital conflict and endocrine function: Are men really more physiologically affected than women? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 324-332.

Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R., Cacioppo J.T., MacCallum R.C., Snydersmith M., Kim C., Malarkey W.B. (1997): Marital conflict in older adults: Endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, 59, pp. 339-349.

Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R., Cacioppo J.T., Malarkey W.B. (1998): Marital stress: Immunologic, neuroendocrine, and autonomic correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*,840, pp. 649-655.

Kiecolt-Glaser J.K., Loving T.J., Stowell J.R., Malarkey W.B., Lemeshow S., Dickinson S.L., Glaser R. (2005): Hostile Marital Interactions, Proinflammatory Cytokine Production, and Wound Healing. *Archives of General Psychiatry*, 62, pp. 1377-1384.

Kiecolt-Glaser J.K., Gouin J.P., Hantsoo L.V. (2010): Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 35, pp. 33-38.

Kohut H.(1971): *Narcisismo e analisi del Sè*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1976.

Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27: 23-30.

Li, Y., Lin, H., Li, Y., & Cao, J. (2011). Association between socio-psycho-behavioral factors and male semen quality: systematic review and meta-analyses. *Fertility and Sterility*, 95: 116– 123.

Malarkey W., Kiecolt-Glaser J.K., Pearl D., Glaser R. (1994): Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones.*Psychosomatic Medicine,* 56, pp.41-51.

Matthis I. (2000) Sketch for a metapsychology of affect. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 215-227. Trad. it. Per una metapsicologia dell'affetto. *Ricerca Psicoanalitica* 2002, 13, 235-54.

Mayne T.J., O'Leary A., McCrady B., Contrada R., Labouvie E. (1997): The differential effects of acute marital distress on emotional, physiological and immune functions in maritally distressed men and women. *Psychology and Health*, 12, pp. 277-288.

Malarkey W., Kiecolt-Glaser J.K., Pearl D., Glaser R. (1994): Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones.*Psychosomatic Medicine,* 56, pp.41-51.

Morelli, G., De Gennaro, L., Ferrara, M., Dondero, F., Lenzi, A., Lombardo F., & Gandini L. (2000). Psychosocial factor and male seminal parameters. *Biological Psychology*, 53: 1-11.

Nealey-Moore J.B., Smith T.W., Uchino B.N., Hawkins M.W., Olson-Cerny C. (2007): Cardiovascular Reactivity During Positive and Negative Marital Interactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp.505-519.

Nunziante Cesàro, A., (a cura di) (2000). *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*. Milano: Franco Angeli.

Orth-Gomér K., Wamala S.P., Horsten M., Schenck-Gustafsson K., Schneiderman N., Mittleman M.A. (2000): Marital Stress Worsens Prognosis in Women With Coronary Heart Disease. *Journal of the American Medical Association*, 284, pp. 3067-3068.

Parkers C.M., Benjamin B., Fitzgerald R.G.(1969): Broken Heart: A statistical Study of Increased Mortality among Widowers.*British Medical Journal*, 1. pp. 740-743.

Pasini, W., & Mori, G. (2015). *Nuove armi per superare l'infertilità. Aspetti medici, psicologici, sessuologici e legislativi nel mondo e in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Rohrbaugh M.J., Shoham V., Coyne J. (2006): Effects of Marital Quality on Eight-Year Survival of Patients with Heart Failure. *American Journal of Cardiology,* 98, pp.1069 –1072.

Schulz R., Beach S.R., Herbert R.S., Martire L.M., Monin J.K., Tompkins C.A., Albert S.M. (2009): Spousal Suffering and Partner's Depression and Cardiovascular Disease: The Cardiovascular Health Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, pp. 246-254.

Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thorton, J.C. (1983), Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. In *Journal of the American Medical Association*, 250, pp. 374-389.

Shi, X.B., Wu, P.L. & Zhu, X.Z. (2006). Alexithymia and Its Features in Patients with Infertility. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14: 403-404.

Slatcher R.B., Robles T.F., Repetti R.L., FellowsM.D. (2010): Momentary Work Worries, Marital Disclosure, and Salivary Cortisol Among Parents of Young Children. *Psychosomatic Medicine*, 72, pp. 887-896.

Smith T.W., Brown P.C. (1991): Cynical hostility, attempts to exert social control, and cardiovascular reactivity in married couples. *Journal of Behavioral Medicine,* 14, pp. 581-592.

Smith T.W., Gallo L.C. (1999): Hostility and cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychosomatic Medicine*, 61, pp. 436-453.

Smith T.W., Uchino B.N., Berg C.A., Florcheim P., Pearce G., Hawkins M., Hopkins P.N., Yoon Hyo-Chun (2007): Hostile personality Traits and Coronary Artery Calcification in Middle-Aged and Older Married Coupled: Different Effects for Self-reportsVersus Spouse Ratings. *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 441-448.

Smith T.W., Uchino B.N., Berg C.A., Florsheim P., Pearce G., Hawkins M., Henry N.J., Beveridge R.M., Skinner M.A., Ko K.J., Olsen-Cerny C. (2009): Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychology and Aging.,* 24, pp. 274-286.

Solano L., Bonadies M., Pecci F., Santini M., Pignalberi C. (2005): Unresolved trauma in spouses as a risk factor for myocardial infarction in men. *Psychology, Health & Medicine*, 10, pp. 355-364.

Solano L. (2013) *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute*. NUOVA EDIZIONE. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Solano L. (2016) Al di là di Cartesio. Riflessioni sul CorpoMente. *Rivista di Psicoanalisi*, 62, pp.49-72.

Spitz R.A., Wolf K.M. (1946): Anaclitic depression. *The Psychoanalytic Study of the Child,* 2, 313-342. New York: International Universities Press.

Taylor G.J. (1987). *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Astrolabio, Roma, 1993.

Thomsen D.G., Gilbert D.G. (1998): Factors characterizing marital conflict states and traits: Physiological, affective, behavioral and neurotic variable contributions to marital conflict and satisfaction. *Personality and Individual Differences,* 25, pp. 833-855.

Veltman-Verhulst, S.M., Boivin, J., Eijkemans, M.J., Fauser, B.J. (2012). Emotional distress is a common risk inwomen with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta- analysis of 28 studies. Hum Reprod Update, 18: 638–651.

Waltz M., Kriegel W., Bosch P.V. (1998): The social environment and health in rheumatoid arthritis: Marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis Care and Research,*11, pp. 356-374.

Weihs K., Enright T.M., Simmens S.J. (2008): Close Relationships and Emotional Processing Predict Decreased Mortality in Women with Breast Cancer: Preliminary Evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70, pp.117–124.

Williamson D., Robinson M. E., Melamed B. (1997): Pain behavior, spouse responsiveness, and marital satisfaction in patients with rheumatoid arthritis. *Behavioral Modification,* 21, pp. 97-118

Zhang Z., Haywards M.D. (2006): Gender, the Marital Life course, and Cardiovascular disease in Late Midlife. *Journal of Marriage and Family*, 68, pp. 639-657.

Stefano Canestrari

Professore Ordinario di diritto penale, Università di Bologna.
Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

Procreazione medicalmente assistita: profili biogiuridici

La legge in materia di procreazione medicalmente assistita (l. n. 40/2004) riconosce che l'embrione è un valore meritevole di tutela, come si desume dalla nostra Costituzione, dalla giurisprudenza costituzionale, dalle leggi vigenti, dai documenti internazionali e delle istituzioni europee. Tale consapevolezza ha condotto all'introduzione di numerose figure di reato, che possono essere suddivise in due gruppi.

Il primo comprende fattispecie incriminatrici poste a presidio di principi «ampiamente» condivisi, espressione di valori fortemente radicati anche nel contesto delle attuali società pluralistiche. Il secondo è composto da illeciti penali che, allo scopo di fornire un'istanza di *tutela globale*[3] dell'embrione umano, interferiscono mediante vincoli e divieti intransigenti nell'applicazione delle principali metodiche o procedure di procreazione medicalmente assistita finendo per non garantire adeguatamente la salute della donna[4].

Il primo gruppo di disposizioni mira a vietare condotte che non sono compatibili con il riconoscimento della natura umana dell'embrione (e che offendono il bene giuridico dell'irripetibilità del genoma umano). Tra le altre:

I) l'art. 12, comma 6, punisce con la reclusione da 3 mesi a 2 anni e con la multa da 600.000 a 1 milione di euro «chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o embrioni»;

II) l'art. 13, comma 3, lett. *a*, commina una pena di particolare rigore nei confronti di chi produce «embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione e comunque a fine diverso da quello previsto dalla presente legge» (è aumentata fino a un terzo la pena della reclusione da 2 a 6 anni e della multa da 50.000 a 150.000 euro).

Come si diceva, il secondo gruppo di disposizioni ha l'obiettivo di introdurre una tutela integrale dell'embrione umano.

Il comma 1 dell'art. 14 prevede il divieto di soppressione degli embrioni e della pratica della *crioconservazione* degli stessi.

Di conseguenza, il comma 2 dell'art. 14 stabilisce che «le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnicoscientifica e

---

[3]F. MANTOVANI, *Diritto penale. Parte speciale*, vol. I, *Delitti contro la persona*, V ed., Padova, Cedam, 2013, 5.

[4] Cfr. S. CANESTRARI, *Procreazione assistita: limiti e sanzioni*, in *Dir. pen. e proc.*, 2004, 416 ss.

di quanto previsto dall'art. 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario a un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre», prevedendo la sanzione – di notevole asprezza – della reclusione fino a 3 anni e della multa da 50.000 a 150.000 euro. Il comma 4 limita la possibilità di crioconservare embrioni ai soli casi in cui il trasferimento in utero non sia possibile per causa di forza maggiore, grave, documentata e imprevedibile, relativa allo stato di salute della donna; il trasferimento dovrà comunque avvenire «appena possibile».

Come vedremo tra poco, la Corte costituzionale ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dei commi 2 e 3 dell'art. 14.

I divieti intransigenti introdotti da questo secondo gruppo di fattispecie sono posti esclusivamente per salvaguardare l'embrione[5]. Al bene (di rango superiore) della salute della donna non viene offerta una tutela adeguata, in quanto il legislatore impone al sanitario l'obbligo di adottare metodologie diverse da quelle che la scienza medica ritiene ottimali per rimediare allo stato di infertilità, con l'effetto di rendere meno sicuro il trattamento e di diminuirne le percentuali di successo. Da un lato, infatti, tende ad aumentare il fenomeno delle gravidanze multiple, le quali espongono la donna a seri pericoli di complicanze e il nascituro a un maggior rischio di mortalità perinatale per immaturità; dall'altro, nella maggior parte dei casi sarà necessario procedere a più cicli di trattamento per ottenere analoghe percentuali di gravidanze.

Inoltre, il divieto perentorio di «ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti», previsto dall'art. 13, comma 3, lett. *b*, sembrerebbe vanificare il ricorso alla diagnosi genetica preimpianto anche nei confronti di coppie portatrici di malattie genetiche, trasmissibili al concepito, con problemi di fertilità. E invero, la diagnosi preimpianto può essere effettuata esclusivamente nei casi in cui si perseguono finalità terapeutiche «volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative» (art. 13, comma 2)[6].

---

[5] Sull'indeterminatezza del concetto di «embrione umano», cfr. diffusamente C. Cassani, *La diagnosi genetica preimpianto e la sua rilevanza penale*, in *Ind. pen.*, 2009, 106 ss.

[6] In argomento, cfr. S. Canestrari, *Procreazione assistita*, cit., 416 ss.; E. Dolcini, *Responsabilità del medico e reati in materia di procreazione assistita*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, 31 ss. Nell'ambito delle *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita*, emanate successivamente dal ministero della Salute con d.m. 21 luglio 2004, si precisava peraltro (*sub* art. 13 l. n. 40/2004) che «ogni indagine relativa allo stato di salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'art. 14, comma 5, dovrà essere di tipo osservazionale» e che «qualora dall'indagine vengano evidenziate gravi anomalie irreversibili dello sviluppo di un embrione, il medico responsabile della struttura ne informa la coppia ai sensi dell'art. 14, comma 5. Ove in tal caso il trasferimento

Come è noto, la Corte costituzionale, investita delle questioni di legittimità – già evidenziate dalla dottrina[7] – con la sent. n. 151/2009 ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 14, commi 2 e 3, l. n. 40/2004, limitatamente alle parole «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre» e nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come previsto in tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna.

La Corte ha ritenuto giustamente che «la previsione della creazione di un numero di embrioni non superiore a tre, in assenza di ogni considerazione delle condizioni soggettive della donna che di volta in volta si sottopone alla procedura di procreazione medicalmente assistita, si pone, in definitiva, in contrasto con l'art. 3 Cost., riguardato sotto il duplice profilo del principio di ragionevolezza e di quello di uguaglianza, in quanto il legislatore riserva il medesimo trattamento a situazioni dissimili; nonché con l'art. 32 Cost., per il pregiudizio alla salute della donna – ed eventualmente, come si è visto, del feto – ad esso connesso»[8].

La presa di posizione della Consulta è pienamente condivisibile. Il bilanciamento degli interessi coinvolti dalla sfera di applicazione della norma penale deve operare in modo tale che la limitazione dell'interesse soccombente rispecchi lo standard di proporzionalità, e che sia comunque preservato il nucleo essenziale di tale diritto. La ragionevolezza del bilanciamento legale risiede dunque nel «divieto di sacrifici unilaterali eccessivi»[9].

---

dell'embrione, non coercibile, non risulti attuato, la coltura in vitro del medesimo deve essere mantenuta fino al suo estinguersi». Inoltre, con riferimento all'art. 14, comma 3, l. n. 40/2004, si stabilisce che «qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per cause di forza maggiore relative allo stato di salute della donna non prevedibili al momento della fecondazione e, comunque, un trasferimento non risulti attuato, ciascun embrione non trasferito dovrà essere crioconservato in attesa dell'impianto che dovrà avvenire prima possibile. Qualsiasi embrione che non sia trasferito in utero verrà congelato con onere a carico del centro di procreazione medicalmente assistita in attesa del futuro impianto». Tali indicazioni sono state ribadite dalle ulteriori *Linee guida* in materia di procreazione medicalmente assistita emanate dal ministero della Salute con d.m. 11 aprile 2008.

[7] Cfr. E. DOLCINI, *Fecondazione assistita e diritto penale*, Milano, Giuffrè, 2008, 5 ss.; S. CANESTRARI - F. FAENZA, *Il principio di ragionevolezza nella regolamentazione biogiuridica: la prospettiva del diritto penale*, in *Criminalia*, 2008, 88 ss.; L. RISICATO, *Lo statuto punitivo della procreazione tra limiti perduranti ed esigenze di riforma*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2005, 676 ss.

[8] Corte cost. n. 151/2009, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, 928 ss., con nota di E. DOLCINI, *Embrioni nel numero strettamente necessario: il bisturi della Corte costituzionale sulla legge n. 40 del 2004*, 950 ss.

[9] Cfr. J. LUTHER, *Ragionevolezza (delle leggi)*, in *Dig. disc. pubbl.*, Torino, Utet, 1997, 358; F. PALAZZO, *Offensività e ragionevolezza nel controllo di costituzionalità*

Rispetto alle norme giudicate incostituzionali occorre infatti domandarsi se l'indubbio sacrificio imposto alla salute dell'aspirante madre possa considerarsi giustificato – adeguatamente compensato – dalla necessità di salvaguardare controinteressi dotati di maggiore significatività. Nelle norme citate, l'interesse che emerge come preponderante rispetto al diritto alla salute della donna è rappresentato dalla tutela dell'embrione: chi scrive aveva già posto in evidenza che la prevalenza degli interessi dell'embrione su quelli materni sovverte le geometrie delineate dalla Corte costituzionale nella sent. n. 27/1975 sull'interruzione volontaria della gravidanza[10]. In quest'ultima sentenza, il *balancing test* viene risolto privilegiando «il diritto non solo alla vita ma anche alla salute» della madre rispetto alla «salvaguardia dell'embrione». La Corte fonda tale affermazione sulla «non equivalenza» tra le due sfere di interessi in campo: pertanto, se da un lato l'estensione al concepito dei diritti inviolabili dell'uomo *ex* art. 2 Cost. giustifica la tutela (anche) penale dell'embrione, dall'altro non consente che la legge assicuri a quest'ultimo una «prevalenza totale e assoluta».

Le scelte effettuate dal legislatore del 2004 operano dunque un netto ribaltamento di fronte che non rispecchia lo standard di ragionevolezza posto alla base di una consolidata giurisprudenza costituzionale, nonché della disciplina legale vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza.

Il divieto di produrre un numero di embrioni superiore a quello necessario a un unico e contemporaneo trasferimento, combinato al divieto di crioconservazione, implica un irragionevole sacrificio del diritto alla salute della donna. E invero, in caso di mancato attecchimento la donna deve sottoporsi ad una nuova stimolazione ovarica, esponendosi così a un maggior rischio di insorgenza di patologie dovute al ripetuto bombardamento ormonale (sindrome da iperstimolazione ovarica e malattie neoplastiche). Tale (livello più elevato di) rischio non può dirsi intrinseco alle metodiche di procreazione medicalmente assistita, ma discende direttamente dalla scelta discrezionale del legislatore del 2004. Una simile opzione appare, dunque, difficilmente conciliabile non solo con il principio di «minore invasività» tecnica e psicologica cui la stessa legge afferma di ispirarsi (art. 4, comma 2), ma più in generale con il principio di precauzione e di adeguatezza.

In questa prospettiva appare evidente che la lesione del diritto alla salute (art. 32 Cost.) si intreccia intimamente con la valutazione della ragionevolezza dei divieti introdotti dai commi 2 e 3 dell'art. 14 l. n. 40/2004, dichiarati costituzionalmente illegittimi. E, infatti, l'intervento

---

sul contenuto delle leggi penali, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1998, 381; V. Manes, *Attualità e prospettive del giudizio di ragionevolezza in materia penale*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2007, 758 ss.

[10]S. Canestrari - F. Faenza, *Il principio di ragionevolezza*, cit., 90.

del legislatore in campo terapeutico non può basarsi su valutazioni di pura discrezionalità politica, ma deve fondarsi sulle migliori conoscenze medico-scientifiche disponibili, come ha affermato con chiarezza la Corte costituzionale nella sent. n. 282/2002[11].

Passando dall'esame di singole norme a una valutazione complessiva della l. n. 40/2004, proprio lo standard della ragionevolezza sistematica ci consente di enucleare un ulteriore principio del biodiritto penale.

Ebbene, rispetto all'ordinamento giuridico nel suo complesso, la l. n. 40/2004 presenta profili di irragionevolezza nel momento in cui fornisce all'embrione una tutela più forte di quella che la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza (l. n. 194/1978) prevede per il feto[12]. Nella configurazione originaria della l. n. 40/2004, i primissimi stadi di sviluppo embrionale godono, a livello ordinamentale, di una tutela più intensa rispetto a quella prevista per il più avanzato stadio fetale. L'embrione che si trovi ancora all'esterno del corpo materno risulta oggetto di una protezione assai più incisiva di quella di cui godrà una volta impiantato.

L'incoerente raccordo tra le due leggi genera quindi esiti irragionevoli sul piano intrasistematico per quel che riguarda la tutela penale della vita prenatale: si osserva, in particolare, un ribaltamento della scala di intensità della tutela che dovrebbe prevedere una progressiva intensificazione all'evolvere degli stadi di sviluppo, e non viceversa. Lo statuto penale differenziato tra «embrione» e «feto» che viene in tal modo a delinearsi non appare, dunque, corrispondente al criterio di ragionevolezza.

Ovviamente, tale circostanza è fonte di ulteriori effetti sindacabili dal punto di vista della coerenza dell'ordinamento: come si è poc'anzi ricordato, tra gli esempi più significativi si può citare il divieto penale di diagnosi genetica preimpianto non meramente osservazionale, risultante dal quadro originario della l. n. 40/2004 e relative linee guida[13]. È di immediata evidenza che gli scopi perseguiti mediante la previsione di tale divieto risultano in gran parte vanificati dalla possibilità della madre di sottoporsi a diagnosi prenatale (amniocentesi o villocentesi) e procedere, eventualmente, a un'interruzione della gravidanza.

---

[11] Corte cost. n. 282/2002 con opportuni rilievi di R. BIN, *La Corte e la scienza*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Biotecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2005, 9.

[12] Cfr. S. CANESTRARI, *Procreazione assistita*, cit., 417; L. RISICATO, *Lo statuto punitivo della procreazione tra limiti perduranti ed esigenze di riforma*, cit., 679 ss.; M. ROMANO, *Principio di laicità dello Stato, religioni, norme penali*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2007, 512 s.

[13] Cfr., *supra*, nota 4. Sul divieto di diagnosi genetica preimpianto, e sugli interventi giurisprudenziali che ne hanno determinato il superamento, cfr. C. CASSANI, *La diagnosi genetica*, cit., 87 ss.

In merito alla diagnosi genetica preimpianto, la Corte europea dei diritti dell'uomo, con sentenza del 28 agosto 2012[14], ha affermato che il divieto di eseguire tale pratica previsto dalla legge italiana riguarda tutte le coppie, anche fertili, e si pone in contrasto con l'art. 8 CEDU, in riferimento al diritto al rispetto della vita privata e familiare. La Corte ha ravvisato nel contrasto tra tale divieto e la possibilità di ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza in seguito alla diagnosi prenatale un'«incoerenza del sistema legislativo italiano in materia di diagnosi preimpianto», come era stato più volte rilevato dalle censure mosse alla disciplina della l. n. 40/2004 da chi scrive[15] e da altre voci della dottrina penalistica italiana, che ne avevano rilevato l'irragionevolezza[16].

---

[14] CEDU, sez. II, 28 agosto 2012, ric. n. 54270/10, *Costa e Pavan c. Italia*.

[15] Cfr., ad esempio, S. Canestrari, *Democrazia, bioetica e biopolitica*, in C. Galli (a cura di), *Laboratorio di analisi politica. Lezioni 2007-2010*, Milano, Unicopli, 2012, 57.

[16] La liceità della diagnosi genetica preimpianto nel contesto normativo italiano, tuttavia, fino all'intervento della Corte costituzionale del 2009 era di fatto vanificata dalla formulazione dell'art. 14, comma 2, l. n. 40/2004, nella parte in cui poneva il limite massimo di 3 embrioni ottenibili all'interno di ciascun ciclo di fecondazione assistita, e limitava i casi di crioconservazione degli embrioni non trasferiti alle ipotesi di cause di forza maggiore relative alla salute della donnasopravvenute e imprevedibili al momento della fecondazione *ex* art. 14, comma 3, l. n. 40/2004, acui avrebbe dovuto fare seguito, «non appena possibile», il trasferimento. Per un esame di tale problematica in seguito al citato intervento della Corte costituzionale con la sent. n. 151/2009, cfr., tra gli altri, E. Dolcini, *La procreazione medicalmente assistita: profili penalistici*, inS. Rodotà - P. Zatti(a cura di), *Trattato di Biodiritto*, vol. *Il governo del corpo*, t. II, a cura di S. Canestrari - G. Ferrando - C.M. Mazzoni - S. Rodotà - P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011, 1537 ss.; C. Cassani, voce *Procreazione medicalmente assistita. Art. 14*, in M. Sesta (a cura di), *Codice della famiglia*, t. III, *Leggi di altri settori e ordinamenti: appendice di aggiornamento*, II ed., Milano, Giuffrè, 2009, 6031 ss.; F. Consorte, voce *Procreazione medicalmente assistita*, in A. Cadoppi - S. Canestrari - P. Veneziani (a cura di), *Codice penale commentato con dottrina e giurisprudenza*, Piacenza, La Tribuna, 2011, 2981 ss. La pronuncia della Corte appare presupporre la liceità della diagnosi genetica preimpianto. Essa ha permesso di fatto alle coppie che ricorrono alla fecondazione assistita di accedere alla diagnosi genetica preimpianto, previa valutazione da parte del medico del numero «strettamente necessario» ottenibile nel caso concreto, e di ottenere il congelamento degli embrioni ulteriori. Nella giurisprudenza di merito, per risvolti applicativi di tale pronuncia, Trib. Bologna, sez. I, ord. (16 giugno 2009) 17 giugno 2009, giudice dott.ssa M.C. Borgo, inedita; Trib. Bologna, ord. 29 giugno 2009, in *Iusexplorer*, www.iusexplorer.it/giurisprudenza.

Ora, la Corte costituzionale, con la sent. n. 96/2015, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, comma 1, l. n. 40/2004, nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lett. *b*, l. n. 194/1978, accertate da apposite strutture pubbliche[17]. Come è noto, in base alla citata disposizione della l. n. 194/1978 l'interruzione volontaria della gravidanza può essere praticata, dopo i primi 90 giorni, «quando sono stati accertati processi patologici [...] relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna».

La Corte dichiara l'incostituzionalità per violazione degli artt. 3 e 32 Cost. In relazione all'art. 3 la Consulta rileva un «insuperabile aspetto di irragionevolezza dell'indiscriminato divieto, che le denunciate disposizioni oppongono, all'accesso alla PMA, con diagnosi preimpianto, da parte di coppie fertili affette (anche come portatrici sane) da gravi patologie genetiche ereditarie, suscettibili (secondo le evidenze scientifiche) di trasmettere al nascituro rilevanti anomalie o malformazioni. E ciò in quanto, con palese antinomia normativa (sottolineata anche dalla Corte di Strasburgo nella richiamata sentenza *Costa e Pavan c. Italia*), il nostro ordinamento consente, comunque, a tali coppie l'obiettivo di procreare un figlio non affetto dalla specifica patologia ereditaria di cui sono portatrici, attraverso la, innegabilmente più traumatica, modalità dell'interruzione volontaria (anche reiterata) di gravidanze naturali»[18].

Per ciò che riguarda il secondo profilo di incostituzionalità – art. 32 Cost. – l'irragionevolezza del sistema normativo determinata dagli articoli censurati «non consente (pur essendo scientificamente possibile) di far acquisire "prima" alla donna una informazione che le consentirebbe di evitare di assumere "dopo" una decisione ben più pregiudizievole per la sua salute»[19].

La pronuncia della Corte prende dunque atto della denunciata incoerenza del sistema legislativo e dei suoi profili di irragionevolezza in tema di diagnosi genetica preimpianto. Tale decisione delinea un coordinamento tra la l. n. 40/2004 e la l. n. 194/1978 ispirato a un logico bilanciamento degli interessi in gioco e pone rimedio a una violazione del canone di razionalità dell'ordinamento giuridico, che deve prevedere – come testimonia con chiarezza anche la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza – una progressiva intensificazione della tutela all'evolvere degli stadi di sviluppo della vita prenatale.

Il richiamo della Consulta al citato art. 6 l. n. 194/1978 non deve trarre in inganno: come appare evidente, tale rinvio non ha lo scopo di fornire

---

[17] Corte cost. n. 96/2015, in www.giurcost.org/decisioni/.
[18] *Considerato in diritto*, n. 9.
[19] *Considerato in diritto*, n. 10.

all'embrione non ancora trasferito nell'utero dell'aspirante madre una tutela analoga a quella prevista per il feto in fase avanzata di sviluppo, ma l'obiettivo di limitare l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita impedendo un'apertura indiscriminata a fronte di certificazioni di una qualunque anomalia genetica[20].

Dopo aver ribadito che l'estensione al concepito dei diritti inviolabili dell'uomo *ex* art. 2 Cost. giustifica la tutela (anche) penale dell'embrione, ma non consente che la legge assicuri a quest'ultimo una «prevalenza totale e assoluta», si deve enucleare il seguente principio[21]: «La scala di intensità della tutela penale di inizio vita deve prevedere una progressiva intensificazione all'evolvere degli stadi di sviluppo della vita prenatale (primi stadi di sviluppo embrionale – stadio fetale) e non viceversa».

---

[20] In questa prospettiva, la Corte afferma che sarà «compito del legislatore introdurre apposite disposizioni al fine della auspicabile individuazione (anche periodica, sulla base della evoluzione tecnico-scientifica) delle patologie che possano giustificare l'accesso alla PMA di coppie fertili e delle correlative procedure di accertamento (anche agli effetti della preliminare sottoposizione alla diagnosi preimpianto) e di una opportuna previsione di forme di autorizzazione e di controllo delle strutture abilitate ad effettuarle (anche valorizzando, eventualmente, le discipline già appositamente individuate dalla maggioranza degli ordinamenti giuridici europei in cui tale forma di pratica medica è ammessa)» (*Considerato in diritto*, n. 10). Analoghe le mie osservazioni in S. Canestrari, *Procreazione assistita*, cit., 417.

[21] Per l'enucleazione dei principi di biodiritto penale di inizio e di fine vita, sia consentito il rinvio a S. Canestrari, *Principi di biodiritto penale*, Bologna, il Mulino, 2015.

Carlo Flamigni
Professore di Ginecologia e Ostetricia, Università di Bologna

Il dibattito sulla genitorialità, una questione di scienza e di morale

Da qualsiasi analisi si parta, se si tratti della attuale tendenza a cercare i figli in età sempre più avanzata o della novità delle famiglie arcobaleno, il problema centrale tende ad essere sempre quello, l'antica e mai risolta questione dei diritti dei bambini. Cercare letteratura su questo argomento può essere addirittura divertente: non c'è Istituzione pubblica né Associazione privata che abbiano a che fare anche solo marginalmente con i minori che non abbia fatto la sua proposta e tentato un proprio decalogo (che poi decalogo propriamente non è, la lista di questi diritti può occupare anche molte pagine).In linea di massima si tratta di documenti che si ispirano ad un sano buonsenso, ma ci sono anche stramberie (un documento dell'ONU inserisce il diritto a non essere rapiti) e peculiarità (il diritto a riunirsi in Associazioni). Mancano, almeno per ora, elenchi dei diritti contesi, quelli sui quali non esiste un accordo, e un buon inizio per un discorso sulla famiglia mi sembra proprio dover cominciare da questo elenco:

- Il diritto ad essere trattati come persone a cominciare dal concepimento (o dall'impianto dell'embrione in utero, o dalla formazione della linea embrionale primitiva, o dalla gastrulazione, o dalla nascita, eccetera)
- Il diritto a nascere
- Il diritto a nascere sani
- Il diritto a vivere
- Il diritto a vivere una vita degna
- Il diritto a non nascere (se portatori di una malconformazione, ad esempio)
- Il diritto a conoscere le motivazioni della propria nascita
- Il diritto a conoscere le proprie origini biologiche
- Il diritto a nascere e crescere nella stessa famiglia
- Il diritto a non essere oggetto di mercato
- Il diritto di avere un padre e una madre
- Il diritto a ricevere una educazione laica
- Il diritto ad essere educato secondo le regole etiche dei genitori
- Il diritto alla umanizzazione

Questo dibattito, che spesso raggiunge toni piuttosto aspri, è iniziato con i primi successi della fisiopatologia della riproduzione, una disciplina medica che in pratica non è esistita fino alla seconda metà del secolo scorso. E' stato soprattutto con il successo della fecondazione extracorporea che la

sterilità è diventata una malattia che poteva essere guarita, si è modificato il concetto di genitorialità e nel paniere dei problemi difficili da risolvere sono comparsi l'eugenetica, le donazioni di gameti e di embrioni, la questione dell'inizio della vita personale. Chiamati a dare risposte a questi quesiti, psicologi, sociologi e antropologi ne hanno proposto dei nuovi: perché le società più progredite accusano tutte una forte riduzione delle nascite? Perché si assiste ogni anno a un rinvio complessivo delle prime gravidanze? Che ruolo può assumere la genitorialità non genetica, basata unicamente sulla responsabilità? Dove deve essere cercata la dignità delle donne? E il loro prestigio? C'è qualcosa di sbagliato e di contorto in questa nuova disciplina, che pone tanti problemi etici ai moralisti e ai teologi? E' forse preferibile l'innocua – ma imbelle – medicina di un tempo? E' forse meglio stabilire che la sterilità non è una malattia (una alternativa possibile è quella di considerarla un dono di Iddio) e sottrarla alle pericolose attenzioni dei medici? E quali strambe proposte dobbiamo attenderci in futuro?

La genitorialità

Gli antropologi e i sociologi si trovano prevalentemente d'accordo nel dire che il nostro modello tradizionale di genitorialità (che è, tra l'altro, da tempo in crisi per ragioni culturali) non è certo l'unico possibile, come numerose ricerche empiriche hanno da tempo confermato. Nelle società umane sono rintracciabili modelli differenti di iscrizione sociale del dato biologico, modi differenti di pensare a come si può essere padre e madre ed è, quindi, possibile immaginare che anche su questo tema sia in atto uno scontro di paradigmi, con le conseguenze che sono abituali in queste circostanze: la protesta di chi è fedele al vecchio, le pressioni di chi sostiene il nuovo, i molti (quasi sempre inutili) tentativi di mediazione.

Antropologi e sociologi affermano, in sostanza, che l'istituto naturale della maternità e della paternità è discutibile, tanto da mettere in dubbio persino l'esistenza di un vero istinto genitoriale, espresso in termini puramente biologici e ritengono piuttosto che esso rappresenti semmai un mito che l'occidente ha enfatizzato. Questo mito si incentra su una determinata visione dell'uomo e pretende di definire, in base ad essa, la nostra identità. In realtà, immaginare di poter derivare, da eventi biologici, definizioni che hanno carattere esclusivamente simbolico si è rivelato, come è noto, del tutto errato.

Se è vero che il concetto di genitorialità è prevalentemente simbolico, bisogna accettare l'idea che i genitori di un bambino sono quelli che la società indica. Per molti secoli, ad esempio, è prevalsa l'idea aristotelica secondo la quale la madre era solo '*il fertile terreno*' nel quale l'uomo piantava il suo seme, che lei custodiva '*perché un dio non lo colga',* per usare le parole di Eschilo. E tutta la difesa che Apollo fa di Oreste nelle Eumenidi è ispirata a questa sprezzante valutazione del ruolo materno *('lui,*

sì, è padre, che d'impeto prende') che addirittura cancella il matricidio dall'elenco dei crimini.

D'altra parte, esistono esempi di genitorialità opposti. Nelle isole Tobriand la figura del padre non esiste (padre è solo colui che vive con la madre, non è il genitore del figlio) e la donna è resa fertile da microscopiche entità (in genere lo spirito di un parente) che introducono i figli nel suo utero. E' evidentemente una società che ha tendenze animistiche e che risolve il problema della discendenza maschile con l'avuncolato, che fa dello zio materno il vero padre dei bambini. Questa *'avuncolipotestas'* era conosciuta in Europa, almeno dai Lici (ne parla Erodoto) e dai Germani (la cita Tacito).

Non è però affatto detto che l'animismo porti a queste conclusioni: nel Senegal, ad esempio, dove la maternità ha un grande valore sociale, anche il ruolo paterno gode di grande prestigio, mentre presso alcuni abitanti del Brasile la maternità è considerata una sorta di maledizione e in Nuova Guinea i bambini sono figli esclusivi della divinità. E poi c'è il levirato, e poi ci sono numerosissimi altri modelli, a ognuno dei quali si riconoscono importanti qualità positive nell'educazione e nella crescita dei bambini.

In società come la nostra, a fianco del modello prevalente, ne esistono altri. Il 20% dei bambini viene educato da un padre diverso da quello biologico, e lo sa; poco meno del 10% si trova nelle stesse condizioni senza esserne a conoscenza. Un numero imprecisato di figli viene educato in famiglie monoparentali e l'ISTAT nel suo rapporto del 2014 sulle tipologie familiari ha segnalato che le famiglie monogenitoriali (che rappresentano ormai una realtà consistente in molti paesi europei ed extraeuropei) , in Italia sono cresciute in 10 anni del 25% e sono oggi il 15,3% delle famiglie italiane. Dopo aver a lungo cercato, debbo dire di non aver trovato un solo documento solido che asserisca che per curare un figlio è assolutamente necessaria la doppia genitorialità. Si consideri con attenzione il termine che ho usato: necessaria. Le affermazioni relative al fatto che avere due genitori 'sia preferibile' sono prevalentemente empiriche, non si basano su ricerche prospettiche e usano strumenti valutativi discutibili. Debbo dire per correttezza che anche la documentazione che ho consultato e che afferma che non si riscontrano elementi negativi considerando i risultati dell'educazione impartita da genitori dello stesso sesso è scientificamente discutibile.

L'idea che i genitori possano essere più di due è antica quanto il mondo ed è passata intatta attraverso le più diverse influenze culturali fino a raggiungere la nostra società. In un racconto (*Storia del re e del cadavere,* scritto in sanscrito circa 600 anni prima della nascita di Cristo) che descrive i tre differenti padri di un giovane re, si mettono a confronto tre diverse figure genitoriali, quella basata sulla legge e sul contratto, quella biologica e quella che si costruisce sull'autorità morale dell'educatore. Il racconto non

si pronuncia, non fa scelte, ma crediamo che già l'aver presentato il problema in questi termini rappresenti una scelta di campo.

Mi sembra interessante riassumere quanto ha scritto in molti dei suoi testi William James: «*L'istituto naturale della maternità e della paternità non esiste affatto e rappresenta solo un mito molto enfatizzato in Occidente. Si tratta di un'affermazione che s'incentra su una certa visione dell'uomo, tipica della nostra società, in cui la scienza, e in particolare la medicina, pretendono di avere la chiave della nostra identità. Bisogna invece riflettere sul fatto che questa pretesa è soltanto un'illusione o, più esattamente, il mito su cui si è fondata, in Occidente, l'immagine della maternità e della paternità. In effetti, in altre parti del mondo, altre culture hanno creato, sulla genitorialità, miti molto diversi. Dunque, così come è biologicamente vero che una gravidanza è il prodotto della fecondazione di un ovulo per opera di uno spermatozoo, allo stesso modo è sbagliato trarne una qualsiasi definizione di paternità e maternità, definizione che è di ordine simbolico e non di ordine biologico. Il semplice buon senso mostra, d'altra parte, che quando un uomo e una donna aspettano un bambino e dicono di averlo concepito insieme, la prova biologica di ciò è difficile da ottenere ed è in genere solo la loro parola ad affermare che è così e che lo spermatozoo fecondante non è di provenienza diversa.*"

Dire che siamo esseri parlanti equivale a dire che siamo esseri intelligenti, ed equivale anche a dire che siamo indirizzati a essere molto di più della nostra biologia. Parlare del desiderio di avere un figlio, parlare dell'essere genitori, significa trascendere l'ordine biologico per accedere a un altro, quello su cui noi ci basiamo in quanto esseri umani, e cioè l'ordine del senso. Non esistono dunque altri genitori che quelli culturalmente definiti tali e cioè quelli che una certa cultura attribuisce a un certo bambino. Da ciò scaturisce l'esistenza di diversi modelli possibili di maternità e di paternità.

In effetti, l'antropologia ci mostra che: il padre di un bambino non è necessariamente il suo genitore biologico; egli non è necessariamente l'uomo che vive con la madre; al momento del concepimento del bambino, può essere morto da molto tempo; può essere una donna; può essere Dio; la madre di un bambino non è necessariamente la sua madre biologica; può essere sua nonna; può essere sua zia; una donna sterile può essere la madre di un bambino che le viene attribuito secondo le regole della circolazione dei bambini propria della sulla cultura. A tutte queste modalità di filiazione viene riconosciuta legittimità sociale.

Anche nella nostra società si è comunque fatta strada, con la lentezza che contraddistingue tutte le modificazioni del senso della morale comune, l'idea che alla genitorialità tradizionale si possa affiancare quella di una paternità e di una maternità basate sulla promessa di presenza: siamo i tuoi genitori perché staremo vicino a te per far sì che la tua qualità di vita sia la

migliore possibile e per garantirti le cose sulle quali ogni bambino dovrebbe poter contare. Come si può capire si tratta di una genitorialità altrettanto virtuosa quanto lo è quella tradizionale e che include la donazione di gameti, la donazione di embrioni e l'adozione, una idea di "etica del dono "che si affianca ad altre forme di donazione più prettamente biologiche, come quella di sangue e quella di organi. Tutti questi gesti oblativi, sia biologici che sociali, si inscrivono idealmente all'interno di un principio di solidarietà generale che deve certamente essere difeso dalla ingerenza del mercato, ma che non può essere negato per paura di vederlo inquinato da interessi commerciali. La paura, la diffidenza preventiva che il nuovo suscita, l'abuso del principio di precauzione, sono atteggiamenti che dovrebbero essere contrastati nel solo modo legittimo nelle società democratiche, attraverso la lettura attenta della carta costituzionale.

In realtà, quello che oggi pensano un uomo o una donna a proposito del significato della genitorialità è molto difficile da immaginare: in gran parte dipende dall'educazione che hanno ricevuto, dalla loro visione del mondo, dal loro senso comune, dalle loro esperienze di vita. Ciò è particolarmente vero per le donne, per le quali è sempre stato poco importante il concetto di genitorialità genetica. Alcune di loro sono persuase dell'importanza della responsabilità, altre desiderano avere una esperienza gestazionale, altre non sono per niente sicure della scelta che viene loro attribuita, ma non hanno il coraggio di contestarla. Non può essere privo di importanza il fatto che quando il genitore sostituito è il maschio, può accadere (e in realtà accade con una certa frequenza) che si verifichi un pentimento tardivo, cosa che – a quanto ne sappiamo – non è mai accaduta quando si tratta di una donazione di gameti femminili. In realtà, parlare delle donazioni di gameti maschili e di quelle di gameti femminili come se fossero una sola cosa è scorretto: sono diverse le motivazioni dei genitori, diverse le reazioni del genitore sostituito, diverse le conseguenze sull'equilibrio della famiglia. Del resto gli psicologi si sono sempre trovati d'accordo nel ritenere che gli uomini desiderano un figlio per continuare a vivere in lui e per dare al nome della famiglia la possibilità di continuare ad esistere nel tempo, mentre le donne – assai meno attente alla genetica – desiderano soprattutto avere tra le braccia qualcuno da poter amare ed educare e del quale essere responsabili.

La regola etica

Di quanto rapidamente possa modificarsi il nostro comune senso della morale si è accorta certamente la Corte per i diritti dell'uomo, che ne ha scritto in una sentenza del 2011 che pur considerava legittima la norma austriaca che vietava la donazione di gameti femminili (norma abrogata recentemente dalla Corte Costituzionale di quel Paese). La CEDU ha scritto che la norma austriaca doveva essere considerata valida in quanto si riferiva al 2000, un anno nel quale i cittadini di molti Paesi europei

provavano ancora sentimenti di rifiuto rispetto alle donazioni di gameti: ma ha invitato i legislatori a tener conto delle acquisizioni della scienza, molto rapide nel settore della medicina della riproduzione, e della conseguente necessità di monitorare in modo sistematico le modificazioni della morale di senso comune relativamente ai temi della vita riproduttiva, per poter adeguare le normative vigenti a questi mutamenti (considerati probabili e costanti e in preciso rapporto con la divulgazione delle conoscenze) e a quelli, considerati inevitabili, del consenso sociale, una lettura evidentemente intesa a sottolineare l'esistenza di una accettazione sempre più diffusa delle moderne tecniche di cura della sterilità di coppia, incluse naturalmente le metodologie eterogamiche (impropriamente definite eterologhe). Il rischio, conclude la sentenza, potrebbe essere quello di "*un difetto di proporzionalità dell'ingerenza dello stato nel diritto al rispetto alla vita privata e familiare garantito dall'articolo 8 della CEDU stessa e l'impossibilità di invocare il margine di apprezzamento riconosciuto agli stati membri della stessa convenzione*". E' un suggerimento di grandissimo significato morale oltre che pragmatico: invita a predisporre leggi "leggere" nella consapevolezza che non saranno comunque capaci di durare nel tempo e stabilisce che la norma etica si forma attraverso i mutamenti della morale comune.

E' per lo meno probabile che la nostra Corte Costituzionale abbia tenuto conto di questo messaggio della Corte per i Diritti dell'Uomo quando ha dovuto intervenire per verificare la legittimità di una serie di norme contenute nella legge 40 de 2004, quella che regola la Procreazione Medicalmente Assistita, Sappiamo tutte come è finita: una serie di proibizioni che limitavano l'applicazione delle tecniche (ad esempio il congelamento degli embrioni) sono state eliminate e sono divenute legittime le donazioni di gameti e le indagini genetiche preimpiantatorie.

Dopo la sentenza della Corte Costituzionale si è scatenata una battaglia, ancora una volta promossa dall'arroganza di una parte del mondo cattolico che vuole che il problema delle fecondazioni eterogamiche venga affrontato in Parlamento e regolato da una legge apposita: tutto ciò malgrado il fatto che illustri giuristi abbiano più volte dichiarato che non esiste sul tema alcun vuoto giuridico. In fondo sarebbe bastato ricordare, ma la memoria, si sa, è un meccanismo sul quale agiscono molte variabili, che la stessa Corte Costituzionale quando nel 2005 dichiarò ammissibili i referendum sulla legge 40 (incluso quello sulla legittimità del divieto di donazioni di gameti) ritenne che non vi sarebbe stato alcun vuoto normativo. Lo scopo di chi invoca la legge è chiaro: stabilire regole che "riducano il danno", rendendo improba o addirittura impossibile la donazione di oociti e di spermatozoi in Italia e mantenendo così aperto il funesto mercato europeo. Si corre quindi il rischio concreto che accada qualcosa di molto particolare: una parte consistente della popolazione di questo paese si è vista riconoscere un diritto del quale era stata ingiustamente e illecitamente

privata: questa parte, che osiamo considerare laica, vedrà stabilire le modalità con le quali potrà accedere a questo diritto dalle stesse persone che hanno sostenuto la legge 40, prevalentemente cattolici, educati a pensare che le fecondazioni eterogamiche sono "alito del demonio" e soprattutto abituati a ritenere che l'autodeterminazione dei cittadini è un fatto opzionale, un vezzo, un capriccio e la salute riproduttiva è un' invenzione e non un fatto riconosciuto, ormai, dalle normative internazionali (si veda la *International Conference on Population and Development* tenuta a Il Cairo nel 1994, o il *Report delle Nazioni Unite* del 1996).

Bussa prepotentemente alle porte un nuovo paradigma, un nuovo modello di riferimento, quello che in filosofia si chiamerebbe archetipo. Maurizio Morifa un confronto con un antico scontro tra paradigmi, quello tra Galileo e il Santo Uffizio, in cui il punto simbolico della querelle era un versetto della Bibbia, "fermati, sole!". Oggi lo scontro è tra due prospettive antropologiche, e il punto simbolico è ancora la Bibbia ("maschio e femmina li creò"), la PMA non è solo una cura della sterilità di coppia, è un modo nuovo di pensare alla generazione, l'annuncio di una rivoluzione scientifica. Qualche esempio? Negli USA un numero sempre crescente di donne giovanissime lascia le proprie cellule uovo in frigorifero con l'intento di andarsele a riprendere dopo 20 anni, sottraendosi così alle punizioni sociali che gli uomini continuano a imporre alle ragazze; in molti laboratori si sperimentano modelli di ectogenesi che consentiranno alle donne di sottrarsi alla schiavitù delle gravidanze; nel 2013 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha dichiarato illegittimo il *Defence of marriageact*, che impediva di riconoscere i matrimoni gay. Potrei continuare, ma non credo che ne valga la pena: si tratta solo di capire che il mondo sta cambiando, perché il nuovo paradigma definisce un nuovo modello di società destinato a durare per un certo periodo di tempo, quanto nessuno lo può sapere. Una rivoluzione biomedica che si unisce a quella tecnologica e a quella sociale (spero che nessuno si sia dimenticato dell'aborto, del divorzio, dei milioni di bambini educati (e bene) da un solo genitore). E su questa straordinaria novità arriva la benedizione delle Corti di giustizia che ci avvertono che la regola etica si fa sulla base della morale di senso comune.

IL CONFLITTO DI PARADIGMI

La Fecondazione Assistita nasce come tecnica di fecondazione extracorporea che doveva inizialmente risolvere le sole sterilità meccaniche femminili e in un secondo tempo utilizzata anche in una congerie di ipofertilità maschili inclusa quella dovuta alla impotenza coeundi. L'ampliamento costante delle sue possibili applicazioni (che oggi ha incluso anche la cosiddetta sterilità idiopatica, che comprende una buona percentuale di casi di ipofertilità) è responsabile di una polemica tuttora piuttosto vivace che ha a che fare con la possibilità – invero molto

concreta – che esista oggi, per motivi di convenienza economica, un eccesso di indicazioni. Ma la vera polemica, assai meno volgare, in verità è un'altra e riguarda la sua vera natura.

Che si tratti solo di una tecnica vien fatto di dubitarlo quando si scopre che cosa effettivamente cambia con il suo avvento: il biologo ha in mano un embrione; lo può studiare, usare per la ricerca scientifica, trarne cellule staminali totipotenti, utilizzarlo per la clonazione, congelarlo per un uso futuro, trasferirlo a una donna che non è la sua madre biologica, dividerlo per creare dei gemelli. La ricerca scientifica si impegna in una serie di sperimentazioni che ci limitiamo a elencare:

- crioconservazione di gameti e di embrioni
- prelievo di embrioni dalla cavità uterina per vari scopi
- selezione (di embrioni ma anche di gameti)
- maternità per altri (oblativa e remunerata)
- donazione di placenta
- utilizzazione di gameti fetali
- produzione di gameti
- trapianti di utero
- terapia genica o gene editing
- utilizzazione delle cellule staminali embrionali
- ectogenesi

Una delle cose che ci ha fatto capire meglio quanto e quanto velocemente dovranno modificarsi le nostre visioni del mondo - forse la meno importante, dal punto di vista scientifico e tecnico, tra tutte quelle che la ricerca scientifica ci ha proposto in tempi recenti – è la seguente: negli Stati Uniti sono stati approvati progetti di ricerca che consentono di portare a maturazione oociti primordiali reperiti nel materiale abortivo. Si tratta naturalmente di aborti volontari eseguiti a donne che hanno dato il loro consenso all'uso dei loro tessuti fetali a scopo di ricerca e di sperimentazione. Siamo dunque alle soglie di una novità, scientificamente non strabiliante, ma di notevole impatto dal punto di vista psicologico: i medici sono ormai nelle condizioni di utilizzare questi oociti per ottenere una gravidanza e per far nascere un bambino la cui madre non è mai vissuta. Non sapremmo dire perché, ma ci sembra che questa notizia abbia una risonanza affettiva straordinaria della quale andrebbero capite meglio le cause.

L'ectogenesi

In ogni caso, per capire quale straordinaria rivoluzione sia alle porte, dobbiamo provare ad immaginare che la scienza riesca a completare le sue

esperienze sull'utero artificiale e offra alla società degli uomini l'ectogenesi, che non vuol dire solo la possibilità di liberare le donne dagli impegni di nove mesi di gestazione, significa anche una nascita completamente scevra dagli impacci della patologia, senza aborti e parti prematuri, senza tagli cesarei e senza complicazioni puerperali e perinatali. Ebbene, in quel momento ci troveremo di fronte a una serie di interrogativi dovuti ad esempio al fatto che la figura materna e la figura paterna saranno equivalenti e non esisterà più la maternità gestazionale. Dovrà essere riequilibrata la relazione tra i sessi, si dovrà scoprire se la mancanza di un riferimento gestazionale umano crea problemi ai figli, il mondo non sarà mai più lo stesso. Ci saranno certamente delle resistenze, ma saranno resistenze inevitabilmente modeste, basate su interpretazioni metafisiche del rapporto materno fetale, mai dimostrate valide dalla ricerca scientifica: ne elenchiamo alcune per sottolinearne l'evidente assenza di credibilità: gli ormoni del cosiddetto "maternage", la prolattina e l'ossitocina, sarebbero in grado di realizzare il miracolo di un fusione spirituale tra la madre e suo figlio; le cellule fetali colonizzerebbero alcuni tessuti materni e interverrebbero in favore della donna nel corso di alcune malattie;esisterebbe il passaggio transplacentare di sostanze ancora ignote con il risultato di creare tra i due protagonisti della gestazione un legame affettivo privo di possibili confronti. Si tratta di ipotesi che condividono tutte l'assoluta mancanza di prove e attribuire loro un qualsiasi significato è, a dir poco, disonesto.

Il problema è quello di scegliere tra due possibilità: contrastare il nuovo paradigma sulla base di argomentazioni prevalentemente metafisiche, che chiamano in causa l'abbandono e il tradimento della natura e la possibilità di interferire con meccanismi per ora solo immaginati che sarebbero responsabili della cosiddetta umanizzazione del feto attraverso passaggi di afflati spirituali transplacentari, per ora non dimostrati ma molto cari alla metafisica querulo - romantica e piagnucolosa del cattolicesimo (mamme ce ne è una sola, l'amore di mamma si abbevera di sacrificio e rinuncia e così via) ; oppure, in alternativa, gestire il cambiamento per evitare danni nella fase di transizione (quelli che i cattolici definiscono disordini) e ingiustizie sociali grossolane. Questa scelta in realtà dovrebbe riguardare tutte le iniziative della scienza che al momento impegna il 90 per cento degli investimenti in imprese che saranno utili al cinque per cento dei cittadini e che con la fecondazione assistita potrebbe persino trasformarsi in una scienza democratica.

I Modelli di sperimentazione

Come si svilupperà in futuro la ricerca di un utero artificiale è difficile dirlo, le vie proposte sono numerose e di alcune ricerche in corso sappiamo molto poco.

Per avere qualche idea su come la ricerca dovrebbe svilupparsi è dunque necessario considerare con qualche attenzione gli studi che sinora sono stati pubblicati e che possiamo dividere in tre gruppi: le sperimentazioni relative alla ectogenesi parziale, quella che si propone di migliorare sopravvivenza e salute dei prematuri; quelle relative alla ectogenesi totale, la più complessa e difficile da realizzare e che prevede la costruzione di placente artificiali, cioè dei laboratori più complicati e meno compresi esistenti; la preparazione di letti endometriali capaci di accogliere e nutrire embrioni per periodi di tempo relativamente brevi e finalizzati alla sperimentazione di farmaci o alla verifica di ipotesi embriologiche, senza alcuna intenzione di consentire agli embrioni impiantati di sopravvivere. A parte queste indagini ne esistono certamente altre delle quali si sa attualmente molto poco: ne è esempio il tentativo di sviluppare uteri a partire da cellule staminali embrionali indifferenziate, che è certamente nelle intenzioni di alcuni ricercatori giapponesi ma che è coperta da un alone di mistero.

E' facile immaginare quale sia stata la prima reazione alla notizia della possibilità che, in tempi relativamente brevi, l'ectogenesi divenga una possibilità concreta e si proponga per risolvere una serie di problemi al momento privi di soluzione. Tutte reazioni attese, almeno dal mio punto di vista, tranne una, quella che è arrivata da alcuni teologi cattolici. Cito per tutti un articolo di David T Reiber (The Morality of Artificial Womb Technology) apparso su "The National CatholicBioethicsQuarterly (2010, 515). La rivista che pubblica questo articolo è in effetti il giornale ufficiale del National CatholicBioethics Center, una organizzazione americana che si occupa di fare ricerca sui problemi morali che derivano dal progresso delle conoscenze nei vari settori delle scienze della vita, un giornale sul cui logo si legge "committed to publishmaterialthatisconsonant with the magisterium of the catholic Church". Ebbene Reiber riconosce che si tratta di tecniche che possono essere utilizzate in modo eticamente riprovevole ma che per sé non hanno niente di immorale: giustifica la ectogenesi parziali immaginando che possa sottrarre alla morte un enorme numero di feti nati prematuramente e rappresentare un ostacolo a quello che lui definisce il "cosiddetto diritto di abortire"; considera l'ectogenesi totale come l'unico modo per sottrarre al loro limbo di ghiaccio le migliaia di embrioni congelati.

L'eugenetica positiva

Per affrontare (oltretutto marginalmente e superficialmente) imolti problemi che questo nuovo conflitto di paradigmi finirà per proporci dovrei scrivere un intero volume, ragione per cui mi limiterò ad affrontare solo un secondo problema, quello che si è del resto già proposto da solo a causa dei continui progressi della genetica e che riguarda due differenti campi di applicazione: la terapia genica e la riscrittura del genoma umano.

Il numero di malattie genetiche che affliggono la nostra esistenza e di quelle che trasmettiamo ai nostri figli e ai nostri nipoti per rattristare, abbreviare o mortificare la loro è in continua crescita e ammonta ormai a diverse migliaia , il che giustifica la grande attenzione e il notevole numero di studi che la medicina ha dedicato al problema. La strada della conoscenza è stata lastricata di errori e per molto tempo la medicina si è accontentata dell'eugenetica negativa (questo bambino è affetto da una malattia genetica e io non lo faccio nascere). La cosiddetta genetica positiva dopo un lungo periodo di tempo durante il quale è stata esclusa dagli interessi della ricerca scientifica, da qualche decennio sembra essersi liberata di almeno una parte dei veti che la mortificavano e, con molta prudenza, si è finalmente data due finalità: correggere le basi delle malattie genetiche con interventi sulle cellule somatiche; impedire la trasmissione delle malattie ereditarie intervenendo sulle cellule riproduttive o sugli embrioni agli stati iniziali di sviluppo. Si è trattato, almeno fino a tempi del tutto recenti, di una sperimentazione difficile, caratterizzata da molti fallimenti: l'inserimento di un gene normale che sostituisse il suo omologo non funzionante (o comunque responsabile di un problema clinico) è stato fatto per decenni utilizzando tecniche che davano scarse garanzie e modestissimi risultati e le varie metodiche sono state via via abbandonate. Oggi sembra che finalmente possiamo disporre di una tecnica di correzione o sostituzione genetica nuova, semplice, efficace e poco costosa - la CRISPR-Cas9 *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats*) molto vicina alla perfezione, che richiede però ancora di essere sperimentata alla ricerca di difetti che gli scienziati potrebbero aver sottovalutato. Questo "gene editing" può riguardare sia le cellule somatiche di un individuo adulto – e in questo caso deve essere considerato in linea di principio come una vera e propria cura, senza effetti sul problema della possibile trasmissione ai discendenti – sia i gameti e gli embrioni nelle fasi iniziali del loro sviluppo, nel qual caso l'obiettivo dovrebbe essere anche quello di cancellare quella malattia dai rischi ereditari di quella famiglia.

Nel frattempo, sono stati autorizzati esperimenti di *gene-editing* sugli embrioni umani, presso il Karolinska Institute di Stoccolma nel giugno 2015[22], dall'Authority inglese HFEA presso il Francis Crick Institute a Londra, il 1 febbraio 2016[23]e in Giappone il 22 aprile 2016[24].

---

[22] http://www.nature.com/news/gene-editing-research-in-human-embryos-gains-momentum-1.19767

[23]http://www.nature.com/news/uk-scientists-gain-licence-to-edit-genes-in-human-embryos-1.19270. E' qui opportune ricordare che la legge inglese fin dal 1990 (Human Fertilisation and EmbriologyAct, rivisto nel 2008) permette la sperimentazione sugli embrioni fino al 14° giorno di sviluppo, con la clausola della loro non trasferibilità in utero. L'HFEA è l'Autorithy preposta a esaminare e autorizzare i protocolli di ricerca di questa tipologia di studi.

In verità la Cina ha autorizzato l'uso della modificazione genetica di embrioni umani- seppure usando embrioni di scarto e mai a differenziazione oltre i 14 giorni di sviluppo- senza finalità di fare nascere bambini geneticamente modificati. Il lavoro pubblicato a suo tempo su Protein&cell fu precedentemente scartato da Nature e da Science. Ed anche la rivista Journal of Assisted Reproduction and Genetic del direttore Albertini ha pubblicato interventi CRISPR per aggiungere un gene ad embrioni aneuploidi di scarto Ccr5 che sarebbe dovuto essere di protezione per lo HUV Un esperimento dai risultati desolanti. Anche In UK si sono autorizzati sperimenti protesi a migliorare la efficienza della fecondazione in vitro, ancorché anche qui questi esperimenti non siano autorizzati a scopi riproduttivi.

"L'art. 13 della legge 40/2004 vieta qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano (comma 1) e permette la ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano (comma 2) "a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e dello sviluppo dell'embrione stesso e qualora non siano disponibili metodologie alternative".

a - Gene editing sulle cellule somatiche. Si tratta di modifiche che si circoscrivono al destino di un tessuto o di organi di un individuo che si concludono con l'individuo stesso.

(..) E' bene ricordare a tutti che le attuali esitazioni, le perplessità, i distinguo e le richieste di moratoria sul tema della terapia genica delle cellule somatiche sembrano ormai privi di interesse visto che la ricerca scientifica prosegue imperterrita senza tenerne conto. Incuranti di quanto veniva detto nelle lontane aule della bioetica occidentale alcuni scienziati cinesi hanno ottenuto dal Comitato etico dell'Università del Sichuan e del West China Hospital il consenso di sperimentare il gene editing sull'uomo ed è possibile che la fretta che stanno dimostrando (il consenso è stato ottenuto nel giro di settimane, la sperimentazione ha già avuto inizio, almeno per quanto ci è dato capire) sia dovuta a una sorta di competizione che è cominciata tra Cina e gli Stati Uniti, che progettano qualcosa di molto simile. La sperimentazione verrà eseguita su un malato terminale (un cancro ai polmoni metastatizzato in molte parti del corpo che toglie qualsiasi senso al timore di effetti collaterali e di complicazioni) e avrà lo scopo modificare il DNA dei linfociti T per indurre le cellule immunitarie del malato ad attaccare le cellule neoplastiche. E' pensabile, tenendo conto del protocollo generale di sperimentazione presentato dai biologi, che questo studio abbia soprattutto lo scopo di ricercare le mutazioni indesiderate e di rendersi conto della sicurezza della tecnica. E' facile

[24]http://www.japantimes.co.jp/news/2016/04/22/national/science-health/japan-panel-greenlights-gene-editing-of-human-eggs-for-basic-study/#.V1WWYleaBp-

immaginare a quale pressione saranno sottoposti i ricercatori in caso di un successo, anche solo parziale, di questa "Rivoluzione DNA".

b - Il gene editing delle cellule germinali e degli embrioni. SI tratta di modifiche che si trasmettono alla specie ed a tutti coloro che da questi verranno prodotti. Un pericolo? Forse ma le stesse modifiche secondo Church sono reversibili, tornando alla loro forma originale.

Come abbiamo detto la possibilità di utilizzare con successo una di queste terapie è stata a lungo vanificata dal fatto che le varie tecniche utilizzate per introdurre il materiale genetico nelle cellule non erano in grado di collocarlo nel luogo nel quale avrebbe sostituito il gene anormale così che gli interventi risultavano utili solo in una minima percentuale di casi. La nuova tecnica di gene editing sembra aver risolto questo problema.

Ma torniamo alla legislazione italiana, che affronta questa tematica all'interno della legge 40/2004 sulla Procreazione medicalmente assistita: è vero che il comma 1 dell'art. 13 vieta la sperimentazione sugli embrioni umani, ma il comma 2 consente "la ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano" a condizione che "si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e dello sviluppo dell'embrione stesso e qualora non siano disponibili metodologie alternative". Ammettiamo che si tratta di una formulazione un po' confusa, ma ci sembra di poter concludere che il giorno in cui uno dei paesi che consentono la sperimentazione sugli embrioni varerà un procedimento sicuro e privo di effetti collaterali, l'Italia ne autorizzerà l'uso.

In ambito europeo, tuttavia, nel 1997 la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (Convenzione di Oviedo) è intervenuta sulla materia sorprendendo tutti con una secca proibizione, contenuta nell'articolo 13: «Un intervento mirato a modificare il genoma umano può essere intrapreso solo per scopi preventivi, diagnostici o terapeutici e solo se la sua finalità non è quella di introdurre modificazioni nel genoma dei discendenti.» Di conseguenza il Consiglio d'Europa ha adottato una posizione di assoluta chiusura (del tutto nuova rispetto a quelle sostenute nel passato) e ha precluso ai paesi europei che ratificano la Convenzione lo sviluppo di questa linea di ricerca. Le norme, ovviamente, possono (in questa materia bisogna dire debbono, se si vuol tener conto delle molte sollecitazioni ad una revisione sistematica delle norme che riguardano la bioetica che necessitano di un consenso sociale informato) essere cambiate, se ci sono buone ragioni per farlo: ma perché ci siano queste buone ragioni occorre permettere la ricerca di base, oppure – piuttosto ipocritamente- aspettare che altri le procurino.

La moratoria e la discussione pubblica non devono servire a stabilire se e a quali condizioni la terapia genica germinale possa essere consentita, devono soltanto scoraggiare (e quindi vietare) questa applicazione quando le conoscenze non sono adeguate e fino al momento in cui le Istituzioni

scientifiche (non i bioeticisti) le considereranno acquisite nella misura necessaria a garantire l'assenza di effetti collaterali sfavorevoli, nella misura in cui la scienza può arrivare a queste conclusioni. e favorire quella sulla linea somatica. Il punto nodale dell'argomentazione è la differenza tra le due tecniche in ordine agli effetti sulle generazioni future, cosa oltretutto che non corrisponde a verità. Gli autori danno per scontata l'esistenza di questa differenza, che si tratta solo di chiarire a beneficio dell'opinione pubblica e delle Istituzioni. Questa tesi è molto diffusa negli interventi che hanno fatto seguito alle due lettere ed è molto probabile che avrà un ruolo centrale nella futura discussione.

In realtà sappiamo tutti che la morale di senso comune, quella sulla cui base si costruiscono le regole etiche, si modifica a seguito dell'intuizione dei vantaggi che possono derivare dalle conoscenze possibili. Non può essere un caso che proprio in questi giorni si siano riuniti a Londra i ricercatori che si occupano della costruzione di un utero artificiale e a San Francisco i genetisti che ritengono giunto il momento di scrivere il nostro genoma. Si tratta evidentemente di un conflitto di paradigmi ed è consuetudine che in questi casi siano, prima o poi, le nuove proposte a prevalere. In ogni caso, per concludere, leggio in alcune delle revisioni della letteratura sul gene editing la sollecitazione ad affidare la responsabilità di una decisione ai genitori dei bambini che hanno ereditato gravi malattie genetiche, incompatibili con una accettabile qualità di vita, e la condivido.

Riscrivere il genoma umano

Di questo progetto dirò solo poche cose, sia perché si tratta, per ora, solo di un progetto, sia perché per ragioni che ignoro la letteratura medica non sembra prenderlo sul serio. Tutto è nato solo pochi mesi or sono a San Francisco, dove si sono riuniti 150 genetisti per discutere la possibilità di collaborare alla riscrittura (alla prima scrittura ha pensato la natura) del genoma umano. L'incontro si è volto, a quanto ho letto, in una atmosfera piena di ottimismo, sulla falsariga di incontri simili dedicati in passato allo studio della lettura del genoma umano, ma non si sa se il problema delle possibili applicazioni di questa riscrittura sia stato sollevato. Lo hanno atto certamente i giornalisti che, alla fine dell'incontro hanno chiesto ai partecipanti se avevano ben valutato gli effetti del loro progetto sul futuro della genetica, alcuni dei quali realmente preoccupante: sempre quanto leggo la risposta dei genetisti è stata – ma era inevitabile che fosse così che se non lo avessero fatto loro lo avrebbero certamente fatto i cinesi,

CONCLUSIONI

Credo che la società si stia rendendo lentamente conto di quanto sta accadendo; lo desumo anche al fatto che la nostra più antica e rispettabile Enciclopedia, la Treccani, riferimento culturale principe per alcune

generazioni di intellettuali, ne accenna, alla voce "Procreazione Assistita" nella recentissima IX Appendice:

"In ultima analisi, i nuovi problemi posti dalla fecondazione assistita possono richiedere a molti di noi un cambiamento delle opinioni ereditate dall'etica tradizionale. Sembra necessario riconoscere che una trasformazione così profonda come quella che si profila circa la funzione riproduttiva della famiglia può comportare una nuova etica, con parametri diversi da quelli tramandati dalla tradizione.

Se è vero che la Rivoluzione biomedica, come continuazione della Rivoluzione industriale, comporta «la più fondamentale trasformazione dell'umanità di cui si hanno documenti scritti», allora è ragionevole pensare che la scienza stia aprendo una fase storica nuova e che gli antichi paradigmi debbano essere messi in discussione." Una fase storica alla quale questa generazione, diversamente da quelle vissute nei millenni precedenti, ha avuto la fortuna (o l'occasione) di assistere. Quello che è certo è che il futuro ci riserva nuove sorprese e nuove acquisizioni e che la nostra vita riproduttiva potrà cambiare in modo straordinario. Su questo possibile cambiamento si è aperto un conflitto, ed è fondamentale che ne capiamo la portata, per capire quale partito prendere.

Se si tiene conto di quanto ho scritto, dovrebbe essere chiaro che la scienza sta cambiando le regole del gioco, che giudicare secondo gli antichi schemi e le antiche regole non ha alcun senso, è una inutile perdita di tempo. Scegliere la demonizzazione di chi ritiene di schierarsi in favore del nuovo paradigma non ha, a mio avviso, alcun senso, i nuovi paradigmi sono difficili da sconfiggere, meglio sarebbe cercare di attenuarne l'impatto, evitare almeno alcune delle possibili e più sgradevoli conseguenze, fare in modo che non diventino un ulteriore stigma di benessere economico. Questo dovrebbe essere compito, soprattutto, degli psicologi e dei sociologi, che dovrebbero interrogarsi sui nostri possibili futuri, chiedersi quali potrebbero essere i possibili impatti sulla nostra società e ragionare su come diminuire la loro pericolosità e la violenza del loro impatto. Difendere la famiglia tradizionale, costruire elenchi di merito, con famiglie di serie A e di serie B dovrebbe farci arrossire tutti di vergogna. Ho già raccontato come negli Stati Uniti esista una commissione che autorizza i ricercatori a utilizzare, per i loro studi, oociti prelevati dalle ovaie di feti abortiti. Quando accadrà (perché certamente accadrà) che da uno di questi oociti nasca un bambino, sarà certamente il primo del suo genere: nato da una madre mai nata, con una nonna materna che aveva scelto di abortire, non credo proprio che sarà interessato al nostro giudizio etico e se gli chiederemo di commentare la sua nascita, probabilmente ci risponderà che "è la scienza, bellezza".

Roberta Spoletini
Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, Istituto Superiore di Sanità

I dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita

Una delle possibilità terapeutiche per le coppie che soffrono di infertilità è l'applicazione delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). La PMA in Italia è regolata dalla legge 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" del 19/02/2004 (G.U. n.45 del 24/02/2004).

In attuazione della Legge 40/2004, il Registro Nazionale della PMA è stato istituito nel 2005 con Decreto del Ministro della Salute, presso l'Istituto Superiore di Sanità, come registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime, si configura come centro operativo per gli adempimenti della Legge 40/2004 dotato di autonomia scientifica ed operativa. Vengono affidati al Registro, numerosi e diversi compiti: il censimento dei centri di PMA presenti sul territorio; la raccolta e la diffusione, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali, delle informazioni necessarie al fine di consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti; la raccolta delle istanze, delle informazioni, dei suggerimenti, delle proposte delle società scientifiche e degli utenti; la redazione di una relazione annuale da inviare al Ministro della Salute, che renda conto dell'attività dei centri di PMA, e che consenta di valutare, sotto il profilo epidemiologico, le tecniche utilizzate e gli interventi effettuati. Il Registro inoltre, in collaborazione con le Regioni, attua la raccolta di tutte le autorizzazioni e di tutta la documentazione, atta a svolgere la funzione di controllo. Al Registro, sono iscritti solo i centri di PMA autorizzati dalle Regioni e vi è un contatto costante con i referenti regionali per aggiornamenti sullo stato di attività dei Centri stessi. Il Registro promuove inoltre studi e ricerche ed è funzionalmente collegato con altri Registri europei (EIM European IVF Monitoring) e internazionali ICMART (International CommitteeMonitoringAssistedReproductive Technologies).

Le linee guida applicative della legge 40 (linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita), sottolineano la necessità di garantire alle donne e alle coppie un servizio di supporto psicologico e ribadiscono l'importanza di offrire alle coppie un servizio di consulenza prima di iniziare i singoli trattamenti.

Vengono indicati i seguenti tipi di consulenza:

- decisionale (Questo tipo di consulenza è definita dalla letteratura internazionale, e dalla stessa European Society of Human Reproduction and Embriology - ESHRE, implicationscounseling o decision-makingcounseling.) Lo scopo fondamentale è quello di consentire ai soggetti di comprendere e di riflettere durante la proposta di trattamento sulle implicazioni che questo potrebbe avere per loro, per le loro famiglie e per gli eventuali figli. Questo tipo di consulenza dovrà essere disponibile prima di ogni trattamento;
- di sostegno (definita dalla letteratura internazionale e dall'ESHRE supportcounseling). Scopo è quello di supportare le coppie in momenti di stress e di difficoltà. Le persone o le coppie che possono avere bisogno di aiuto sono ad esempio: chi non può accedere alle terapie;chi ha difficoltà ad affrontare un determinato tipo di trattamento; chi deve affrontare il fallimento di un ciclo di trattamento;
- terapeutica (definita dalla letteratura internazionale e dall'ESHRE therapeuticcounseling). Scopo è quello di assistere le persone o le coppie nello sviluppo di strategie che consentano loro di far fronte alle conseguenze dei trattamenti dell'infertilità e aiutarle a moderare le loro aspettative ed accettare la realtà di particolari situazioni. In particolare le persone sono invitate a esaminare la loro attitudine verso: la propria infertilità; l'infertilità del partner; la possibilità che il trattamento fallisca.

Infine le linee guida stabiliscono che l'attività di consulenza decisionale o di sostegno può essere svolta dal personale medico mentre la consulenza terapeutica insieme a quella genetica (che informa le coppie riguardo al rischio di anomalie genetiche trasmissibili ai figli) può essere svolta da specialisti.

Nelle linee guida viene ribadito che "...per assicurare un adeguato sostegno psicologico alla coppia ciascun centro offre la possibilità di una consulenza da parte di uno psicologo con adeguata formazione nel settore...".

Nelle ultime indicazioni sui contenuti del Consenso Informato secondo l'Art. 6, legge n.40/2004, si dichiara che devono essere illustratiai pazienti "i possibili effetti psicologici per i singoli richiedenti, per la coppia e per il nato, conseguenti all'applicazione delle tecniche di PMA, con particolare riguardo alle specificità di quelle di tipo eterologo".

Per poter avere informazioni sul servizio di consulenza psicologica attivo presso i centri di PMA, lo staff del Registro, nel mese di aprile 2017,haavviato un'indagine esplorativa, inviando tramite mail un breve questionario a tutte le strutture di PMA operanti sul territorio.

Da una prima analisi dei dati preliminari raccolti, risulta che su 355 centri di PMA contattati rispondono il 19% (n.68), la maggior parte 82,4% sono di II e III livello mentre il restante 17,6% di I livello[25]; per quanto riguarda la tipologia di servizio il 58,8% sono centri privati e il 41,2% pubblici o convenzionati SSN. La maggior parte dei centri di PMA partecipanti all'indagine, pari al 59,7%, dichiara che presso il centro di PMA lo psicologo è presente come figura professionale stabile, contrariamente nel 40,3%. dei casi i centri usufruiscono della collaborazione di uno psicologo esterno, che nell'80,8% dei casi è presente presso la struttura di PMA solo su richiesta, nell'11,5% dei casi è presente due volte a settimana, mentre nel restante 7,7% dei casi una sola volta alla settimana. Alla domanda "Che percentuale di coppie, in trattamento presso la vostra struttura, usufruiscono della consulenza dello psicologo?" il 35,3% dei centri rispondenti dichiarano che sono meno del 10%, il 23,5% "dal 10% al 20%" delle coppie,il 13,2% "dal 20% al 30%", il 4,4% "dal 30% al 50%", l'8,8% "più del 50 %" e il 14,7% rispondono che tutte le coppie in cura presso il centro di PMA ne usufruiscono. Il 32,8%, delle strutture rispondenti all'indagine, dichiara di offrire il supporto psicologico nel primo incontro con la coppia, l'11,9% durante il trattamento; il 3% solo in occasione di un fallimento, nel restante 52,3 % dei casi i centri dichiarano di offrire il supporto psicologico in più occasioni durante il percorso di PMA di una coppia (sia nel primo incontro, che durante il trattamento e in occasione di un fallimento). L'ultimo quesito riguarda il numero di incontri previsti nel percorso psicologico, il 31,3% dei centri indicano che è previsto un incontro mentre il 68,7% dei centri affermano che sono previsti più di un incontro, con un range che va da 2 a 15 incontri.

Lo strumento operativo del Registro è il suo sito web (www.iss.it/rpma) situato all'interno del portale dell'Istituto Superiore di Sanità. Il sito ha la funzione di raccogliere e diffondere i dati e le informazioni per, collegare i

[25]In Italia, le tecniche di PMA vengono effettuate in centri specializzati, classificati, a seconda della complessità e delle diverse applicazioni delle tecniche offerte, in centri di I livello e centri di II e III livello. I centri di I livello applicano la tecnica dell'Inseminazione Intrauterina Semplice (IUI o Intra Uterine Insemination), offrono la tecnica di crioconservazione dei gameti maschili e tecniche con donazione di gameti maschili; quelli di II e III livello, oltre alle tecniche di IUI, usano metodologie più sofisticate con protocolli di fertilizzazione in vitro quali: il trasferimento intratubarico dei gameti o GIFT (Gamete Intra-Fallopian Transfer), la fertilizzazione in vitro con trasferimento dell'embrione o FIVET (Fertilization In Vitro Embryo Transfer), la tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo o ICSI (Intra CytoplasmaticSpermInjection), il trasferimento di embrioni crioconservati, FER (FrozenEmbryoReplacement), il trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati, FO (FrozenOocyte), oltre alle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi e di crioconservazione dei gameti maschili, femminili e di embrioni e tecniche con donazione di gameti.

Centri tra loro e con le Istituzioni; promuovere la ricerca e il dibattito sui temi della riproduzione umana; favorire la collaborazione fra figure professionali e istituzioni diverse. Inoltre rappresenta un servizio per i Cittadini, i quali possono consultarel'elenco dei Centri autorizzati da ogni Regione per avere informazioni sulle loro caratteristiche, sulle prestazioni offerte e sulla mole di attività svolta e prevalenti indicazioni al trattamento; un servizio per i centri di PMA che lo utilizzano per inserire annualmente i dati sui cicli in forma anonima ed aggregata, per avere accesso alle informazioni di loro competenza e per avere informazioni sulla normativa vigente, sugli eventi scientifici ISS nazionali ed internazionali, e un servizio per le Regioni, che accedono alle informazioni sui Centri che operano nel loro territorio per monitorare i dati della loro attività. Da tempo il Registro Nazionale PMA colleziona informazioni relative al 100% dei cicli di PMA effettuati dai centri italiani.

I centri che in Italia applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita e che sono stati censiti alla data del 31 gennaio 2017e inseriti nel Registro sono 362, di cui 166 di primo livello e 196 di secondo e terzo livello. Di questi,91 sono di tipo pubblico o privato convenzionato, nei quali le prestazioni di PMA vengono erogate a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Dal 2005 al 2011 sono aumentate sia le coppie che si rivolgono a queste tecniche, sia il numero di cicli erogati che le gravidanze ottenute. Mentre negli ultimi anni dal 2011 al 2015 assistiamo al raggiungimento di una stabilizzazione del numero di cicli e dell'efficacia delle tecniche.

Nel tempo la distribuzione percentuale delle coppie trattate secondo le cause di infertilità evidenzia un aumento del peso delle cause femminili rispetto ad una diminuzione delle cause maschili, questo da attribuirsi probabilmente all'innalzamento dell'età media delle donne che accedono ai trattamenti di PMA. Rimangono costanti l'andamento delle percentuali delle cause sia maschili che femminili e dell'infertilità idiopatica(casi in cui non si riescano a determinare le cause femminili o maschili che possano spiegare l'infertilità della coppia)che nel 2015 si attesta al 16,2%.

Nel 2015 è di 36,7 anni l'età media delle donne che accedono alle tecniche di PMA, dato in aumento se consideriamo che nel 2005, primo anno di raccolta dati del Registro, l'età media rilevata era di 35,3 anni.

Aumenta anche la percentuale di donne (nel 2015 pari al 33,7%)che ricorre alla PMA all'età di 40 anni ed oltre e parallelamente diminuisce la percentuale delle donne "giovani" (nel 2015 pari al 27,8%) con un età minore o pari a 34 anni. Rimane costante nel tempo la fascia di donne con un'età compresa tra 35 e 39 anni (nel 2015 pari a 38,5%).

Il ciclo di PMA è un trattamento clinico che prevede vari momenti. Se prendiamo in analisi i cicli di PMA di II e III livello effettuati con le tecniche a fresco (FIVET e ICSI), a partire dalla totalità dei cicli eseguiti in un anno (100%) si può osservare che circa il 91% giungono al prelievo ovocitario, il

69% va al trasferimento, il 18% circa esita in una gravidanza e il 12% giunge al parto. Ovviamente queste percentuali diminuiscono all'aumentare dell'età della paziente al momento del ciclo. Nel tempo è aumentata la percentuale dei cicli interrotti dopo il prelievo ovocitario, perché una parte di essi si interrompono in quanto si sceglie di crioconservare il materiale biologico prelevato.

Prendendo in considerazione tutte le gravidanze monitorate negli anni dal 2006 al 2015, si osserva che in maniera costanteogni anno ben il 75% di esse esitano in parto, il 22% esita in aborti spontanei, l'1% in aborti terapeutici e il 2% in gravidanze ectopiche.

Un dato che ci dimostra l'aumento della sicurezza dell'applicazione delle tecniche di PMA è la diminuzione nel tempo delle gravidanze trigemine, che rappresentano una gravidanza pericolosa per la salute della donna e per quella dei nascituri. Quindi in maniera consequenziale diminuiscono le percentuali di parti multipli.

In 11 anni di raccolta dati effettuati dal Registro dal 2005 al 2015 in Italia sono state trattate 709.945 coppie (197.054 con le tecniche di I livello e 512.891 trattate con le tecniche di II e III livello), i cicli iniziati sono stati 932.698 (320.561 di I livello e 612.137 di II e III livello), le gravidanze sono state 153.451 (33.520 di I livello e 119.931 di II e III livello), esitate in 97.710 parti (20.387 di I livello e 77.323 di II e III livello) e sono nati 116.771 bambini (22.701 I livello e 94.070 di II e III livello).

Uno dei compiti del Registro Nazionale della PMA è quello di comunicare e diffondere l'informazione sui temi riguardanti l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita a questo scopo è stato promotore e partner di vari progetti.

In particolare nell'anno 2006 abbiamo condotto in collaborazione con alcune Associazioni dei Pazienti "Indagine qualitativa sui bisogni di informazione delle coppie che accedono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita" gli scopi del progetto erano di descrivere i bisogni di informazione delle coppie che accedono alle tecniche di PMA, identificare gli usi possibili del sito del Registro da parte del grande pubblico e, in particolare, delle coppie che accedono alle tecniche di PMA.

Nel 2008, grazie ad un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità,il Registro Nazionale della PMA/ISS realizza una campagna informativa sulla prevenzione dei fenomeni della sterilità e infertilità.

Il Registro PMA e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo" - LaRiCa - Lab. Di Ricerca Avanzata sulla Comunicazione - Facoltà di Sociologia collaborano al progetto "Creare e comunicare cultura riproduttiva: azioni informative e preventive dell'infertilità della popolazione giovanile italiana" (2010), nel quale viene condotta un'indagine sulle coppie, attraverso la mediazione di consultori e centri pubblici/privati che trattano problemi legati all'infertilità e alle scelte procreative attraverso interviste individuali

in profondità di sfondo e focus group, al fine di focalizzare storie di infertilità, bisogni informativi e di orientamento nel sistema dei media, vissuti relativamente a infertilità e salute riproduttiva, percorsi di cura, aspettative nei confronti delle strutture sociosanitarie e dei servizi (medico di medicina generale, specialisti, strutture specializzate, strutture ospedaliere, ecc.) aspettative nei confronti del mondo di vita quotidiana (familiari, amici).

Con il progetto "Strategie sinergiche per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità nei pazienti oncologici: approccio integrato tra medicina della riproduzione ed istituzioni"(2010-2011), ilRegistro Nazionale della PMA/ISS, la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor Milano ed AIMaC Associazione Italiana Malati di Cancro, hanno operato per diffondere la cultura della preservazione della fertilità nei pazienti oncologici attraverso la formazione e lo scambio fra le principali figure deputate alla cura oncologi, ginecologi, psicologi.

Il Registro Nazionale PMA, in collaborazione con l'AIMAC, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e a tutto il volontariato oncologico ha sviluppato strategie per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. Ha promosso corsi di formazione per la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche con un format che è stato realizzato in molte regioni d'Italia.

Infine nell'ambito del progetto "istituzione biobanca del tessuto ovarico e cellule germinali per giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative a rischio di insufficienza ovarica iatrogena" (2014), che vede la collaborazione tra ISS Registro Nazionale della PMA, Regione Campania e A.O. San Giuseppe Moscati Unità di Fisiopatologia della Riproduzione Avellino, il Registro PMA ha organizzato dei corsi di formazione per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici nella Regione Campania.

Per approfondimenti sul tema del Counseling rivolto ai pazienti che applicano tecniche di PMA, si consiglia la consultazione della sezione dedicata alla Psicologia e al Counselingpresente nel sito web dell'ESRHE (European Society of Human Reproduction and Embryology) (www.eshre.eu), all'interno della quale è presente un'area nella quale vengono segnalati degli articoli.

Bibliografia

Legge del 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di PMA. Gazzetta Ufficiale n. 45 del 24 febbraio 2004.

Decreto ministeriale 7 ottobre 2005. Istituzione del registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di PMA, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime. Gazzetta Ufficiale n. 282 del 3 dicembre 2005.

Decreto ministeriale 1 luglio 2015. Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita. Gazzetta Ufficiale n. 161 del 14 luglio 2015.
Decreto Ministeriale 28 dicembre 2016. Regolamento recante norme in materia di manifestazione della volontà di accedere alle tecniche di PMA, in attuazione dell'Art.6, comma 3, della legge del 19 febbraio 2004, n.40. Gazzetta Ufficiale n. 265 del 17/02/2017.

Sitografia

www.iss.it/rpma
www.eshre.eu

Francesca Ginobbi

Medico Ginecologo

Gli aspetti biologici dell'infertilità

Gli aspetti biologici dell'infertilità sono affrontati da un vertice di osservazione prevalentemente medico. É utile per gli psicologi mettere a fuoco quali possano essere i problemi della donna preesistenti ai colloqui di consulenza per la Procreazione Medica Assistita (PMA) poiché, quali che siano le patologie biologiche queste influenzano il vissuto e quindi lo stato emotivo durante il percorso.

L'associazione Casamadre promuove la ricerca, l'assistenza e la formazione nell'ambito della genitorialità e quindi si occupa di queste tematiche anche nell'ambito della PMA.

Una percentuale importante di casi di infertilità non è spiegabile dal punto di vista biologico e medico.

Il trattamento dell'infertilità oggi si focalizza sugli aspetti biologici e sulle nuove tecnologie mediche, mettendo in secondo piano gli aspetti relazionali e affettivi delle persone coinvolte.

Studi recenti analizzano e approfondiscono l'importanza che hanno il corpo e il tatto per la donna in questa esperienza, è infatti nell'aspetto del corpo che emergono significative differenze di genere. Lo psichiatra Datcher Keltner approfondisce i temi della percezione e del tatto collegati ai fattori affettivi: possiamo dunque immaginare il vissuto che rappresenta per la donna l'intervento diagnostico e terapeutico che il suo corpo deve subire.

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. Ne deriva che le rappresentazioni simboliche connesse alla genitorialità subiscono dei cambiamenti significativi nel percorso della PMA; le radici di queste rappresentazioni riguardano proprio gli aspetti biologici.

Impropriamente i termini infertilità e sterilità sono spesso usati come sinonimi: evitando confusioni linguistiche, l'infertilità è l'impossibilità di portare avanti e a termine una gravidanza dopo il concepimento, mentre la sterilità è l'assenza del concepimento dopo 1-2 anni di rapporti non protetti.

Possiamo schematicamente individuare i fattori coinvolti nell'infertilità come biologici, psicologici e sociali.

Per fattori biologici dell'infertilità si intendono gli aspetti *somatici, organici, anatomici e/o funzionali* della sfera riproduttiva, e quindi con

elementi visibili e misurabili, per esempio le alterazioni genetiche, le disfunzioni del ciclo, la stenosi tubarica.

L'area biologica riguarda quindi il corpo fisico e gli squilibri ormonali quantificabili: sono gli aspetti in cui, a volte, è possibile rintracciare *un'origine* e *una conseguenza*. Vediamo nei dettagli quale siano le cause dell'infertilità maschile e femminile:

- 37,1% infertilità femminile;
- 29,3% infertilità maschile;
- 17,6% infertilità maschile e femminile;
- 15% infertilità idiopatica;
- 0,9% altre cause.

Si rileva come spesso l'infertilità sia definita "di coppia": può essere di tipo immunologica, cervicale o idiopatica, secondaria e necessita di un'accurata valutazione clinica.

Affrontare gli aspetti biologici della PMA ci porta a valutare quali siano i cambiamenti tecnologico-scientifici, sociali e culturali che genera questo iter, in sintesi che cosa implica il processo degli ultimi anni della medicalizzazione della riproduzione, dei corpi e delle relazioni.

Lo sviluppo tecnologico e scientifico modifica il rapporto dell'uomo e della donna, il rapporto tra le generazioni: teniamo presente quindi che gli aspetti strettamente biologici sono inseriti nel contesto più ampio della modulazione dei rapporti e dell'appartenenza culturale.

A questo proposito, la ricerca di una gravidanza, negli ultimi anni, avviene quando l'età femminile e maschile sono più avanzate e proprio la variabile dell'età contiene la variazione biologica delle cellule della riproduzione, un cambiamento fisiologico e non patologico che va affrontato in termini diagnostici e terapeutici nella ricerca della gravidanza. Se pensiamo che il picco della fertilità per le donne è tra i 20 e i 26 anni, cominciando poi una fase discendente, e per gli uomini tra i 22 e i 34 anni, vediamo come il cambiamento degli ovuli e degli spermatozoi pur essendo un aspetto prettamente biologico non può essere isolato dai cambiamenti sociali e culturali del mondo occidentale.

Le principali cause di infertilità femminili sono le seguenti:

- 33% fattore tubarico;
- 17% ridotta riserva ovarica;
- 17% endometriosi;
- 15% infertilità endocrina-ovulatoria;
- 15% fattore multiplo femminile;
- 2% poliabortività;
- 1% fattore genetico.

Vediamo l'elenco collegandolo agli elementi sociali e psicologici di cui abbiamo accennato: questo per sottolineare la loro stretta correlazione.

Per fare un esempio concreto dell'aspetto biologico più evidente collegato a fattori psicologici, sociali e culturali, analizziamo il ciclo ovarico: le ricerche dimostrano quanto i cambiamenti del ciclo ovarico siano variabili, reversibili, trattabili farmacologicamente e allo stesso tempo, possano essere vissuti dalla persona come una vera e propria patologia che lo psicologo sia a conoscenza della fisiologia del ciclo ovarico e abbia una formazione medica aiuta a valutare e analizzare la comunicazione della donna nel modo più chiaro.

Per quanto riguarda le cause biologiche dell'infertilità maschile sono le seguenti:

- 30% varicocele;
- 30% infertilità idiopatica;
- 25% infiammazione genitale;
- 8% alterazioni ormonali;
- 8% patologia testicolare;
- 5% iatrogena;
- 5% problemi sessuali;
- 4% malattie sistemiche.

La diagnosi delle cause biologiche dell'infertilità è più frequente di quanto le conoscenze superficiali ci portino a credere. L'infertilità maschile è un ambito di ricerca meno esplorato nonostante sia inserito in un determinato contesto familiare, sociale e culturale: ci basti pensare alle differenti appartenenze religiose che richiedono uno specifico ruolo maschile e influiscono sul vissuto e sulle scelte terapeutiche.

In conclusione a fronte di tutte le cause biologiche alla base dell'infertilità, è importante sottolineare come gli aspetti organici siano in una continua interazione dinamica con la vita affettiva ed emotiva della coppia, con la vita relazionale, sociale e culturale della donna, dell'uomo e della coppia.

In questo contesto è necessario che gli interventi nell'infertilità tengano conto non solo degli aspetti bio-tecnologici, ma considerino la complessità del tema e dunque prevedano l'intervento di diverse figure professionali formate in questo specifico campo.

La PMA mette in primo piano gli aspetti biologici dell'infertilità e della sterilità, ma sottolineo come questo percorso sia soprattutto un'esperienza che coinvolge, a volte stravolge, la vita e il corpo delle persone.

Le priorità medico-tecnologiche per quanto apportatrici di nuove terapie, allontanano dall'esperienza somatica e dall'incontro con l'altro. L'importanza di avere un "figlio biologico" diventa l'obiettivo principale, la realizzazione unica di tutto il percorso sia per la coppia che per il medico. Il

rischio è quindi che gli aspetti biologici vengano isolati dagli aspetti affettivi e del corpo: un isolamento e un allontanamento che è la conseguenza di un vertice di osservazione che sia prettamente medico. Sono le conoscenze mediche e psicologiche che danno allo psicologo una visione integrata mente-corpo che gli consente di essere di accompagnamento e di sostegno alle donne e alle coppie che affrontano questo percorso.

Il ruolo sempre più attivo delle biotecnologie è un fattore complesso in questa esperienza; siamo portati a pensare a volte che il corpo sia soltanto "una macchina" che debba portare alla realizzazione di un bisogno, invece di valutare i nuovi significati che in questa esperienza assumono la maternità e la genitorialità.

Elisa Minutolo[*], Alessia Renzi[**]

[*] *Medico, Ginecologa presso Dipartimento di Medicina della Riproduzione, Altamedica di Artemisia Spa, Roma*
[**]*Psicologa, Phd, Assegnista di ricerca presso Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza*

Dall'iter diagnostico alla scelta del processo terapeutico: una panoramica sul percorso che affronta la coppia con problemi di fertilità

Lo scopo del presente paragrafo è quello di fornire una breve descrizione sia di quello che è *l'iter diagnostico*, ovvero il processo che consente di individuare, quando possibile, la/le cause alla base dei problemi di fertilità, che dei diversi *tipi di trattamento* disponibili al fine di poter far comprendere meglio il carico fisico, emotivo e relazionale al quale sono sottoposte le coppie che *affrontano* le proprie problematiche di fertilità.

Nel momento in cui una coppia si rende conto di non riuscire ad avere figli e vuole scoprirne la causa si sottopone ad un iter diagnostico che prevede alcune indagini di base, ed altre più approfondite, tra le quali le più diffuse sono (Denson, 2006; Istituto Superiore di Sanità: Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, 2015):

- colloquio per raccolta dell'anamnesi personale e familiare della coppia;
- esami clinici prescritti al partner femminile:
- *esame obiettivo ginecologico*;
- *valutazione della riserva ovarica*, ovvero della fertilità residua della donna e quindi del numero degli ovociti ancora disponibili a livello ovarico, attraverso:

1. *dosaggio ormonale* ovvero la concentrazione ematica tra il 2°-3° giorno del ciclo mestruale dell'ormone FSH (ormone follicolo-stimolante) che fornisce informazioni su eventuali problemi legati alla crescita del follicolo ovulatorio. Viene valutata anche la concentrazione ematica anche degli ormoni LH, 17 beta estradiolo e soprattutto AMH, ormone AntiMulleriano, che è considerato ad oggi il più attendibile indice ormonale per il calcolo della riserva ormonale.
2. *conta dei follicoli antrali e calcolo del volume ovarico*: si tratta di una ecografia che deve essere eseguita nei primi giorni del ciclo mestruale (dal 3° al 5° giorno) che permette di valutare quei follicoli che effettivamente risentono della stimolazione da parte dell'ormone FSH.

- *esami sierologici* ovvero esami del sangue volti ad escludere la presenza di malattie infettive come l'HIV, epatite ecc.

- *pap-test* esame citologico che indaga le alterazioni delle cellule e che si effettua per verificare la presenza di un'eventuale displasia iniziale o la presenza di una lesione virale che può portare al tumore del collo dell'utero.
- *Tamponecervicale* volto ad evidenziare eventuali infezioni cervice/vaginali soprattutto da parte dei germi Mycoplasma, Ureaplasma e Chlamidya
- *esame della pelvi della donna*, generalmente si inizia con una ecografia per valutare utero e ovaie mentre per valutare anomalie dell'utero e la pervietà tubarica si procede con altre indagini tra le quali l'isteroscopia (o l'isterosalpingografia, o una ecosonoisterografia) che consente di effettuare un'analisi morfologica dell'utero e delle tube .
- *Ecografia mammaria* o mammografia in base all'età della donna ed alla densità del suo seno.
- *Cariotipo su sangue*, esame che permette una rappresentazione ordinata del corredo cromosomico di un individuo ovvero del numero e dalla morfologia dei suoi cromosomi, molto importante soprattutto nel caso di poliabortività della donna.

➢ Esami clinici prescritti al partner maschile:

- *Visita andrologica*;
- *dosaggi ormonali,* permette di valutare i livelli nel sangue di alcuni ormoni importanti per la fertilità: le gonadotropine, la cui presenza è fondamentale per stimolare il testicolo a produrre gli spermatozoi, (FSHstimola produzione spermatozoi, LH o ormone luteinizzante stimola la produzione di testosterone e la PRL o prolattina che in alte dosi può determinare impotenza e mancanza della libido) e del testosterone, il principale ormone maschile.
- *Spermiocoltura e tampone uretrale*analisi volte ad evidenziare l'eventuale presenza di un'infezione negli organi genitali.
- *spermiogramma*, ovvero l'analisi del liquido seminale, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nello studio della fertilità maschile consentendo di valutare la qualità degli spermatozoi in termini di quantità (concentrazione di spermatozoi in un millilitro di eiaculato), motilità e morfologia. In base al risultato ottenuto da questa analisi il paziente può essere classificato in una delle seguenti categorie (World Health Organization, 2010): normospermico (spermiogramma nella norma), astenozoospermico (riduzione della motilità degli spermatozoi), oligozoospermico (riduzione della concentrazione di spermatozoi), oligoastenospermico (riduzione di concentrazione e motilità degli spermatozoi), oligoastenoteratospermico (alterazione della concentrazione, della motilità e della morfologia degli spermatozoi), criptozoospermico (si riscontra la presenza di spermatozoi nel liquido seminale solo dopo centrifugazione dell'eiaculato), teratozoosperimico (alterazione della

morfologia degli spermatozoi), azoospermico, (assenza di spermatozoi anche dopo centrifugazione).

- *eco-color doppler scrotale e dei vasi spermatici*, tecnica diagnostica principale per lo studio delle strutture vascolari scrotali configurandosi quale tecnica di maggior utilizzo per lo studio del varicocele.
- *analisi genetiche,*Cariotipo, ricerca microdelezioni del cromosoma Y e lo studio del gene associato alla fibrosi cistica.

Questo elenco dei principali esami clinici richiesti a ciascun partner riesce a dare una idea della mole di visite specialistiche, dello stress, e del costo, sia in termini economici, che di tempo che emotivi, legato a tutto l'iter diagnostico.

Quando l'iter diagnostico è concluso, alla coppia vengono illustrate le diverse opzioni di trattamento a disposizione affinché possa scegliere il percorso che preferisce intraprendere.

Secondo quanto riportato dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (serie generale n. 161 del 14.07.2015, pp. 110-117), contenente la versione aggiornata delle linee guida relative alle indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (legge 40/2004), il trattamento della coppia infertile prevede tre principali opzioni:

1. Trattamento medico per ripristinare la fertilità;
2. Trattamento chirurgico per ripristinare la fertilità;
3. Accesso alle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) ovvero a *tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di ovociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza*(Zegers-Hochschild 2009; Farquhar et al., 2015).

L'articolo 4 della legge n. 40/2004 stabilisce che il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione, ed è comunque circoscritto ai casi di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico, nonché ai casi di infertilità inspiegata documentata da atto medico. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base al *principio di gradualità*, ovvero di minore invasività psicofisica degli interventi, e di *consenso informato* (trattamenti possibili, problemi bioetici, rischi-benefici, probabilità di successo, costi delle procedure). Con sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale è consentito anche in Italia il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita di *tipo eterologo*, ovvero quelle che impiegano gameti o maschili, o femminili, o entrambi, donati da soggetti diversi dai componenti della coppia ricevente. Il ricorso alle tecniche di tipo eterologo è legittimo esclusivamente in riferimento al caso in cui sia stata accertata l'esistenza di una problematica irreversibile che rende cioè impossibile la procreazione con altri metodi terapeutici.

Il trattamento dell'infertilità, nell'ambito delle procedure di procreazione medicalmente assistita, prevede una gamma di opzioni terapeutiche con diverso grado di invasività psicofisica sulla coppia. Le tecniche di PMA sulla base della loro complessità e del grado di invasività vengono suddivise in Tecniche di I, II e III livello, delle quali segue una breve illustrazione (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 161; Istituto Superiore di Sanità: Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, 2015).

I trattamenti per la fertilità sono complessi e ogni ciclo di PMA consta di diversi passaggi, se uno di essi non viene eseguito correttamente o non ottiene il risultato atteso, il concepimento potrebbe non verificarsi.

Le Tecniche di I Livello comprendono:

- l'inseminazione intracervicale/sopra-cervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopra-cervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale.

È inoltre possibile l'eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

Le tecniche di I Livello prevedono una procedura che comprende una serie di azioni, in sequenza:

- ciclo spontaneo o con induzione farmacologica dell'ovulazione;
- monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare;
- preparazione del campione seminale
- inseminazione

Le Tecniche di II Livello comprendono una serie di procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda quali:

- prelievo degli ovociti per via vaginale con fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);
- prelievo degli ovociti per via vaginale con iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili per via transvaginale o isteroscopica (GIFT).

È inoltre possibile il prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare) e l'eventuale crioconservazione dei gameti maschili e femminili ed embrioni.

Segue una esposizione più dettagliata delle procedure connesse al percorso di PMA con le due principali tecniche di II livello FIVET e ICSI.

La Fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione (FIVET) è una tecnica in cui la fecondazione avviene all'esterno del corpo femminile e gli embrioni ottenuti, per un massimo di tre, vengono trasferiti

in utero. Tale tecnica si basa su una procedura che prevede una serie di azioni con questa sequenza:

- in ciclo spontaneo o con induzione della crescita follicolare e maturazione di più ovociti mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione;
- controllo della risposta ovarica a tale terapia mediante monitoraggio ecografico e dosaggio di estradiolo, LH e progesterone;
- prelievo degli ovociti per via transvaginale, sotto controllo ecografico, in anestesia locale o sedazione profonda,
- preparazione del campione di liquido seminale;
- scelta degli ovociti;
- unione e coltura extracorporea dei gameti (ovociti e spermatozoi);
- verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;
- trasferimento in utero degli embrioni.

La Microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) è una tecnica in cui la fecondazione avviene all'esterno del corpo femminile nella quale il singolo spermatozoo viene iniettato, grazie ad una micropipetta, direttamente nell'ovocita e l'embrione ottenuto (o gli embrioni per un massimo di tre) viene poi trasferito in utero. Tale tecnica si basa su una procedura che prevede una serie di azioni con questa sequenza:

- in ciclo spontaneo o con induzione della crescita follicolare e maturazione di più ovociti mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione
- controllo della risposta ovarica a tale terapia mediante monitoraggio ecografico e dosaggio di estradiolo, LH e progesterone;
- prelievo degli ovociti per via transvaginale, sotto controllo ecografico, in anestesia locale o sedazione profonda;
- preparazione del campione di liquido seminale;
- decumulazione dell'ovocita ed inseminazione di ovociti mediante tecnica di microiniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo;
- verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;
- trasferimento in utero degli embrioni.

Il Trasferimento intratubarico di gameti (GIFT) si differenzia dalla FIVET e dall'ICSI poiché è una procedura che prevede il trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili per via transvaginale eco-guidata o isteroscopica.

Le Tecniche di III Livello comprendono le procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione quali:

- prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo mediante tecniche quali Aspirazione Percutanea di Spermatozoi per via Testicolare (TESA), Estrazione di Spermatozoi per via Testicolare (TESE e micro-TESE),

Aspirazione Microchirurgica di Spermatozoi dall'Epididimo (MESA), Aspirazione Percutanea di Spermatozoi dall'Epididimo (PESA);

- prelievo degli ovociti per via laparoscopica;
- la GIFT ovvero il trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili qualora avvenga per via laparoscopica.

Tutte le tecniche esposte (I-II-III livello) possono essere applicate in cicli a fresco, in cui cioè vengono utilizzati sia gameti sia embrioni non crioconservati, o in cicli di scongelamento, in cui i gameti o gli embrioni sono crioconservati. I dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita (Istituto Superiore di Sanità, 2015), riportano come la maggior parte dei cicli di PMA sia stato finora a fresco (86,4% nel 2012) mentre negli anni si sta osservando un graduale ma importante aumento delle tecniche da scongelamento (il 20,7% delle tecniche senza donazione di gameti nel 2015 sono state da scongelamento (Istituto Superiore di Sanità, 2017).

Tutte le tecniche possono essere applicate sia su ciclo spontaneo che dopo induzione della crescita follicolare tramite la somministrazione di farmaci ormonali (gonadotropine). Tali farmaci, da assumere per 6-12 giorni nella prima fase del ciclo, sono volti ad indurre l'ovulazione nelle donne che altrimenti non ovulerebbero o a stimolare l'ovulazione multipla, cioè la produzione di più follicoli, in donne che comunque ovulerebbero, per far avere loro maggiori probabilità di gravidanza. La terapia farmacologica provoca molti sintomi tra i quali instabilità vasomotoria, vampate di calore, dolori al seno, affaticamento, aumento di peso, nausea, dolore addominale, insonnia ed oscillazione del tono dell'umore tra depressione ed ansia (Denson, 2006; Reed 2001).

Nello specifico quando si intraprende un percorso di PMA con induzione farmacologica della crescita follicolare il percorso prevedrà i seguenti passaggi (Farquhar et al., 2015; Awonuga et al., 2017):

1. Si inizia con la somministrazione di farmaci per stimolare la crescita multipla dei follicoli ovarici (nei protocolli lunghi, contemporaneamente vengono somministrati altri farmaci per sopprimere il ciclo mestruale naturale ed abbassare l'attività produttiva della ghiandola pituitaria)
2. Dopo l'inizio della stimolazione ovarica è necessario sottoporsi a controlli ad intervalli regolari, generalmente a giorni alterni, per valutare la crescita dei follicoli (attraverso ecografia per valutare numero e diametro dei follicoli e prelievi ematici per controllare i livelli ematici degli ormoni)
3. Quando i follicoli hanno raggiunto una dimensione appropriata (diametro superiore ai 16 mm), il passo successivo consiste nel somministrare un farmaco (gonadotropine corioniche o agonisti delle gonadotropine) che porta alla maturazione finale gli ovociti contenuti nei follicoli.

4. Si procede con il prelievo degli ovociti (di solito con un sonda ultrasuoni transvaginale per guidare il pick-up) e, nelle ore successive, con la raccolta del seme maschile che viene trattato in laboratorio per poi essere utilizzato per la fecondazione (all'interno o all'esterno del corpo della donna).
5. Nel caso di fecondazione in vitro (IVF) una volta avvenuta la fecondazione si procede con la cultura degli embrioni in laboratorio.
6. Gli embrioni correttamente sviluppatisi vengono successivamente posizionati nell'utero. Questioni molto importanti in questa fase riguardano: la preparazione dell'endometrio, la tempistica migliore per il trasferimento degli embrioni, il numero di embrioni da trasferire, quale tipo di catetere da usare, l'eventuale uso di guida ad ultrasuoni, l'eventuale necessità di riposo a letto ecc.
7. Successivamente si sostiene la fase luteale attraverso la somministrazione di progesterone, con lo scopo di favorire l'attecchimento dell'embrione e preparare l'utero all'eventuale gravidanza.
8. Dopo circa 10-14 giorni dal transfer dell'embrione o dalla fecondazione mediante IUI si procede con l'esame delle Beta-hCG per poi procedere, in caso di esito positivo, ad una ecografia di conferma della gravidanza.

Le tecniche di PMA più diffuse e conosciute sono la FIVET e l'ICSI. Quest'ultima diventa una scelta di elezione nei casi di infertilità maschile grave e di difficoltà di fecondazione dell'ovocita dovute ad una eccessiva "barriera" esterna che non consente la penetrazione dello spermatozoo aumentando le possibilità di fecondazione rispetto alla FIVET.

Le procedure di PMA, pur nelle differenze specifiche, raggiungono dei livelli di successo che per le tecniche di II e III livello con cicli a fresco si aggira intorno al 20% di gravidanze (stime basate sui dati del registro di cicli di PMA del 2015, Istituto Superiore di Sanità: Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, 2017). L'American Society for Reproductive Medicine sostiene che tale percentuale non si discosti molto dal tasso di fecondità normale della nostra specie, che è piuttosto bassa: si stima ad esempio che la percentuale di fecondità (possibilità di restare incinta per ciclo mestruale) è intorno al 20-25% nelle donne di 30 anni, mentre si aggira intorno al 5,0% nelle donne di 40 anni.

La causa di percentuali di successo così ridotte sono perlopiù da addebitare alla grande prevalenza di alterazioni genetiche e cromosomiche presenti negli embrioni umani (sia di quelli prodotti in vitro che di quelli prodotti in vivo).

Tali aneuploidie si riscontrano tanto più frequentemente quanto più avanzata è l'età della donna ed maggiori i difetti genetici dunque dei suoi ovociti.

Questa è la ragione per la quale una adeguata azione di informazione, sensibilizzazione e prevenzione andrebbe fatta su tutte quelle donne in età fertile che, ignorando gli effetti deleteri che l'avanzare dell'età sulla propria fertilità, scelgono di procrastinare la ricerca di una gravidanza.

Un metodo dunque utile all'incremento delle percentuali di successo delle tecniche di II e III livello è certamente la diagnosi preimpianto dell'embrione in cui ciascun embrione viene sottoposto ad una biopsia in terza o, meglio, in quinta giornata, per la ricerca di anomalie cromosomiche (PGS) e genetiche (PGD). Questa tecnica consente di discriminare gli embrioni sani (che hanno elevate probabilità di attecchimento) da quelli patologici (basse probabilità di attecchimento ed elevate probabilità di aborto spontaneo). Tale tecnica non consente ovviamente di "curare" gli embrioni malati però permette di effettuare una selezione embrionaria garantendo una probabilità di successo notevolmente più elevata attraverso il trasferimento dei soli embrioni sani (se presenti) evitando il transfer di embrioni malati causa della maggior parte dei fallimenti. (Weissman et al, 2017)

Bibliografia

Awonuga, A.O., Wheeler, K., Thakur, M., Jeelani, R., Diamond, M.P., & Puscheck E.P. (2017). The value of delaying hCG administration to enable maturation of medium-sized follicles in patients undergoing superovulation for IVF/ICSI. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, E-pub 20 September 2017. DOI 10.1007/s10815-017-1056-6.

Denson, V. (2006). Diagnosis and Management of Infertility. *The Journal for Nurse Practitioners, 2:* 380-386. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2006.03.019

Farquhar, C., Rishworth, J.R., Brown, J., Nelen, W.L.D.M., &Marjoribanks J. (2015). Assisted reproductive technology: an overview of Cochrane Reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010537.pub4.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita*. Seriegenerale n. 161 del 14.07.2015, pp. 110-117.

Reed, S.A. (2001). Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine, 166*, 1018-1022.

Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità (2015). Retrived from http://www.iss.it/binary/rpma/cont/La_PMA_da_pubblicare2012_ultimo30_03_2015.pdf

Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità (2017)

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. &Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, *92*: 1520-1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009

Weissman A, Shoham G, Shoham Z, Fishel S, Leong M, Yaron Y. (2017) Preimplantation genetic screening: results of a worldwide web-based survey. *Reprod.Biomed. Online 2017 Sep 21.*

World Health Organization (2010). *Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen*- Fifth Edition. Retrived from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44261/3/9789241547789_ita.pdf

Loredana Masi

Medico, Ginecologa, Coordinatrice Consultori Asl Roma 5

Formazione, informazione e comunicazione nella PMA

Questa relazione trae spunto da due indagini CENSIS 2008 e 2016 relative ai bisogni informativi delle coppie infertili.

Le prime osservazioni di questi dati ci permettono di dire qualcosa sui tempi:

Mentre il tempo di accesso alle prime cure è aumentato, il tempo che intercorre tra il primo contatto con il Medico e il centro di PMA è abbastanza diminuito dal 2008.

Questo è un tempo molto importante perché è quello durante il quale si acquisiscono la maggior parte delle informazioni.

Le fonti di informazione utilizzate sono percentualmente indicate nella tabella che segue:

Tab. 3 - Fonte dalla quale le coppie hanno saputo delle possibilità di ricorrere alle tecniche di PMA, per livello di istruzione *(val.%)*

	Basso	Medio	Alto	Totale
Dal ginecologo	73,9	61,3	61,1	61,9
Da familiari, amici o colleghi che hanno vissuto lo stesso problema	13,1	18,7	17,7	18,2
Su Internet	0,0	5,0	6,3	5,3
Dal medico di medicina generale	8,7	5,0	4,0	4,7
Dall' andrologo o urologo	4,3	5,6	3,4	4,4
Da un altro medico specialista	0,0	1,3	0,6	0,8
Leggendo un libro, una rivista	0,0	0,0	0,6	0,3
Altro	0,0	3,1	6,3	4,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2016

Il ginecologo di fiducia risulta essere quello più consultato mentre l'accesso ad internet sembra essere ritenuto più importante per l'adesione a blog e forum piuttosto che per l'informazione che dà.

Da quest'altra tabella possiamo vedere come il criterio di scelta rispetto ad affluire in un centro per il trattamento Pma è sicuramenteconnesso alla qualità degli interventi ed ai risultati, ma importante è anche il consiglio del medico Curante e il sistema del "passa parola".

	Pubblico	Privato	Privato Convenzionato	Totale 2016
Perché è un Centro con una buona fama, abbiamo sentito dire che fornisce ottimi risultati	29,0	45,2	44,0	38,6
E' il Centro più vicino a casa	31,2	9,5	13,2	18,9
Perché ce lo ha consigliato il nostro medico curante	20,3	15,9	18,7	18,3
Perché ce ne hanno parlato altre coppie che sono state in cura qui	8,7	14,3	19,8	13,5
Perché il nostro medico curante lavora qui	13,0	11,9	8,8	11,5
Perché ha la tecnologia più adeguata per rispondere alle nostre esigenze	6,5	16,7	11,0	11,3
Perché ne abbiamo sentito parlare su Internet	1,4	6,3	2,2	3,4
Perché economicamente era il più conveniente	0,7	0,0	2,2	0,8
Altro	2,2	3,2	3,3	2,8

Molto interessante è che il livello di soddisfazione delle coppie, pur essendo nella complessità del trattamento molto elevato, è invece basso per quanto attiene gli aspetti comunicativi- relazionali (44%), la mancanza di un punto di riferimento unico (42%) e viene sottolineata la mancanza di un sostegno psicologico dal 15% degli utenti.

Una indagine dell'ISS del 2008 ha rilevato gli stati d'animo più frequenti tra questi Utenti:

- Solitudine e stigmatizzazione
- Difficoltà a conciliare terapia e lavoro
- Pensiero costante
- Medicalizzazione di aspetti intimi e personale e percezione di diversità dalle altre coppie
- Idee poco chiare su come si agirà in caso di insuccesso
- La possibilità di **adozione** viene interpretata talora come sostituzione della gravidanza mancata

Si aspettano di avere informazioni complete sull'infertilità sulle cause in primis,sulle conseguenze e sintomi. Interessano informazioni sui centri dedicati, circa la qualità del Personale e delle tecniche utilizzate,le caratteristiche dei trattamenti (possibili interventi, tempi e costi previsti, rischi eventuali, percentuali di successo) ma ritengono molto importante anche sapere quando ha senso riprovare e desiderano una informazione empatica su «quando dire basta».

Chiedono in maniera decisa che Il supporto psicologico non dovrebbe terminare alla nascita del bambino.

Gli Utenti sottolineano che la comunicazione dovrebbe basarsi su:

- Accoglienza
- Ascolto
- Empatia

Fondamentale è per loro la necessità di chiarezza, semplicità e precisione nell'esplicitare le diagnosi augurandosi che venga dato loro tempo per comprendere e poter fare domande;

le risposte debbono essere personalizzate e accessibili con molta attenzione alla privacy al fine di costruire un rapporto di fiducia.

L' ISS sottolinea che le coppie desiderano informazioni libere da conflitto di interesse, soprattutto dai centri privati, o libere da eventuali credo degli Operatori, soprattutto dai centri pubblici.

Per valutare come è la risposta attuale degli Operati a queste esigenze è stato analizzato un report condotto del Nike Medical Center di Roma,in collaborazione con l'Università La Sapienza, Roma Tre l'Università di Sassari e il Centro U.M.R. di Catania, presentata al Ministero della Salute nel 2016.

Lo studio è stato condotto su un campione di 146 Operatori Sanitari e 136 studenti delle facoltà di Psicologia, Scienze Politiche e scuola di Estetiste.Sono sati somministrati dei questionari riguardanti sia la conoscenza personale del problema dell'infertilità, sia il tipo di formazione acquisita durante il corso di studi.

Le conclusioni sono state che nel percorso formativo degli operatori sanitari non è dato rilievo e la dovuta attenzione alla medicina della riproduzione.

Gli operatori hanno erronee convinzioni su l'infertilità e l'età, sulla PMA e la crioconservazione.

Non c'è inoltre univoco approccio alle problematiche e al trattamento dell'infertilità con le sue patologie associate.

Per quanto attiene gli studenti intervistati si rileva un atteggiamento positivo verso la maternità ma il progetto di maternità viene post-posto di circa 10 anni.

Ci sono ancora molti miti e preconcetti,vi è confusione tra prevenzione e contraccezione e la PMA non è ancora sufficientemente conosciuta e/o vi è ancora scarsa fiducia su queste tecniche.

Sia tra gli operatori sanitari cosi come tra la gente comune c'è contraddittorietà fra le conoscenze e le pratiche individuali.

Le informazioni che l'utente finale percepisce sono confuse e contraddittorie e ciò influisce negativamente sulle possibilità di scelte delle donne.

Per poter migliorare il grado di formazione degli Operatori e l'informazione nella popolazione generale è necessario intervenire su:

- Consultori familiari
- Media
- Scuole
- Società scientifiche

Ricordiamo che Il consultorio è per legge, il luogo deputato a fornire informazioni sulla salute sessuale e i rischi di infertilità, si occupa di prevenzione e salute sessuale degli adolescenti, attua prevenzione nell'ambito del percorso nascita e successivamente nel sostegno alla genitorialità.

Dovrebbe essere un importante punto di riferimento per le coppie che cercano un bambino ma ad oggi l'attività non è omogenea nel territorio e dovrebbe esserci maggiore attenzione alla prevenzione maschile.

Anche negli Spazi adolescenti la preparazione specifica del personale rispetto a questo argomento è carente.

Nelle scuole,come indicato nella legge 40/2004,art.2, il Ministero della Salute in accordo con Ministero dell'Istruzione dovrebbe promuovere campagne di informazione e di prevenzione.

Un esempio è "Unplugged guadagnare salute" programma di formazione rivolto a operatori, professori e ragazzi per promuovere stili di vita salutari tra gli adolescenti e acquisire competenze di vita «life skills».

Dai Media le coppie si auspicano che trattino l'argomento ma non si aspettano informazioni dettagliate;

Del web sono ritenuti molto interessanti soprattutto i blog e i forum per poter confrontare le proprie esperienze e condividere sensazioni.

Sono molto apprezzati i «contenitori web governativi» come Ministero Salute e ISS perché ritenuti portatori di informazioni di qualità.

La comunicazione istituzionale è spesso fraintesa come è accaduto con il FerilityDay nel 2016.

Sono molte le società scientifiche che si occupano di infertilità:

S.I.G.O, AGITE, AGICO, SIPPO, AGUI, SIR, CECOS, SIER sono alcune di queste.

S.I.R.U. (Società Italiana Riproduzione Umana) è società di recente nascita che vede riuniti tutti gli Operatori del settore inclusi i Consultori finalizzata alla realizzazione effettiva di una rete territoriale.

Sarebbe auspicabile una maggiore collaborazione tra tutte le società scientifiche anche finalizzata a partecipazione ad eventi istituzionali e a giornate nazionali (Giornata salute donna Ministero Salute)

Esiste inoltre la necessità di reale applicazione delle linee guida esplicitata anche nel lg Gelli del 2017.

- *Necessità di creare una cultura e un **«sistema territoriale»** della PMA nella nostra Sanità*
- ***Formazione** specifica e capillare degli Operatori*
- *Necessità di **regolare e definire ruoli**. Occorre una integrazione ed una corretta comunicazione tra Operatori Sanitari, centri specifici (oncologici,per endometriosi), ed anche un corretto rapporto tra Psicologi e Personale dei centri dedicati.*
- *Implementazione dell'**informazione** e della cultura della **prevenzione** tra i giovani*

Nadia Monacelli*, Valentina Tarricone, Sabina Zapponi***, Lorenzo Barusi******

**Università di Parma, Psichologa Sociale, Dipartimento di Economia,*
***Ausl di Parma, Ospedale di Vaio, Psicologa e Psicoterapeuta*
****Ausl di Parma, Spazio Giovani, PhDin Psicologia, Psicologa e Psicoterapeuta*
*****Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*

Lo sguardo dei professionisti della salute sulla PMA

Introduzione

La qualità della relazione tra medico e paziente è ormai riconosciuta come uno dei fattori che determinano l'esito del trattamento e, più in generale, il benessere del paziente (Kelley et al., 2014; Hall et al, 2010). Un operatore, infatti, non si limita a esercitare la propria competenza tecnica nei confronti di un utente. Egli, nell'interagire con il paziente, contribuisce alla costruzione di realtà interpersonali e sociali che possono influenzare la qualità della cura (Fruggeri, 1997/2007; Solano, 2013, 2015). In questa prospettiva, l'esito della prestazione sanitaria è strettamente connesso all'attribuzione di significato che emerge dal processo interattivo tra utenti e servizi. La comprensione dei significati e delle rappresentazioni, spesso implicite, che guidano l'azione dei professionisti diventa, così, essenziale alla progettazione e alla valutazione dei programmi sanitari per l'infertilità di coppia.

Nell'ambito delle PMA esiste una ricca letteratura che indaga i vissuti (Tallandini, Morsan, 2008; Loftius, Andrius, 2012; Teskereci, Oncel, 2013), le conseguenze e i rischi delle donne e delle coppie (Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Burnett, 2009; Wilkes, et al., 2009; Ramos, et al., 2012; Peterson, et al., 2014) che intraprendono questo tipo di percorso, ma poco si sa delle rappresentazioni che i medici e più in generale gli operatori hanno dei loro pazienti e delle pratiche stesse. Fra i pochi studi disponibili, Stern et al. (2002), negli USA, indagano le opinioni circa i limiti imposti all'accesso alle tecniche PMA in un campione di direttori di cliniche specializzate in trattamenti per l'infertilità. La maggior parte di questi direttori ritiene che i criteri di ammissibilità dei pazienti e le procedure PMA messe in opera nelle strutture nelle quali essi esercitano siano in generale adeguate e funzionali. Ritengono che la maternità surrogata dovrebbe essere consentita in particolari condizioni e non escludono la possibilità di rendere ammissibile la clonazione umane. Tuttavia essi esprimono la necessità di porre dei limiti all'età del partner maschile. Malin (2003) studia invece il modo in cui i medici PMA finlandesi costruiscono l'ordine simbolico attraverso il quale definiscono il grado di appropriatezza dei loro pazienti ad affrontare i trattamenti. Indipendentemente dalle

circostanze e dalla diagnosi, emerge un ritratto di paziente ideale che raffigura una donna, di carattere mite, poco più che trentenne, con un problema di infertilità clinicamente definito. Questa donna vive una relazione eterosessuale stabile in cui la coppia non è eccessivamente proiettata al successo professionale e di carriera. Questa paziente ideale proviene da una classe sociale media o medio-bassa alla quale si attribuisce unospirito di sacrificio per il quale sarebbe disposta a rinunciare a "tutto quello che ha" pur di avere un figlio. Infine, la ricerca proposta da Wilkes et al. (2007) offre una prospettiva innovativa poiché si rivolge ai Medici di Medicina Generale (MMG) ed esplora le loro percezioni e i loro atteggiamenti nella gestione iniziale delle coppie infertili. I risultati indicano che gli atteggiamenti dei medici si distinguono in base al grado di responsabilità che ritengono di doversi assumere sul tema specifico e a quanto ritengano adeguate leconoscenze che possiedono sull'argomento.

Per quanto limitati nel numero ed eterogenei rispetto ai professionisti coinvolti, da queste ricerche si delineano sistemi di significati e di valori attraverso i quali i professionisti definiscono sia il proprio agire professionale sia l'adeguatezza dei pazienti.

Fra i sistemi valoriali e sociali che connotano la relazione medico-paziente, il genere riveste, con ogni evidenza, una posizione preponderante. Benché non ci siano, in letteratura, studi specifici nell'ambito PMA, gli effetti del generesono stati ampiamente studiati. In generale, il genere del medico e quello del paziente non sembrano avere effetti sostanziali sui giudizi di qualità della cura in senso strettamente biomedico (Alda et al.,1999; Schmittdiel et al., 2000). Si riscontrano invece differenze sul piano della comunicazione medico-paziente. I medici femminili sembrano impegnarsi maggiormente in comunicazioni "centrate" sul paziente (Rotter et al.,2002), le stesse dottoresse sono maggiormente criticate dei loro colleghi maschi quando propongono uno stile comunicativo neutro e impersonale e questa critica è più severa da parte dei pazienti donne (Mazzi et al., 2014; Schmittdiel et al., 2000; Rathnakar et al., 2013).

Obiettivi

La ricerca si propone di ricostruire gli universi di significati attraverso i quali gli operatori PMA e MMG danno senso alla loro esperienza professionale nell'ambito specifico della PMA.

In particolare, la ricerca era volta a indagare:

- i vissuti dei professionisti della salute ricostruendo, attraverso le loro narrazioni, i significati con i quali essi danno senso alla loro esperienza professionale
- i significati e le costruzioni di senso nella loro dimensione sia individuale che collettiva

➢ se e in che misura il ruolo professionale (operatori di strutture specializzate e MMG) e l'appartenenza di genere partecipano alla costruzione di universi di significati specifici

Metodo

Partecipanti[26]

Sono stati intervistati 20 operatori(10 uomini e 10 donne) del Servizio Sanitario Nazionale che operano in due centri del Nord Italia (Emilia Romagna):

- 6 Operatori (1 urologo, 1 ostetrica, 4 medici ginecologi) afferenti ad un Centro Incapacità Riproduttiva di III livello (2 donne, 4 uomini).
- 6 Operatori (1 urologo, 1 biologo, 4 medici ginecologi) afferenti ad un Ambulatorio Diagnosi e Terapia dell'Infertilità di I livello (4 donne, 2 uomini).
- 8 Medici di medicina generale –MMG- (4 uomini, 4 donne) che operano nello stesso territorio dei centri coinvolti e rappresentano quindi la prima porta di accesso ai percorsi di procreazione assistita.

Intervista e setting

Poiché lo scopo principale della ricerca consisteva nell'indagare i significati e le costruzioni di senso nelle loro dimensioni sia individuale che collettiva ci si è avvalsi dell'approccio teorico e metodologico dell'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith, 1996; Smith, Osborn, 2003). In questa prospettiva, l'oggetto di studio non è il fenomeno in sé, ma l'esperienza che le persone hanno di questo fenomeno. La comprensione di questa esperienza non può pertanto basarsi che sui concetti e sui sistemi di pensiero propri alle persone stesse. Non si tratta quindi di proporre uno studio rappresentativo, ma di fare emergere nel dettaglio le percezioni e le comprensioni di un particolare gruppo di persone in merito ad una tematica specifica.

L'intervista, tematica e strutturata in uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione (Smith, 2008), era tesa a sollecitare racconti attinenti le macro-aree tematiche relative agli interrogativi che hanno guidato la ricerca. La trama ideale dell'intervista partiva dalla richiesta di autopresentazione professionale e si sviluppava attraverso i racconti delle esperienze professionali e personali.

Le interviste, condotte individualmente previo appuntamento, si sono svolte negli studi dei partecipanti durante l'orario lavorativo.

Analisi

---

[26]Chiamiamo in modo generico "operatori" il personale specializzato nell'ambito PMA (ginecologi, urologi e ostetriche) che esercita nei due Centri Ospedalieri coinvolti nella ricerca. Parleremo invece di "professionisti" quando ci riferiamo sia agli operatori che ai MMG.

L'IPA è un approccio ampiamente applicato alla ricerca nel campo della psicologia della salute (vedi Brocki&Wearden, 2006 per una revisione).

Il processo analitico si sviluppa a partire dalle marco-aree determinate dai temi sollecitati attraverso le domande dell'intervista e prosegue in tre successive livelli di analisi:

a) Individuare i *Temi Comuni (TC)*: questi temi identificano i diversi livelli di risposte proposti dagli intervistati in merito a una determinata macro-area. In questa prima fase di analisi, la domanda euristica che guida la lettura delle trascrizioni è "*di cosa mi sta parlando il mio interlocutore*?". Facciamo un esempio. Il tema della legge è introdotto dall'intervistatore, ma ogni partecipante può dire della legge quello che vuole, e dirlo in qualsiasi momento dell'intervista. Si tratta quindi di identificare tutte le parti narrative che evocano la legge (macro-area) e quindi di individuare il "cosa" stanno dicendo di questa legge. L'organizzazione e l'identificazione del "cosa" definiscono i *Temi comuni*. Nel nostro caso (tab.1), quando parlano della legge, i partecipanti parlano della "sua necessità" (tema comune 1.1) e del suo essere "troppo restrittiva" (tema comune 1.2).

b) Individuare *Eventi Salienti:* una volta raggiunto l'accordo sulla definizione dei temi comunisi è proceduto all'individuazione degli eventi salienti a loro subordinati (Bourrel, 2008; Pachoud, 2005). Gli eventi, in una prospettiva fenomenologica, si configurano come elementi concettuali fondanti e peculiari dell'esperienza del narratore. A questo livello di analisi, circoscritto per ognitema comune, la lettura è guidata dalla domanda euristica "*come ne sta parlando il mio interlocutore*?". L'analisi rimane pertanto aderente alla descrizione individuale dei fatti evocati, all'"evidenza esperienziale" attraverso la quale i partecipanti danno significato alla narrazione. Tornando al nostro esempio, ogni partecipante argomenta la "necessità della legge" secondo la propria esperienza (eventi salienti); per qualcuno è una questione sanitaria, per altri una questione professionale, ecc. In altri termini, tutti ritengono che la legge fosse necessaria (tema comune), ma ognuno ha le sue buone ragioni per ritenerla necessaria (evento saliente). Il tema comune costituisce così il piano collettivo dell'esperienza e l'evento saliente quello individuale.

c) Delineare i *Significati Emergenti*: in quest'ultima fase, l'analisi delle possibili connessioni tra le narrazioni degli eventi salienti permette di individuare modalità ricorrenti di attribuzione di senso alle esperienze descritte.

Risultati

L'insieme delle 5 macro aree considerate ai fini dell'anali e i temi comuni a loro corrispondenti sono presentati nella tabella 1.

Ogni tema comune sarà poi descritto a partire dagli eventi salienti che lo contraddistinguono.

1. Macro-area: Valutazione della normativa

Nell'insieme, i racconti proposti dagli operatori in merito alla normativa vigente (tab.2) si strutturano attorno a due TC, indipendentemente dal genere e dal ruolo professionale. Tutti gli operatori,infatti, parlando della normativa, evocano quanto fosse necessaria l'emanazione di una legge che regolasse l'esercizio delle pratiche PMA (*A.1: Legge necessaria*) e igravi limiti che però il testo promulgato comporta (*A.2: Limiti della norma*).

Gli eventi salienti che strutturano il TC **Legge necessaria (1.1)** fanno riferimento alle necessità di fissare dei parametri igienico-sanitarie entro i quali potere svolgere le pratiche, alla necessità di regolamentare la correttezza etica e professionale degli operatori e al dovere di garantire la qualifica professionale del personale.

Tuttavia, dagli eventi salienti che costituiscono il TC **Limiti della norma (1.2)** emerge la convinzione, fortemente condivisa dagli stessi operatori, che gli aspetti troppo restrittivi imposti dalla normativa originaria compromettano sotto diversi aspetti i percorsi PMA. Secondo loro, le restrizioni imposte, intervenendo sulle procedure stesse (per esempio numero di embrioni), compromettono le possibilità di successo degli interventi e quindi, allo stesso tempo diventano lesive della salute della donna (dal rischio di sottoporsi a cicli ripetuti, al divieto della diagnosi pre-impianto). Inoltre, sempre secondo gli operatori, questi vincoli posti a priori sulle modalità di esecuzione delle pratiche minanoanche la competenza professionale del medico e la sua autonomia nel potere valutare cosa sia meglio per ogni paziente.

Tabella 1. Presentazione complessiva delle macro-aree considerate e dei loro temi comuni

LE MACRO AREE	***I TEMI COMUNI***
1.Valutazione della normativa	**1.1. Legge necessaria** **1.2. I limiti della norma**
2. Significati personali	**2.1.Significati attribuiti alla PMA** **2.2. Implicazioni personali**
3. Chi sono i pazienti?	**3.1. La coppia** **3.2. La paziente donna** **3.3. Il paziente uomo**

4. Criticità del percorso	**4.1. Un percorso a ostacoli** **4.2. Gestione delle emozioni**
5. Le aspettative dei pazienti	**5.1. Missione salvifica** **5.2. Posizione periferica**

Tabella 2. Macro-area 1: Valutazione della normativa

Temi comuni	
1.1: Legge necessaria	**1.2:Limiti della norma**
Eventi salienti	
• **Condizioni igienico-sanitarie** • **correttezza etico-professionale** • **garanzia qualifica professionale**	• **possibilità di successo** • **salute della donna** • **competenza e autonomia professionale**

2. Macro-area: Significati e Implicazioni personali

Di che cosa parlano gli operatori quando sono chiamati a commentare lepratiche PMA (tab.3)? A quali universi di significati si riferiscono? Sarebbero disposti a sottoporsi in prima persona ai trattamenti? I TC che strutturano le narrazioni sono due: **Significato attribuito alle PMA (2.1) e Implicazione personale (2.2)**.

Le definizioni delle PMA **(2.1: Significati attribuiti**) proposte dagli intervistati ruotano attorno a tre principali Eventi salienti: PMA come scienza, PMA come opportunità di aiuto e PMA come forzatura.L'espressione privilegiata di questi significati appare profondamente ancorata al grado di implicazione psicosociale dei partecipanti stessi: operatori uomini vs operatrici donne, e operatori vs MMG.

Gli operatori uomini evocano in modo preferenziale il mondo della scienza e della professione. Essi vedono nelle tecniche PMA un'occasione di

sviluppo delle conoscenze e delle tecniche relative alla medicina ostetrica. Le PMA sono concepite come una grande conquista scientifica e tecnica che i medici possono sperimentare nella loro attività professionale. Le operatrici donne privilegiano invece una visione delle tecniche come un importante strumento di aiuto alle coppie nel rispondere al loro bisogno "primario" di avere figli. Emerge dal discorso delle operatrici la gratificazione che deriva dal potere di "donare" un figlio grazie alla loro specifica competenza. Diversamente da quanto emerso finora, i significati proposti dai MMG non sembrano ancorarsi alla dimensione di genere. Per alcuni di questi, e alla stregua dei colleghi operatori, i significati ruotano attorno al tema dell'aiuto. Sembra però dominare una rappresentazione delle PMA come una "forzatura". Le PMA sono qui rappresentate come una sfida non sempre giustificabile all'ordine naturale/divino delle cose.

Gli eventi salienti che qualificano il TC **Implicazione personale (2.2),** sono strettamente distinti in base al genere. La possibilità di ricorrere alle tecniche PMA è espressa essenzialmente dai professionisti uomini. Essi dichiarano che sarebbero (sarebbero stati) disposti, previo accordo con la loro partner, ad intraprendere un tale percorso, seppure con la preoccupazione di imporsi dei limiti rispetto sia al numero dei tentativi sia a quello del "livello" di intervento. Al contrario, le loro colleghe escludono in modo piuttosto categorico di potersi sottoporre personalmente alle stesse. La percezione della fatica a livello fisico, l'invasività delle tecniche, la fatica psicologica e il timore di compromettere il rapporto di coppia portano queste donne a respingere in modo piuttosto risoluto la possibilità di coinvolgersi in un tale percorso.

Tabella 3. Macro-area 2: Significati e Implicazioni personali

Temi comuni	
2.1: Significato attribuito alle PMA	**2.2: Implicazionepersonale**
Eventi salienti	
• PMA come scienza (uomini) • PMA come opportunità di aiuto (donne) • PMA come forzatura (MMG)	• sì, io (uomo) lo faccio • no, io (donna) non lo faccio

3. Macro-area: Chi sono i pazienti

La macro-areo ***Chi sono i pazienti*** si struttura in tre TC (tab.4). Nel descrivere la loro utenza, operatori e MMG evocano ***la coppia* (3.1)** oppure ***l'utente donna* (3.2)** e queste descrizioni sono,anche in questo

caso,ancorate al genere degli intervistati. Per tutti i professionisti, invece, ***l'utente uomo*** (3.3) non può essere considerato un paziente a pieno titolo, ma piuttosto un attore non protagonista del percorso PMA.

Il TC "**La coppia"(3.1)** è proposto dai professionisti uomini che tendono a descrivere la loro utenza prioritariamente come coppia. Gli eventi salienti che connotano queste coppie si situano a livelli narrativi diversi: da una parte, riguardano lo *stile di vita contemporaneo delle coppie*,dall'altra questi significati sono associati a un *atteggiamento empatico* da parte dei professionisti nei confronti delle coppie stesse.Secondo i professionisti, nello *stile di vita contemporaneo* delle coppie, la procreazione non costituisce la priorità dell'età adulta. La necessità di realizzazione personale e professionale spostano in avanti il tempo della procreazione, rischiando così di entrare in conflitto con i tempi imposti dal cosiddetto "orologio biologico" delle donne. Di queste coppie"schiacciate dai tempi", i professionisti uomini colgono soprattutto gli aspetti di sofferenza: frustrate dai tentativi falliti, affaticate dai percorsi, tendenzialmente ansiose e in difficoltà relazionale. Domina in queste narrazioni un atteggiamento tendenzialmente compassionevole da parte dei professionisti.

Il ritratto dell'utenza proposto dalle professioniste donneappare sensibilmente diverso. Il TC proposto è centrato sulla **paziente donna (3.2).** Benché facciano riferimentoallo stile di vita contemporaneo, esse, a differenza dei loro colleghi uomini, focalizzano il discorso unicamente sulle scelte di vita effettuate dalle donne (*stile di vita contemporaneo delle donne*). Il fatto di procrastinare la maternità, di assolvere altri compiti non è più considerato una problematica sociale che coinvolge la coppia, ma l'esito di scelte precise compiute della donna. Emerge un robusto atteggiamento giudicante per il quale le professioniste non esistano ad attribuire una decisa e diretta responsabilità alle loro pazienti (*atteggiamento giudicante*). Queste sono, secondo loro, donne che hanno scelto di privilegiare la realizzazione personale e professionale a scapito della maternità e che si illudono di potere ottenere quello che vogliono a prescindere dalle loro scelte.

Dell'**utente uomo (3.3)**, che costituisce il terzo TC, si delineaun ritratto apparentemente sfumato, posto in secondo piano. La posizione "tecnicamente" marginale dell'uomo nell'applicazione dei trattamenti giustifica, agli occhi dei professionisti, la sua presenza discontinua al fianco della donna. Il tema si struttura in due eventi salienti, condivisi da tutti i partecipanti: *uomo in difficoltà* e *uomo da proteggere*.

Traspaiono una certa comprensione e indulgenza nei confronti delle difficoltà che gli uomini sono chiamati ad affrontarenella loro seppur sporadica partecipazione al percorso. Emerge un ritratto di uomo periferico, imbarazzato e tendenzialmente trascinato, suo malgrado, in questo percorso dalla volontà della partner.

La preoccupazione di proteggere l'utente uomo emerge in particolare quando i professionisti, uomini e donne, si trovano a dovere comunicare una diagnosi di infertilità maschile. In questo caso, essi si sentono in dovere di salvaguardare la "sensibilità" dell'uomo, mentre tale preoccupazione non emerge quando la diagnosi è rivolta alla donna.

Tabella 4. Macro-area 3: Chi sono i pazienti

Temi comuni		
3.1: La coppia (Uomini)	**3.2: L'utente donna (Donne)**	**3.3: L'utente uomo (Tutti)**
Eventi salienti		
• **stile di vita contemporaneo della coppia** • **atteggiamento empatico dell'operatore**	• **stile di vita contemporaneo della donna** • **atteggiamento giudicante**	• **uomo in difficoltà** • **uomo da proteggere**

4: Macro-area: Criticità del percorso

In generale, i percorsi PMA sono descritti dai professionisti come difficili e particolarmente faticosi per gli utenti. I TCattorno ai quali si sviluppano queste narrazioni sono (tab.5): ***Pma come un percorso a ostacoli*** (4.1) e **G*estione emotiva lungo il percorso*** (4.2).

Gli eventi salienti che strutturano il TC **"percorso a ostacoli" (4.1),** scandiscono le tappe critiche del processo e si possono declinare su un'immaginaria linea del tempo. La prima delle difficoltà percepite dai professionistiriguarda *la decisionedi rivolgersi al Centro*, vale a dire arrivare, magari dopo lunghi tentativi all'accettazione che ci sia "un problema nella possibilità di avere un figlio. La seconda criticità coincide con la comprensione di quelli che saranno le modalità dei trattamenti e i tempi necessari alla loroesecuzione (prospettiva temporale). Superata la difficoltà del rivolgersi al centro, le coppie devono poi rassegnarsi all'idea di essere solo giunti all'inizio di quello che è descritto dagli stessi professionisti come un cammino lungo, irto di ostacoli e senza garanzie di successo.Nel comunicare la diagnosi di infertilità i professionisti si descrivono come giudici che emettono una specie di verdetto più o meno infausto. È un momento temuto dagli stessi professionisti poiché essi hanno l'idea che la vita della coppia sarà inesorabilmente modificata da questa "sentenza"*(Il destino della coppia)*.

Un'ulteriore criticità del percorso è individuata dai professionisti nella fatica richiesta alle coppie per il superamento di tutte le tappe previste dai trattamenti. Essi sono consapevoli del fatto che ognuna di queste contiene in sé la probabilità di dovere tornare sulla "casella di partenza", rischiando di vanificare di fatto le fatiche intraprese fino a quel momento*(prove di resistenza)*.

Infine, quando il percorso non si conclude con la gravidanza desiderata, i professionisti mettono in risalto la sofferenza che comporta la scelta di abbandonare definitivamente il percorso, ridefinendo il progetto di genitorialità(*strategie di uscita*).

Il secondo TC **"Gestione emotiva lungo il percorso"** (4.2) riguarda la difficoltà che le coppie possono incontrare nel gestire le loro emozioni. Fra queste, i professionisti fanno riferimento alla difficoltà insita nei percorsi rispetto alla necessità di "mettersi a nudo" su aspetti molto intimi della vita. I trattamenti PMA, infatti, implicano un'esposizione e un monitoraggio costante del corpo della donna e un'esplicitazione della vita sessuale della coppia (*mettersi a nudo*).

La pervasività dei trattamenti assume, sempre secondo i professionisti, una dimensione totalizzante nella quotidianità della coppia che finisce con l'assorbirne la maggior parte delle energie (*pervasività*):

Infine, il trascorrere del tempo e il succedersi delle attese, delusioni e tentativi successivicomporta un aumento dei livelli di ansia difficile da gestire per le coppie e una sfiducia crescente nei confronti degli stessi professionisti. Le persone vengono descritte come sempre più fragili, deluse e tendenzialmente depresse con il prolungarsi del trattamento (*gestione dell'ansia e sfiducia*).

Tabella 5. Macro-area 4: Criticità del percorso

Temi comuni	
4.1: PMA come percorso a ostacoli	**4.2: Gestione emotiva lungo il percorso**
Eventi salienti	
• **Decisone di rivolgersi al centro** • **La prospettiva temporale** • **IL destino della coppia** • **Prove di resistenza** • **Strategia di uscita**	• **Mettersi a nudo** • **Pervasività** • **Gestione dell'ansia e sfiducia**

5. Macro-area: Cosa si aspettano da noi

I TC che emergono da questa macro-area (tab.6) si differenziano secondo la professione. Il TC degli operatori evoca la "Missione salvifica" alla quale sarebbe chiamati loro malgrado. Per gli MMG invece il tema riguarda la posizione periferica nella quale si sentono relegati dai gli stessi utenti.

Il TC **"missione salvifica"** (5.1) riguarda la "natura" del trattamento stesso. Il trattamento PMA non è una "cura" che toglie una malattia, che guarisce un male organico o un dolore fisico. Essi si riferiscono al trattamento come a un intervento "riparativo" poiché i loro pazienti sono persone sostanzialmente sane, che tuttavia soffrono intensamente della loro impossibilità/difficoltà di generare. Gli operatori si sentono pertanto investiti di una "*richiesta creatrice*" di cui però sanno di non potere garantire l'esito.

L'urgenza del bisogno generativo che essi percepiscono nei loro pazienti li porta anche a sentirsi investiti da una richiesta di una presa in carico e di un "*accompagnamento emotivo*" lungo tutto il percorso.

Nel TC **(posizione periferica: 5.2)** che emerge esclusivamente nelle narrazioni deiMMG,essi si descrivono come meri trascrittori di ricette di farmaci e di esami decisi da altri (*trascrizione di ricette*), oppure come "*punto di ascolto*" cui i pazienti si rivolgono alla ricerca di informazioni e conforto.

Tabella 6. Macro-area 5: Cosa si aspettano da noi

Temi comuni	
5.1: Missione salvifica (Operatori)	**5.2: Posizioneperiferica (MMG)**
Eventisalienti	
• **Richiesta creatrice**	• **Trascrizione di ricette**
• **Accompagnamento emotivo**	• **Punto di ascolto**

Discussione e implicazioni: I significati emergenti

Lo scopo di questo lavoro era di arrivare a una maggiore comprensioni degli universi di significati attraverso i quali gli operatori PMA e i MMG danno senso alla loro esperienza professionale.

Forzando iconfini naturali della riproduzione, letteralmente creando la vita, i significati della PMA, probabilmente più di altre pratiche mediche,

attivano rappresentazioni implicite e significati sul piano simbolico (Malin, 2003). È proprio questo piano simbolico che si è voluto indagare attraverso l'analisi delle rappresentazioni implicite dei professionisti.

Complessivamente, i quadri rappresentazionali che si delineano dall'analisi delle narrazioni degli operatori e dei MMG presentano un nucleo comune che riguarda da un lato le prese di posizioni relative alla normativa e dall'altro l'idea che i trattamenti PMA rappresentino per i pazienti una specie di *via cruci* che si snoda dalla richiesta di aiuto, passa attraverso i trattamenti ripetuti fino all'eventuale decisione di interrompere il percorso.

Al momento della sua promulgazione, la legge 40 del 2004, suscitò tra i professionisti aspri dibattiti che superarono i confini italiani (Fentom, 2006; La Sala, 2010, Turone, 2004). Anche tra i nostri partecipanti emerge una esplicita e largamente condivisa difficoltà nel legittimare alcune delle prescrizioni procedurali imposte allora dalla norma. Il legislatore, secondo i professionisti, sarebbe stato guidato da preoccupazione ideologiche più che sanitarie. L'atteggiamento critico e ampiamente condiviso che gli operatori manifestano nei confronti del quadro normativo appare invece indipendente da posizioni morali e valoriali e si fonda su argomentazioni strettamente professionali: autonomia di cura dei medici, legittimata dalla loro competenza professionale,e rispetto della salute complessiva delle donne.Il quadro normativo rendeva quindi il percorso ancora più impervio di quanto non lo fosse per sua stessa "natura".

Al di là di questa base comune, i quadri rappresentazionali che emergono dalle narrazioni si differenziano nettamente in funzione del genere e dei ruoli professionali.

Per gli operatori uomini, operare nell'ambito delle PMA significa lavorare in un settore scientifico e tecnologico ad alta specializzazione e in continua evoluzione. Dal loro punto di vista, i progressi della ricerca scientifica permettono così di rispondere in modo sempre più puntuale al bisogno di procreare, che gli stessi operatori identificano come un bisogno fondamentale *delle coppie*.

Si delinea pertanto una concezione pragmatica delle tecniche che, per quanto raffinate, presentano tuttavia dei limiti in termini di successo. Ritroviamo la stessa concezione anche quando gli operatori uomini si pensano come possibili pazienti. In questo caso essi ritengono che il ricorso alla PMA sia un percorso possibile che va tuttavia ponderato sulla disponibilità della coppia. Inoltre, in virtù della consapevolezza dei limiti tecnici insiti nelle pratiche, essi ritengono che non si possa e non si debba cadere nell'accanimento terapeutico. La prospettiva scientifica adottata dagli operatori uomini li porta a considerare il loro intervento come una possibilità e non come una certezza. Nel prodigarsi a rispondere al bisogno delle coppie, essi rimangono tuttavia consapevoli di non potere assicurare l'esito positivo del trattamento. Convinti di dare ai loro pazienti

il meglio di cui dispongono, essi si possono permettere di guardare le coppie con uno sguardo compassionevole. In caso di eventuale insuccesso, la responsabilità non è tanto attribuibile al medico stesso quanto ai limiti della scienza o della raffinatezza della tecnica. L'attribuzione causale esterna e situazionale dell'insuccesso salvaguarda, in qualche modo, l'identità professionale dell'operatore.

Il quadro rappresentazionale che prende forma dalle narrazioni delle professioniste donne sifonda sull'assioma della maternità come bisogno irrinunciabile. Il bisogno di procreare è quindi declinato tutto al femminile. Il mandato professionale che le operatrici si attribuiscono deve consentire alle loro pazienti di raggiungere la piena realizzazione di sé come donne e assume così una forte valenza esistenziale e salvifica.

In questa prospettiva, di fronte all'insuccesso, la responsabilità non può che ricadere inevitabilmente sull'agire delle professioniste stesse. Il fallimento della tecnica non può essere ricondotto, in questo sistema rappresentazionale, ai limiti della scienza. Fallendo nel rispondere al bisogno, esse falliscono come professioniste. Si può pertanto fare l'ipotesi che l'attribuzione di responsabilità e i giudizi severi che rivolgono alle loro pazienti stesse (arriva tardi, ha fatto altre cose nella vita, ...)costituiscano, in questo quadro rappresentazionale, la strategia che consente alle operatrici di salvaguardare la loro identità professionale. Lo stesso definitivo rifiuto di sottoporsi personalmente ai trattamenti diventa allora comprensibile alla luce del giudizio negativo che esse si ritrovano a dovere attribuire alle loro pazienti; non possono certo identificarsi con loro.

Le rappresentazioni che emergono dalle narrazioni dei MMG sembrano dominate da un atteggiamento scettico sulla "bontà" etica delle PMA che sono presentate prioritariamente come una forzatura. Gli MMG si descrivono in una posizione periferica rispetto ai colleghi specialisti e esprimono un difficile posizionamento rispetto ai pazienti. A partire da questa doppia incertezza, essi sembrano oscillare tra una presa in carico,indipendente e non negoziata con lo specialista, della domanda del paziente e una delega assoluta allo stesso specialista. Nel primo caso i rischi che si presentano sono di prolungare i tempi di accesso ai centri specialistici e di coinvolgere i pazienti in percorsi non sempre giustificati da un punto di vista strettamente scientifico. Nel secondo, con l'atteggiamento di delega, la storia sanitaria legata al percorso PMA rischia di non rientrare a pieno titolo nella storia sanitaria complessiva del paziente. Tuttavia, come suggerito da alcuni autori, (Wilkes et al., 2007),questo particolare posizionamento dei MMG sembra non essere specifico alle PMA ma riguarderebbe anche altri settori specialistici della medicina.

Siamo evidentemente molto lontano dalla possibilità di pensare alla PMA e ai suoi esisti come al mero risultato dell'applicazione di un modello tecnico più o meno preciso. I nostri risultati indicano che i vissuti

professionali degli operatori, per genere e per professioni, sono molto diversi tra di loro e che queste diversità riguardano anche il modo di rappresentarsi e quindi di rapportarsi al paziente. Come sostiene Fruggeri (1997), il processo interattivo tra i soggetti coinvolti costituisce il contesto in cui la tecnica stessa acquisisce significato ed è mediato dall'attività simbolica dei soggetti coinvolti e dalle loro appartenenze sociali. Nessuna competenza tecnica può quindi proteggere l'operatore dall'essere parte attiva nella costruzione della relazione e del significato della cura.

Questi risultati suggeriscono che aiutare i professionisti a acquisire una maggiore consapevolezza delle loro rappresentazioni implicite possa favorirli nel raggiungere un migliore equilibrio tra cura altrui e cura di sé. La possibilità di utilizzare il proprio sé come metodo di cambiamento, limita i rischi di burnout e mantiene la vitalità professionale(ad esempio, Adamson et al., 2012; Skovholt, 2000).

Bibliografia

Adamson C., Beddoe L., Davys A. (2012). Building resilient practitioners: Definitions and practitioner understandings. *British Journal of Social Work*, 1–20. doi:10.1093/bjsw/bcs142.

Burnett J. A. (2009). Cultural considerations in counseling couples who experience infertility. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 37(3), 166-177.

Emanuel E. J., Emanuel L. L. (1992). For models of the physician-patientrelationship. *JAMA*, 267 (16), 2221-2216

Fenton R. A. (2006). Catholic Doctrine Versus Women's Rights: The New Italian Law on Assisted Reproduction. *Medical Law Review*, 14, 1, 73-107. doi: 10.1093

Fruggeri, L. (1998). *Famiglie*. Roma: Carocci.

Hall A. M., Ferreira P. H., Maher C. G., Latimer J., Ferreira M. L.(2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationshipon Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy Journal*, 90:1099-1110. doi: 10.2522/ptj.20090245

Inhorn M. C.,Birenbaum-Carmeli D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177-196.

Jefferson L., Bloor K., Birks Y.,Hewitt C., Bland M. (2013).Effect of physicians' gender on communication and consultationlength: a systematicreview and meta-analysis. Journal of Health Services Research&Policy, 18 (4), 242–248.

Kelley J. M., Kraft_Todd G., Kossowsky J., Riess H. (2014). The influence of the patient-Clinician relationship On healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE 9(4):e94207-httpsdoi.org10.1371journal.pone.0094207*

La Sala GB, Nicoli A., Capodanno F., Rondin I., Villani MT, Iannotti,F. (2010). The effect of the 2004 Italian law on outcomes of assisted reproduction technology in severe male factor infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 20, 2– 10. doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.10.007.

Loftus J., Andrio, A. (2012). "That's What Makes a Woman": Infertility and Coping with a Failed Life Course Transition. *Sociological Spectrum*, 32 (3), 226-243.

Malin M. (2003). Good, Bad and Troublesome: Infertility Physicians' Perceptions of Women Patients. *European Journal of Women's Studies*, 10(3), 301–319.

Mazzi M. A., Rimondini M., Deveugele M., Zimmermann C., Deledda G., Bensing J. (2014). Does gender matter in doctor–patientcommunicationduring standard gynaecologicalconsultations? An analysisusingmixedmethods. *Communication & Medicine*, 11(3), 285–298.

Moettus A., Sklar, D., Tandberg, D. (1999). The effect of physician gender on women'sperceivedpain and embarrassmentduringpelvicexamination. American Journal of Emergency Medicine, 17(7), 635-637.

Moura-Ramos M., Gameiro S., CanavarroM.C., Soares, I., Santos, T.A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 27 (5), 533-549.

Peterson B. D., Sejbaeck S. Pirritano M., Schmidt L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29 (1), 76.

Rathnakar UP.,Ganesh A., Unnikrishnan B., Srikanth D., Ganesh K.,ShenoyA.K., Kamath A. (2013). DoctorPatientRelationship: Influence Of Gender And Role. *International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences*, 03 (12), 30-36.

Roter D. L., Hall J. A., Aoki Y. (2002). Physician Gender Effects in MedicalCommunication. *JAMA*, 288 (6), 756-764.

Schmittdiel J., Grumbach K., Selby J. V., Quesenberry C. P. (2000). Effect of Physician and Patient Gender Concordance on PatientSatisfaction and Preventive Care Practices. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 761–769.

Scott W., Hall N., CroslandA., MurdochA., Rubin G. (2007). General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*,13, 358–363.

Skovholt T. (2000). *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals*. Boston: Allyn& Bacon.

Smith J.A. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.

Smith J.A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method, Research*. London: Sage.

Solano L. (2001/2013). Tra mente e corpo, come si costruisce la salute. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Solano L. (2011/2015). Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base. Milano: Edizioni FrancoAngeli.

Stern J. E., CramerC. P., Garrod A., Green R. M. (2002). Attitudes on Access to Services at Assisted Reproductive Technology Clinics: Comparison with Clinic Policy.*Fertility and Sterility,* 77: 537–541.

Tallandini M.A., Morsan V. (2008). Technically assistedreproduction: Consequences of psychological parenting in recent research. Essere genitori di bambini nati in provetta: Conseguenze della procreazione medicalmente assistita (PMA) sugli aspetti della relazione parentale.*PsicologiaClinicadelloSviluppo*, 12 (2), 179-202.

Teskereci G., Oncel S. (2013). Effect of Lifestyle on Quality of Life of Couples Receiving Infertility Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy,* 39 (6), 476-492.

Turone F. (2004). New law forces Italian couple with genetic disease to implant all their IVF embryos. *British Medical Journal*, 328(7452), 1334. doi: 10.1136/bmj.328.7452.1334-a

Wilkes S., Hall N., Crosland A., Murdoch A., Rubin G. (2009). Patient experience of infertility management in primary care: An in-depth interview study. *Family Practice*, 26(4), 309-316.

Barbara Cordella*, Francesca Greco, Alessia Renzi*****

**Ricercatrice, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza*

***Research Manager, Prisma S.r.l.; Cultrice della materia, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza*

****Psicologa, PhD, Assegnista di Ricerca presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma*

L'infertilità tra individuo e cultura. Le parole per dirlo.

Introduzione

Il contributo che presentiamo propone due ricerche: la prima, nata dall'interesse a conoscere il modo in cui viene argomentato il tema dell'infertilità, negli articoli dei più diffusi quotidiani, la seconda, volta a studiarele narrazioni delle donne che, nell'ambito del loro percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA), hanno svolto tre sessioni di scrittura espressiva, secondo la metodologia di Pennebaker (Pennebaker&Beall, 1986).

Per questa ragione abbiamo sottotitolato il nostro contributo con l'espressione"Le parole per dirlo".Studiare come viene argomentato un tema, infatti, significaconfrontarsi con le parole espressedai gruppi di testi analizzati, provando a cogliere il senso che esse esprimono. Il senso, che si intreccia con il significato (contenuto), è volto a cogliere la dimensione emozionale (De Luca Picione&Freda, 2012) che, nel nostro caso,è evocata dai raggruppamenti di parole evidenziati dall'analisi del testo.

Con l'espressione "Le parole per dirlo", dunque, abbiamo voluto sottolineare sia l'obiettivo perseguito (individuare il sensoespresso nel modo in cui viene argomentato il tema) che la metodologia utilizzata per raggiungerlo (l'analisi dei contesti elementari, ovvero una specifica tecnica di analisi del testo). L'espressione "Le parole per dirlo"[27], d'altra parte, evoca in noi l'atteggiamento di chi cerca le parole non riuscendo a dar voce al proprio vissuto e, in questa logica,esprime anche la nostra ipotesi.

Eppure, perché occuparsi del modo in cui viene proposta una narrazione?

La letteratura suggerisce che, studiando i testi prodotti da persone diverse su uno stesso tema, è possibile individuare le tracce della cultura condivisa dai medesimi (Carli& Paniccia, 2002).

Studiare come viene argomentato un tema, dunque, può consentirela conoscenza della cultura locale, ovvero di quell'insieme di elementi che orienta il pensiero e la prassi delle persone coinvolte.

---

[27] "Le parole per dirlo" è il titolo di un libro scritto da Marie Cardinal

In questa direzione, la prima ricerca è nata dalla curiosità di capire come la questione *infertilità*, che investe la nostra società nel suo complesso, venga elaborata dalla stessa. Sappiamo come essa implichi dimensioni tecniche, biologiche, psicologiche, sociali, etiche e morali, che faticano a trovare una loro coniugazione nel singolo, nella coppia, nella famiglia ma anche nella società.

Così, quali parole emergono nella nostra cultura? E, come quest'ultima orienta la prassi dei singoli?

In seguito, avendo avuto modo di analizzare i testi prodotti dalle donne durante un percorso di PMA, abbiamo confrontato quanto emerge dai due studi, individuandone gli aspetti di complementarietà.

La prima ricerca

Come già affermato, la prima ricerca si è proposta di comprendere come viene argomentato il tema dell'infertilità nella cultura italiana. A questo scopo, sono stati raccolti gli articoli contenenti la parola infertilità pubblicati in due dei più diffusi quotidiani a livello nazionale (Accertamenti Diffusione Stampa, 2015). Possiamo assumere, infatti, che i giornalisti esprimano la cultura nella quale sono immersi e incidano, con il loro lavoro, sulla costruzione della cultura condivisa.

Metodologia

Sono stati selezionati, dagli archivi online delle due testate giornalistiche (*La Repubblica* ed *Il Corriere della Sera*), tutti gli articoli contenenti la parola "infertilità" (n=731) e pubblicati nel periodo compreso tra l'01/01/2000 e il 31/12/2014. L'individuazionedi questo intervallo di tempo è dovuta alla scelta di studiare l'eventuale variazione, riscontrabile negli articoli, tra il periodo pre referendum[28] (anni 2000/2005) e il periodo post referendum (2006/2014).

Gli articoli sono stati riuniti in un unico corpus di grandi dimensioni (token[29]= 360345) che si contraddistingue per la sua ricchezza lessicale (TTR[30]= 0.08, Hapax[31]%= 47,4). Le parole sono state ricondotte ai rispettivi lessemi e sono state selezionate 180 parole chiave (keywords) che consentono di classificare il 92% delle unità di contesto[32] (UC) che costituiscono il corpus (Cordella et al., 2014; Greco, 2016). Il corpus è stato sottoposto ad analisi multivariata mediante il software T-LAB (Lancia, 2012), che consente di effettuare un'analisi tematica dei contesti elementari. Inoltre, sono state considerate, due variabili illustrative, il

[28] Ci si riferisce al referendum successivo alla pubblicazione della legge 40/2004
[29] Token: numero totale di parole presenti nel corpus
[30] TTR: Type/Token Ratio
[31] Gli Hapax sono le parole che occorrono (si presentano) una sola volta.
[32] Le unità di contesto sono i frammenti di testo in cui è stato suddiviso il corpus

quotidiano (*Il Corriere della Sera*, *La Repubblica*) e l'intervallo di tempo (Pre-referendum, Post-referendum), allo scopo di valutare se questi fattori influiscano sulla distribuzione delle unità di contesto nei repertori culturali. Sulla tabella di contingenza cluster per modalità delle due variabili illustrative, è stato quindi effettuato un test del chi2 e sono stati calcolati i residui standardizzati (Donald, 2015).

Risultati

La procedura di analisi ha prodotto quattro repertori e uno spazio culturale (Carli & Paniccia, 2002; Cordella, 2016) definito da tre fattori. I repertori, però, si collocano, a coppie, sulle due polarità, positiva e negativa, del primo fattore. Ciò significa che il tema viene trattato essenzialmente in base a due dimensioni, da noi chiamate "biologica"e "psico-sociale" (cfr. Tabella 1) (Cordella et al., 2015).

Nella dimensione biologica, è soprattutto il corpo, o meglio, gli organi riproduttivi ad essere chiamati in gioco, mentre il vissuto rimane sullo sfondo, quasi estraneo al processo riproduttivo. Ciò che conta, infatti, è il successo nel concepimento. I due repertori, che si collocano in questa area, trattano l'infertilità o come malattia, che trasforma le coppie in oggetti di cura, o come terapia, che si traduce nel ricorso alla tecnicalità biomedica. Così, il concepimento da evento naturale ed interno alla coppia, diviene intervento tecnico, estraniante ed estraneo, definibile come assistenza alla fecondazione.

In contrapposizione alla dimensione biologica, si trova l'area psico-sociale. In quest'ultima, il tema portante è l'elaborazione di ciò che l'infertilità comporta, in termini di confronto tra le diverse istituzioni, impegnate a stabilire regole e procedure del concepimento assistito (la Società) e, in termini di narrazione familiare, confrontata con l'assenza del concepimento naturale (la Famiglia).Questa area tematica sembra, così, elicitare il complesso tema del rapporto tra interesse pubblico e privato, come spesso accade quando si legifera in ambito sanitario (Greco, 2016), focalizzandosi sia sulla dimensione etica istituzionale che su quella familiare/privata.

Tabella 1: Repertori culturali (tra parentesi accanto al repertorio è riportata la percentuale di unità di contesto – UC – classificate nel cluster)

Ambito Medico				**Ambito Psico-Sociale**			
Repertorio 1 (28%) *La Biotecnologia*		**Repertorio 3 (28%)** *La Malattia*		**Repertorio 2 (21%)** *La Famiglia*		**Repertorio 4 (23%)** *La Società*	
Keyword	**UC**[33]	**Keyword**	**UC**	**Keyword**	**UC**	**Keyword**	**UC**
Ovulo	459	malattia	466	Nascere	324	scienza	420
Ricorrere	326	problema	374	Vita	309	ricerca	336
Tecnica	297	maschile	341	Parlare	212	società	164
Caso	292	fertile	275	Mondiale	191	studiare	160
donazione	289	rischiare	258	Diventare	161	presidente	148
Eterologa	270	causare	245	Famiglia	150	lavorare	145
Trattare	265	sesso	231	Vedere	140	spiegare	144
spermatozoo	243	genetico	230	Trovare	127	università	141
procreazione	205	ormone	189	Passare	115	mettere	137
congelamento	185	produrre	188	Bisogno	114	ospedale	131
gravidanza	172	età	168	Madre	107	iniziare	125
possibilità	168	possibilità	168	Pensare	104	referendum	116
Paziente	166	sterilità	166	Raccontare	94	cattolico	115
impiantare	147	diagnosi	165	Arrivare	93	procreazione	115

Di seguito sono riportati alcuni frammenti di testo[34] che sono evocativi del tema trattato nei singoli repertori, pur non rappresentandoli nella loro globalità (cfr. Tabelle 2, 3, 4 e 5). Il repertorio, d'altro canto, tiene conto di

[33] UC: unità di contesto classificate nel cluster
[34] I frammenti di testo sono stati selezionati in relazione al valore di rilevanza (score) attribuito agli UC. (Lancia, 2012).

tutte le verbalizzazioni classificate nel cluster e per questo il significato complessivo non può essere rintracciato nelle singole verbalizzazioni. Ciononostante, queste ultime possono offrire interessanti spunti di riflessione.

Tabella 2: Frammenti di testo classificati nel repertorio della Biotecnologia (primo repertorio)

"Comunque, ciascuna legge, laddove c'è, si preoccupa della salute dei cittadini e prevede le donazioni di sperma. Solo i Paesi islamici vietano sperma e ovociti donati. Norvegia e Svezia limitano l'uso dello sperma e vietano gli ovociti. Austria, Svizzera e Germania vietano gli ovociti. E sulla micromanipolazione del seme? « É una soluzione tecnica."
(score 190.017)
"La Conferenza delle Regioni ha stabilito alcuni parametri: 1500 euro il costo di un'eterologa con donazione di seme e fecondazione intrauterina, 3500 euro per una donazione di seme con fecondazione in vitro e 4000 euro se la donazione è di ovociti. E ticket tra 400 e 600 euro."
(score 108.776)

Tabella 3: Frammenti di testo classificati nel repertorio della Famiglia (secondo repertorio)

"Sterilità maschile in_aumento al via la campagna di controlli La sterilità continua ad avanzare tra i maschi italiani. Attualmente, la metà delle coppie affronta il pesante e costoso percorso della fecondazione artificiale per rimediare a problemi di fertilità dell'uomo. Del tutto sterile invece risulta circa il 15% della popolazione maschile tra i 13 e i 55 anni."
(score 33.650)
malattie che interferiscano con la fertilità. Fibromi o endometriosi, due patologie nemiche del successo riproduttivo, sono nettamente più frequenti dopo i trent'anni ". Inoltre è anche più_difficile contrarre le malattie sessualmente trasmissibili – spesso causa di sterilità da chiusura infiammatoria delle tube – questo genere di patologia è tanto_più frequente quanto più aumenta
(score 38.425)

Tabella 4: Frammenti di testo classificati nel repertorio della Malattia (terzo repertorio)

"la verità è che oggi le favole non rappresentano il mondo delle nuove famiglie, mentre i bambini, hanno bisogno di vedersi rappresentati in una storia, seppure fatta di pinguini, gatte, ippopotami». E titoli di rottura si trovano anche scorrendo il catalogo di "Mamme online", casa_editrice nata dalla community dedicata all'infertilità."
(score 19.838)
"L'ingresso dell'uomo nella vita della famiglia non sarà senza conseguenze. «Negli stati_uniti ci sono sempre più famiglie di_questo_tipo. I miei figli, a New_York, vanno a scuola con figli di famiglie che hanno due papà o due mamme ed è perfettamente normale. È il futuro."
(score 14.809)

Tabella 5: Frammenti di testo classificati nel repertorio della Società (quarto repertorio)

"A questo si può e si deve porre rimedio, comunicando la scienza al pubblico senza usare termini scientifici inutilmente complicati, ma mettendo tutti in_condizioni di capire. Nella società contemporanea, ignorare la scienza è come ignorare la costituzione, o lo_stesso alfabeto. Privi di questi strumenti, non è possibile cooperare alla costruzione di una società civile."
(score 43.063)
"è l'ennesima prova di quanto in realtà perseguiate finalità politiche», e aggiunge « non c'è niente di più politico dell'uso malizioso e distorto della scienza. La scienza non può_essere piegata alle volontà politiche, o meglio alla volontà della politica di sentirsi deresponsabilizzata..."
(score30.779)

Le variabili illustrative

Le due testate giornalistiche si differenziano significativamente per la distribuzione dei repertori culturali (χ^2, df=3, $p<.05$). Se *Il Corriere della*

Sera tratta, in particolar modo, il tema delle biotecnologie e dei vincoli che esse comportano, *La Repubblica,* invece, si caratterizza per il tema dell'infertilità come questione sociale, che rimanda alle dimensioni etiche e culturali, sulle quali le istituzioni vengono chiamate ad esprimersi. Questi due temi se, da un lato, sono significativamente presenti nelle due testate giornalistiche, dall'altro sono anche significativamente assenti, vale a dire che *Il Corriere della Sera* tratta poco il tema sociale mentre *La Repubblica* trascura quello delle biotecnologie. Ciò è, probabilmente, connesso con l'orientamento politico-culturale che caratterizza storicamente i due quotidiani.

Anche per quanto concerne il periodo pre e post referendum, sono state individuate delle differenze significative nella distribuzione dei repertori culturali (χ^2, df=3, $p<.05$). Se il periodo precedente al referendum si caratterizza per la presenza del tema relativo al vissuto familiare e privato, quello post-referendum si caratterizza per la scarsa rilevanza di quest'ultimo e la significativa presenza del tema dell'infertilità come patologia sessuale. Si può ipotizzare che l'elaborazione familiare sia stata considerata rilevante prima dell'emanazione della legge poiché ha favorito la promulgazione di quest'ultima. Una volta emanata la normativa, che stabilisce i diritti e i doveri dei cittadini, tale necessità sembra ridursi e, al suo posto, sembra emergere una più spiccata connotazione dell'infertilità come patologia (Greco, 2016).

Conclusioni del primo studio

Se assumiamo che il modo di trattare l'infertilità da parte delle testate giornalistiche è segno del modo in cui la cultura, nel nostro paese, tratta il tema, è facilmente evidenziabile come la complessità della questione venga ridotta a pochielementi concreti che, nel loro insieme, hanno l'obiettivo di annullare il problema piuttosto che elaborarlo. Ciò ci sembra significativo se pensiamo, ad esempio, all'alta percentuale di coppie che, pur seguendo un percorso di PMA, non realizzano l'obiettivo di iniziare una gravidanza o se consideriamo il frequente suggerimento, da parte del personale sanitario, di una procreazione eterologa, statisticamente più feconda, ma di cui non si considera l'estraneità ed il significato che può avere, nel tempo, per la coppia ed il bambino. L'attuale tendenza a trattare il tema dell'infertilità come patologia sessuale, inoltre, rischia di colpevolizzare le coppie implicate, senza favorire l'elaborazione e l'adattamento.

La seconda ricerca

La seconda ricerca si è proposta di esplorarele narrazioni prodotte dalle donne che stavano affrontando un percorso di PMA[35] chehanno accettato di partecipare a tre sedute di scrittura espressiva, secondo la tecnica diPennebaker, con la richiesta di scrivere i pensieri e i sentimenti più profondi a proposito dell'esperienza che stavano vivendo (Pennebaker,1997; Pennebaker& Chung, 2007; Renzi, 2016).

L'obiettivo era quello di verificare se potesse essere individuata una correlazione tra gli esiti positivi/negativi del percorso di PMA e i repertori culturali.

Le partecipanti (n=35; età m=36.2; ds=5.1) sono state reclutatepresso due centri medici di Roma specializzati in Medicina della Riproduzione. Le caratteristiche delle partecipanti sono riportate in tabella6.

Tabella 6: Caratteristiche delle donne comprese nello studio

Variabile	n	%
Livello di Istruzione:		
Medie	2	5.7
Diploma	13	37.1
Laurea	20	57.2
Occupazione:		
Operaio/Impiegato	19	54.3
Libero Professionista	10	28.6
Casalinga	1	2.9
Disoccupato	5	14.3
Stato Civile:		
Coniugate	6	17.1
Conviventi	29	82.9
Numero Figli:		
Nessuno	33	94.3
≥1	2	5.7

[35]In particolare, lo studio ha considerato donne che si sono avvalse di tecniche di II livello, FIVET o ICSI, applicate in cicli a fresco con tecnica omologa.

Tempo Trascorso, in anni, dall'inizio dei tentativi di gravidanza:		
0-1	14	40
2-3	16	45.7
≥4	5	14.3
Numero Tentativi PMA Precedenti:		
0	12	34.3
1-2	13	37.2
3-4	8	22.8
≥5	2	5.7
Causa ricorso PMA:		
Inspiegata	8	22.9
Femminile	9	25.7
Maschile	11	31.4
Entrambi	7	20.0

Metodologia

I testi,raccolti in un corpus di piccole dimensioni (token= 12.889; TTR= 0,2; Hapax%= 57,3; testo classificato= 95%),sono stati trattati con la stessa procedura descritta nel precedente studio, considerando come variabile illustrativa l'esito della PMA.

Risultati

L'analisi multivariata ha evidenziato, anche in questo caso, quattro repertori e uno spazio culturale definito da tre fattori. I fattori definiscono tre dimensioni di senso che organizzano l'interpretazione dei cluster. Tuttavia, nel nostro studio, solo due dei repertori acquisiscono senso in relazione a tutti e tre i fattori, mentre due di essi sono declinati solo da due fattori. Ai fini dell'interpretazione, quando i repertori sono spiegati solo da alcuni tra i fattori individuati, questi non esprimono un possibile sviluppo poiché non tengono conto della complessità espressa dallo spazio fattoriale nella sua globalità(Carli& Paniccia, 2002).

Nel secondo studio, il primo e il quartorepertorio si collocano in uno spazio tridimensionale, mentre il secondo e il terzo sono delineati da due

soli fattori. In termini non geometrici possiamodire, quindi, che ogni repertorio coglie un aspetto del vissuto delle donne, ma solo il primo e il quarto esprimono un possibile sviluppo.

Repertorio 1 (20,7%)		**Repertorio 2 (22,1%)**		**Repertorio 3 (34,7%)**		**Repertorio 4 (22%)**	
La Responsabilità Sociale		**Restare Tranquille**		**Il Segreto di Coppia**		**La Delega**	
Keyword	**UC**	**Keyword**	**UC**	**keyword**	**UC**	**keyword**	**UC**
Vedere	28	Paura	28	marito	29	sperare	22
Problemi	21	Trovare	13	provare	20	esperienza	17
Difficile	11	Lavoro	10	diventare	20	desiderio	10
Capire	10	Continuare	9	cercare	18	difficile	9
Coppia	8	Ansia	8	mamma	15	fiducia	8
Embrione	6	Mancare	7	amico	14	portare	8
Soffrire	6	Preoccupare	7	genitore	10	dottore	7
Profondo	6	stimolazione	7	insieme	9	fecondazione assistita	7
Subito	6	chiedere	7	sogno	8	scegliere	7
Sicuro	6	monitoraggio	7	donna	7	raggiungere	6
Rapporto	6	ormonale	6	felice	7	aiutare	5
Proteggere	5	iniezione	5	accettare	6	delusione	5
Bimbo	5	nervoso	5	caro	4	esito	5
Realtà	5	tranquillo	5	immaginare	4	seguire	4

Tabella 7: Repertori culturali (tra parentesi accanto al repertorio è riportata la percentuale di unità di contesto – UC – classificate nel cluster)

Dall'interpretazione delle parole che caratterizzano il cluster (Tabella7), il primo repertorio[36] sembra parlare della responsabilitàche le donne sentono di avere per se stesse, per la coppia, per la famiglia, responsabilità di una gravidanza, che le porta a sottoporsi alla ritualità del percorso tecnico, immerse trala paura del fallimento e la speranza di diventare come gli altri. Per questo abbiamo nominato questo repertorio "Responsabilità sociale"(tab. 8).Di seguito sono riportati alcuni frammenti di testo evocativi del tema trattato dai repertori.

Tabella 8: Frammenti di testo classificati nel repertorio Responsabilità Sociale (cluster 1)

"Ha fatto fatica e fa fatica ancora tutt'ora ad accettarlo, sentendosi colpito nella sua virilità. Io in realtà a quel momento l'ho subito visto come il problema minore che ci potesse capitare. In_effetti ci sono metodi per colmare al problema della sterilità maschile, mentre nel_caso_di sterilità femminile, esistono soluzioni ma sicuramente più_difficile da accettare."

(score 74.248)

"...ma staremo a vedere intanto cerchiamo di avere embrioni... poi si vedrà! Oggi ho la sensazione che non stia succedendo nulla dentro di me, intendo fisicamente, non ho effetti collaterali, sintomi, insomma aspetto di vedere come va."

(score 56.273)

"Problema che conoscono bene visto_che mia sorella è affetta di insufficienza ovarica. L'avevamo identificato subito e avevamo già anche identificata la soluzione migliore per risolvere il problema: FIVET ICSI."

(score 52.499)

Il quarto repertorio sembra esprimere, invece, l'attesa che il desiderio di coppia venga realizzato dal personale sanitario che diventa oggetto di una forma di idealizzazione, tale per cui ci si affida totalmente ad esso per la riuscita del trattamento. La speranza viene posta nella competenza del medico e per questo lo abbiamo nominato "Delega"(tab. 9). I due repertori, dunque, benché individuino aspetti diversi, ripongono il possibile sviluppo della problematica nella tecnica biomedica.

[36] Parliamo di cluster quando ci riferiamo al prodotto dell'analisi statistica. Parliamo di repertori quando ci riferiamo al significato psicologico attribuito alla sequenza di parole.

Tabella 9: Frammenti di testo classificati nel repertorio Delega (cluster 4)

"Posso dire che è la seconda esperienza che facevo per_quanto riguarda la fecondazione_assistita e anche_se purtroppo non ha avuto esito positivo e quando la per a mi sono buttata un pò giù ho avuto l'appoggio della mia ginecologa e di tutto il suo staff per i quali ho la massima fiducia e il massimo rispetto."

(score 18.606)

"Ho già avuto precedentemente esperienza con la fecondazione_assistitaanche_se non ho avuto buon esito mi sono trovata molto_bene in "Artemisia" perché sono tranquilla in_quanto qui in Artemisia ho l'appoggio morale della mia ginecologa e di una buona equipe che la sostiene."

(score 16.181)

"Non vorrei ripetermi come ho detto in_passato ma come "ho già detto" anche_se il primo tentativo della fecondazione non è andato in porto ho un'ottima fiducia e stima della mia ginecologa e di tutto il suo staff. Naturalmente ho un appoggio morale dai miei genitori che mi hanno accompagnato per tutto il percorso e comunque durante la mia vita per ogni cosa bella e non."

(score 15.002)

Il secondo repertorio sembra individuare la condizione di chi è postotra il desiderio di "fuggire" dal percorso di trattamento e la necessità di restare. Da una parte, si sente il peso che le condizioni di trattamento impongono, dall'altra la responsabilità dell'esito. Ed è per questo che le donne sembrano auto-prescriversi la necessità di "Restare tranquille"(tab. 10).

Tabella 10: Frammenti di testo classificati nel repertorio del Restare Tranquille (cluster 2)

"Ho iniziato da due giorni la stimolazione, sono molto contenta e positiva, con mio marito stiamo affrontando questo percorso con molta tranquillità, ma la paura di insuccesso è sempre presente."

(score 26.917)

"Ora è tutto vissuto con meno slancio ed entusiasmo, ma con paura di nuovo di avere notizie negative, con la paura di percorrere una strada

senza uscite, insomma una sorta di accanimento terapeutico."

(score 11.063)

"Oggi primo giorno del secondo tentativo di PMA. Sentimento primario: paura per le conseguenze della stimolazione (tumori) e per la trasformazione del mio corpo dovuta all'uso di ormoni."

(score 13.196)

"Non sono molto preoccupata per la terapia, perché credo che sia comunque andando bene, ma di crollare per non riuscire a unire terapia, lavoro e impegni in_generale. Ho paura che se crollo matematicamente la terapia va male e tutto il resto. Se fino_ad_oggi era un'esperienza nuova oggi inizia qualche preoccupazione."

(score 16.643)

Tabella 11: Frammenti di testo classificati nel repertorio del Segreto di Coppia (cluster 3)

"Questo è un viaggio che sto intraprendendo insieme a mio marito, è una decisione che abbiamo preso entrambi per cercare di diventare genitori felici."

(score 26.144)

"Sono quasi 7 anni che sono sposata con una voglia immensa di diventare mamma e soprattutto far diventare padre mio marito. Sarei una bugiarda se non dicessi che confido nel fatto che questa volta andrà bene ... deve essere così."

(score 13.423)

"Di questo tendo a non parlare (solo con un caro amico e con mio marito). Non sopporterei che gli altri conoscessero il mio stato d'animo (io solitamente e notoriamente " donna forte "!!) In ogni caso sono contenta di tentare anche questo: ne vale la pena! Proverò UNA SOLA VOLTA e quel che sarà sarà."

(score 15.631)

Il terzo repertorio, infine, che raccoglie oltre un terzo dei testi classificati, sembra raccontare il desiderio di cambiare ruolo, di diventare madre e di formare una propria famiglia, come un elemento condivisibile

solo all'interno della coppia; si crede solo in parte nella riuscita del trattamento biomedico e, per questo, il desiderio non può essere condiviso con altri. In questo repertorio, che abbiamo chiamato "Segreto di Coppia", il bambino sembra diventare un oggetto magico capace di trasformare la coppia in famiglia e darle vita (tab. 11).

Conclusioni del secondo studio

Non è stato possibile evidenziare una relazione statisticamente significativa tra gli esiti della PMA e le tematiche evidenziabili nell'analisi del testo.

Negli scritti delle partecipanti, però, si rende visibile siala complessità insita nel tema dell'infertilità,ovvero il sentirsi implicate oltre che dal proprio desiderio di generatività, da quello della famiglia, del compagno, della società(primo repertorio), sia il confronto con l'estraneità delle tecniche riproduttive, vissute come oggetto sconosciuto e pericoloso (secondo repertorio).

Sembrano più tangibili:

- la responsabilità delle scriventi di doverci provare;
- la necessità di attraversare le diverse fasi, pur nella loro potenziale pericolosità, restando tranquille;
- la necessità di affidarsi, coniugata allapaura del fallimento.

In breve sembrano emergere temi quali la solitudine, la vergogna, l'implicazione, la paura.

Conclusioni generali

Considerando i risultati emersi dai due studi, appare evidente la distanza tra le narrazioni delle donne che affrontano problematiche connesse all'infertilità/sterilità e alla PMA e la trattazione del tema da parte della società. Sul piano culturale non sembra esserci spazio per accogliere quella dimensione di possibile mancanza espressa dalle donne. Come Cultura detta, le coppie traducono la questione in termini di patologia/cura e se l'azione medica,a cui si delega il potere di "annullare il problema", fallisce, sembra emergere la solitudine della coppia.

In breve, almeno sul piano culturale, sembrano mancare le parole necessarie ad elaborare la questione infertilità/sterilità che coinvolge il nostro paese. In questa direzione, basterebbe pensare che la gravidanza ottenuta con un percorso di PMA non prevede un nome "nuovo e caratterizzante". Sul piano culturale si distinguono le madri naturali, le madri adottive, le madri di latte, le madri genetiche o biologiche, le madri surrogate ecc. (Lakoff, 1989), mentre le *madri da PMA*(o forse sarebbe meglio dire i genitori da PMA), licenza nostra, non hanno un nome proprio, che le distingua da quelle per le quali il concepimento ha seguito un percorso naturale, ovvero in cui (almeno) il terzo non è entrato nella fase privata, intima emozionale, che il concepimento, quale esperienza

generativa, prevede.Tuttavia, non è infrequente sentire parlare di "figli in provetta" come riferimento specifico ai bambini nati da PMA.

Eppure, cosa intendiamo oggi per concepimento, gravidanza e figli naturali? Da un lato la gravidanza, quale esito della PMA, viene portata avanti dalla donna, almeno apparentemente, come una gravidanza naturale; quello che emerge come elemento in grado di differenziare tra le due è l'estraneitàinsita nel percorso di PMA che precede la gravidanza stessa. L'estraneità, è insita nel percorso di PMA in cui entrano a diversi livelli molteplici "elementi esterni": dal personale sanitario (ginecologo, infermieri, biologo), alle numerose prescrizioni farmacologiche/terapeutiche che si inseriscono su un piano di relazione/cura, ad un estraneo ancora più "intrusivo" rappresentato, nei casi di tecniche di tipo eterologo, dal o dai gameti di un uomo o di una donna più giovani fecondi che si inseriscono nel corpo della donna. È possibile quindi ipotizzare che l'estraneità del percorso che conduce alla gravidanza si rifletta anche in tutto il percorso successivo (gravidanza, nascita ecc.) ma rimane ancora da interrogarsi ed approfondire il modo in cui tutto ciò incidesulla relazione di coppia, sulla relazione di accudimento del figlio e sul contesto familiare e sociale più allargato.

Un filone molto recente della ricerca sul settore, che vede il coinvolgimento di psicologi, neuropsichiatri infantili e pediatri, si sta interrogando su quali siano i possibili effetti sulla salute psicofisica di questo percorso, spesso negato o taciuto, nei bambini delle *coppie PMA*.

In conclusione, sappiamo che sul piano emozionale "l'assenza" non può che essere presenza minacciosa da combattere e sembra che la nostra cultura sia ancora orientata ad agire l'emozione che essa induce. Sembra non esserci ancora spazio per un pensiero capace di distinguere, nominare, comprendere le emozioni coinvolte, fino a consentire una elaborazione del lutto, insito nello scoprire ed affrontare la propria impossibilità di concepire, naturalmente, un figlio (Burns & Covington, 2006).

Bibliografia

Accertamenti Diffusione Stampa (2015). Diffusine e tiratura della stampa pubblicata in Italia [Dissemination and printing of the press published in Italy]. Retrieved from: http://www.adsnotizie.it.

Burns, L.H., & Covington, S.N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1–19). New York: Cambridge University Press.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002). *Analisi emozionale del testo*. Milano: Franco Angeli.

Cordella, B. (2016). La ricerca intervento in psicologia clinica. In M.Grasso, B.Cordella&A.R. Pennella, a cura di, *Metodologia dell'intervento in Psicologia Clinica* (pp. 279-342). Roma: Carocci.

Cordella, B., Greco, F. & Raso, A., (2014). Lavorare con corpus di piccole dimensioni in psicologia clinica: una proposta per la preparazione e l'analisi dei dati [Working with corpus of small dimensions in clinicalpsychology: a proposal for the preparation and analysis of data]. *Lexicometrica*, Actes JADT, 173-184.

Cordella, B., Greco, F., Castellani, A. & De Nigris, N. (2015). La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma [The representation of the biopsychosocialperspective of the general practitioners of Rome]. In A. Sannella e F. Toniolo, a cura di, *Le sfide della sanità italiana, tra crisi strutturali e social innovation*[The challenges of the ItalianHealth Service, betweenstructuralcrisis and social innovation]. Venezia: Ca' Foscari,pp. 133-152.

De Luca Picione, R. &Freda, M.F. (2012). Senso e Significato. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 17-26.

Donald, S. (2015). Your Chi-Square Test is Statistically Significant: Now What? *PracticalAssessment, Resesarch& Evaluation,* 20(8), 1-10.

Greco, F. (2016). *Integrare la disabilità. Una metodologia interdisciplinare per leggere il cambiamento culturale* [Disabilityinclusion. An interdisciplinary methodology to read the cultural change]. Milano: Franco Angeli.

Lakoff, G. (1989). Modelli cognitivi e teoria dei prototipi.In U. Neiser, a cura di, *Concetti e sviluppo concettuale. Fattori ecologici e intellettii della categorizzazione* (pp.103-153). Roma: Citta Nuova Editrice.

Lancia, F. (2012). *T-Lab 8.1: User's Manual.*Retrived from: http://www.tlab.it/en/presentation.php.

Pennebaker, J.W. & Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 274-281.

Pennebaker, J.W. & Chung, C.K. (2007). *Expressive writing, emotional upheavals, and health*. In H.S. Friedman and R.C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*, (pp. 263-284). New York, NY: Oxford University Press.

Pennebaker, J.W. (1997). *Opening up: The healing power of emotional expression*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Scrivicosati dice ilcuore*, Erickson, 2004.

Renzi, A. (2016). *La scrittura espressiva secondo Pennebaker nella Procreazione Medicalmente Assistita: studio empirico su 118 soggetti*. Tesi di Dottorato (XXVII ciclo), Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Retrived from: http://hdl.handle.net/11573/877633

Michela Di Trani

Ricercatrice a tempo determinato, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza

L'intervento psicologico nell'infertilità

Aspetti psicologici legati all'infertilità

La sterilità e l'infertilità sono condizioni che riguardano circa 48 milioni di persone in tutto il mondo, rappresentando dunque un problema di vaste proporzioni (World Health Organization, 2010).

Le conseguenze di tale esperienza sulla vita dell'individuo e della coppia sono descritte da numerosi lavori di ricerca internazionali, che evidenziano il profondo disagio psicologico e sociale sperimentato dalle persone coinvolte, che varia dalla presenza di sintomi ansioso-depressivi, a vissuti di fallimento, colpa e vergogna, alla percezione di perdere il controllo della propria vita, alti livelli di stress, fino alla strutturazione di veri e propri quadri psicopatologici (Dunkel-Schetter&Lobel 1991; Greil, 1997; Syme, 1997; Chen et al., 2004; Holter et al., 2007; Peronace et al., 2007;Wirtberg et al., 2007; Volgsten et al., 2008; Dyer et al., 2009; Dooley et al., 2011; Gao et al., 2013; Luk&Loke, 2015). La sofferenza legata all'incapacità a concepire un figlio in modo naturale viene spesso affrontata nel segreto, la condivisione di questo aspetto della vita è difficile per i sentimenti di vergogna e di colpa anche all'interno della coppia stessa.

Appare dunque sufficientemente documentato che l'esperienza dell'infertilità ha un impatto sulla salute psicofisica non solo dell'individuo, ma anche della qualità della relazione di coppia e delle relazioni allargate (Drosdzol&Skrzypulec, 2009; Fassino et al., 2002; Musa et al., 2014). Quello che è meno evidente, e degno dunque di una riflessione, è il **ruolo degli aspetti psicologici e relazionali sull'insorgenza e sul mantenimento della condizione di infertilità e/o sterilità**.

Un primo elemento da chiarire è il termine "infertilità psicogena", ci si riferisce ai casi in cui si ritiene che la causa dell'infertilità risieda in fattori psicologici come disturbi emozionali cronici, conflitti intrapsichici, o problemi psicosociali. Nella pratica spesso si è finito per confondere l'infertilità psicogena con l'infertilità idiopatica (inspiegata) perché vengono frequentemente attribuite a cause psicologiche tutte le situazioni di infertilità in cui non siano evidenti cause organiche-mediche (Cecotti, 2004; Fassino et al., 2004; Said, 2008; Wischmann, 2003).

All'interno dei fattori emozionali associati alla condizione di infertilità un ruolo particolare viene riconosciuto allo ***stress.*** Numerosi studi hanno evidenziato come lo stress, misurato attraverso questionari self-report, riduca la fertilità in diversi modi, ed il sistema nervoso autonomo, quello endocrino ed immunitario possono essere tutti coinvolti (Barzilai-Pesach et

al., 2006; Li et al., 2011; Veltman-Verhulst et al., 2012; Petraglia et al., 2013).

Inoltre,in passato diversi studi hanno tentato di delineare la ***personalità*** della donna infertile, arrivando ad identificare fino ad otto tipi di personalità tra cui le principali sono quella della donna immatura-dipendente, della donna mascolino-aggressiva e della donna cronicamente tesa (Scatoletti, 1996); attualmente questo filone di studi appare abbandonato, come l'idea generale di ricercare specifiche configurazioni di personalità legate e specifiche condizioni di disagio.

All'interno della letteratura psicoanalitica si riscontrano diversi casi studio e articoli inerenti l'infertilità psicogena (Apfel&Keylor, 2000). Derivate dalla pratica clinica relativa all'analisi di donne con problemi di fertilità, sono state individuate alcune ***tematiche ricorrenti***, identificate quali possibili cause dell'infertilità stessa. Tra queste le principali sono: il rapporto simbiotico con la figura materna, la paura e i conflitti inconsci nei confronti della sessualità e della gravidanza, il rifiuto dell'identificazione con il femminile/materno e con il proprio destino riproduttivo, il desiderio di rimanere in una posizione di dipendenza, l'invidia della mascolinità e un attaccamento insicuro disorganizzato.

In conclusione, sebbene l'ipotesi psicogena sia stata particolarmente seguita negli studi sulla coppia infertile attraverso l'interpretazione della sterilità inspiegata come determinata da una inconscia resistenza della coppia (in particolare della donna) alla procreazione, diversi Autori hanno individuato una serie di punti deboli in tali studi, principalmente metodologici e collegati ad una difficoltà nel misurare fattori motivazionali inconsci (Apfel&Keylor, 2000; Greil; 1997; Salerno, 2010; Scatoletti, 1996).

Alla luce di quanto fin qui esposto, e considerando la grande complessità degli elementi coinvolti nello studio della fertilità umana, sembra dunque più opportuno **collocare l'infertilità all'interno di un modello orientato in senso psicosomatico**. In questa ottica, il rapporto che sembra delinearsi tra il filone di studi volti a stabilire se una specifica condizione psicologica preesistente possa indurre infertilità (ipotesi psicogena dell'infertilità) e quelli a sostegno che sia l'esperienza stessa dell'infertilità (associata alle lunghe indagini diagnostiche e all'intrusività dei trattamenti) a provocare un forte disagio psicosociale e sessuale, che contribuirebbe al mantenimento o al peggioramento dell'infertilità stessa, è di tipo dialettico, circolare e multifattoriale.

L'intervento psicologico nei trattamenti di procreazione medicalmente assistita.

I trattamenti per la procreazione medicalmente assistita risultano essere gravosi per i pazienti poiché si basano su una procedura che comporta cambiamenti significativi nello stile di vita ed una alternanza di sentimenti di speranza e disperazione (Peterson et al., 2006). Tali trattamenti possono indurre più stress dell'esperienza di infertilità stessa

specialmente per le donne, che devono sostenere diverse visite mediche durante ogni ciclo di trattamento (Steuber& Solomon, 2008; Greil et al., 2011; Smorti & Smorti, 2013).

Risposte emotive negative, quali un vissuto di estrema ansia e sofferenza, possono esitare in una interruzione precoce del trattamento, diminuendo così le probabilità di gravidanza, tanto chein diversi studi il 35% circa delle coppie che interrompono il trattamento hanno indicato lo stress come causa della loro decisione (Cousineau& Domar 2007; Brandes et al., 2009).Lo stress infertilità-correlato è risultato inoltre essere associato in modo significativo allo scarso successo dei trattamenti (Boivin& Takefman, 1995; Boivin & Schmidt, 2005; Ebbesen et al., 2009).

Un aspetto collegato al benessere della coppia in trattamento è l'utilizzo da parte del team medico di un approccio definito "cura centrata sul paziente", che si riferisce ad un tipo di cura che sia rispettosa del paziente, basata su uno stile comunicativo empatico e supportivo, adeguata alle caratteristiche, ai bisogni ed ai valori del paziente. Questo approccio è risultato influenzare il benessere percepito durante il trattamento di fecondazione in vitro diminuendo le preoccupazioni, i sintomi depressivi e ansiosi, promuovendo così le capacità di tolleranza del trattamento stesso, e presumibilmente, anche le possibilità di successo del trattamento stesso (Gameiro et al., 2013).

E' inoltre condiviso che un approccio alla cura dell'infertilità che si focalizzi esclusivamente sugli aspetti medici, oltre ad apparire riduzionistico, rischia di trascurare l'impatto emotivo che la diagnosi e il trattamento stesso hanno sul paziente, favorendo lo sviluppo di condizioni che possono come abbiano visto anche influenzare negativamente gli esiti delle procedure mediche.

L'intervento dello psicologo, in questo contesto, potrebbe avere l'obiettivo di creare uno spazio emotivo che permetta accoglienza, ascolto, contenimento e sostegno alla coppia che si sottopone alle tecniche di procreazione assistita, fornendo un aiuto prezioso nell'affrontare la complessità dei trattamenti e l'eventuale possibile fallimento degli stessi. L'intervento si configurerebbe, inoltre, quale possibile spazio per la coppia per parlare delle proprie problematiche, rompendo così il silenzio e l'atmosfera di segreto che spesso accompagnano la decisione di affrontare un trattamento di procreazione assistita (Gonzalez, 2000; Hart, 2002; Kainz, 2001; Righetti, 2001).

Nonostante sia dunque diffusa la convinzione dell'importanza del supporto psicologico nell'infertilità, relativamente pochi studi hanno valutato l'efficacia di interventi psicosociali nel settore. In letteratura, infatti, si riscontra una netta differenza tra il numero di studi sugli esiti di trattamenti psicosociali (6%) e quelli che forniscono informazioni generali utili per il trattamento (94%) dei pazienti infertili (Boivin, 2006; Van denBroeck et al., 2010).

In Domar et al. (2000 a, b) è stata valutata l'efficacia sull'esito dei trattamenti di PMA di due diversi tipi di intervento psicologico (terapia cognitivo comportamentale, gruppo di supporto, gruppo di controllo senza intervento) sul benessere psicofisico e sulla frequenza di gravidanza in donne infertili. I risultati mostrano che la percentuale di gravidanze è significativamente superiore nel gruppo di donne che intraprendono un percorso psicologico di gruppo, rispetto alle donne del gruppo di controllo: nello specifico, la percentuale di gravidanze è del 54% nelle donne del gruppo di terapia cognitivo comportamentale e il 55% nelle donne del gruppo di supporto, contro il 20% nelle donne di controllo.

Boivin (2003), ha realizzato una review analizzando 25 studi suddividendoli in tre macro-categorie sulla base del tipo di intervento e dello scopo terapeutico:counseling (interventi di consulenza), focused educational intervention (programmi educativi focalizzati), comprehensive educative programme (programmi educativi integrati). Nel complesso lo studio supporta l'efficacia degli interventi psicosociali sul benessere di uomini e donne infertili, su dimensioni quali l'ansia, la depressione, la riduzione dello stress infertilità-correlato. Il successo delle procedure mediche (inizio di gravidanza) come variabile di esito dell'efficacia degli interventi psicosociali è stata impiegata solo in 8 studi: 3 hanno rilevato un effetto positivo dell'intervento sulla gravidanza, mentre 5 non hanno mostrato alcun effetto dell'intervento.

Infine, anche i risultati della meta-analisi de Liz& Strauss (2005) evidenziano come gli interventi psicologici siano efficaci nel ridurre i livelli di stress infertilità-correlato, di depressione e d'ansia sia per gli individui che per le coppie.

In conclusione, la letteratura evidenzia l'importanza di diversi interventi psicologici nell'infertilità, siano essi individuali, di coppia o di gruppo, quale parte integrante di un approccio multidisciplinare al trattamento dell'infertilità (Van de Broeck et al., 2010). Si evidenzia, inoltre, che le coppie supportate da uno psicologo migliorano il loro vissuto emotivo e la sintomatologia psicofisica in modo significativo rispetto a coloro che non ricevono assistenza, e che aumentano le possibilità che i trattamenti abbiano un esito positivo comportando dunque una gravidanza.

Il contesto normativo Italiano relativo all'intervento psicologico nella procreazione medicalmente assistita

L'importanza di fornire supporto psicologico nei servizi per l'infertilità è stato ribadito da organi normativi di diversi paesi e da diverse associazioni coinvolte nell'assistenza al paziente infertile, così come da professionisti della salute mentale che lavoravano con l'infertilità (Boivin, 2003). Appare importante sottolineare, inoltre, l'interesse che i pazienti infertili stessi hanno espresso nel ricevere aiuto psicologico (Dooley et al., 2011; Laffont&Edelmann, 1994; Sundby et al., 1994).

In Italia,l'intervento integrato, medico e psicologico, nel trattamento dell'infertilità, nello specifico nei percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), è fortemente raccomandato dalle **Linee guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita** (2008, 2015), che fanno riferimento alla legge 19 febbraio 2004, n. 40. In tali Linee guida si evidenzia come l'attività di consulenza sia un processo di comunicazione, riconosciuto essere di grande beneficio, tanto che si prescrive che ogni centro di PMA debba prevedere la possibilità di fornire consulenza e/o un supporto psicologico per le donne, gli uomini e le coppie che ne sentano necessità, a prescindere dal tipo di trattamento intrapreso. L'attività di consulenza e di supporto psicologico deve essere resa accessibile in tutte le fasi dell'iter, dall'approccio diagnostico all'infertilità a quello terapeutico, eventualmente, anche dopo che iltrattamento è stato completato, a prescindere dall'esito delle tecniche applicate.

Nell'***attività di consulenza***, devono essere illustrati e discussi gli elementi individuati nel decreto dei Ministri della Giustizia e della Salute di cui all'art.6, comma 3, quali:

- la possibilità di ricorrere ad affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
- la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita;
- le problematiche bioetiche;
- le diverse tecniche impiegabili e le procedure di ciascuna tecnica;
- l'impegno dovuto dai richiedenti;
- gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti;
- le probabilità di successo delle diverse tecniche;
- i rischi per la madre e per il/i nascituro/i;
- gli aspetti psicologici relativi ai singoli richiedenti, alla coppia e al nuovo nato;
- la possibilità di revoca del consenso;
- la possibilità da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario;
- i costi economici totali derivanti dalla procedura adottata.

Appare chiaro quanto tale attività sia complessa e delicata, e quanto possa attivare nella coppia i vissuti emotivi e le questioni relazionali legati all'esperienza della mancata genitorialità, rappresentando dunque un momento fondamentale, non solo ai fini di una scelta autentica e consapevole rispetto alla PMA, ma anche e soprattutto ai fini della possibilità di risolvere questioni psicologico-relazionali che hanno contribuito a creare la condizione di sterilità.

Inoltre, sempre secondo le Linee guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Ministero della Salute, 2008, 2015), **l'attività di consulenza**, a seconda delle situazioni, **può essere**:

1. **decisionale** il cui scopo fondamentale è di consentire ai soggetti di comprendere eriflettere nel corso della proposta di trattamento che li riguarda sulle implicazioni che questo potrebbe avere per loro, per le loro famiglie e sugli eventuali figli nati come risultato del trattamento.

Questo tipo di consulenza dovrà essere disponibile prima di intraprendere ogni tipo di trattamento o di decisione. L'operatore che offrirà la consulenza dovrà discutere con tutti i soggetti coinvolti le implicazioni del trattamento per se stessi, per i propri familiari, per ogni figlio o figli che verranno.

2. **di sostegno,**che deve supportare le coppie in momenti di stress e difficoltà. Questo puòaccadere in ogni momento, prima, durante e dopo l'esecuzione del trattamento,indipendentemente dall'esito.I centri debbono fare ogni sforzo possibile per offrire supporto a qualsiasi soggettocoinvolto nel trattamento e che richieda aiuto, come ad esempio: individui che non possono accedere alle terapie;individui che hanno difficoltà ad affrontare un determinato ciclo di trattamento; individui nei quali il trattamento è fallito.

3. **genetica,** nella previsione di rischio di anomalie genetiche trasmissibili;

4. **terapeutica,** terapeutica che deve riuscire ad assistere i soggetti che ne abbiano bisogno nellosviluppare strategie che consentano loro di far fronte alle conseguenze dei trattamenti perl'infertilità sia a breve che a lungo termine. Essa include l'aiutare i soggetti a moderare leloro aspettative e ad accettare la realtà di particolari situazioni.

Nonostante venga dunque riconosciuta dalle Linee guida l'importanza di uno spazio di ascolto per l'individuo e la coppia, che non sia solo legato alla pratica del consenso informato, ma che fornisca accoglienza e possibilità di riflessione, la normativa appare contenere una forte ambivalenza rispetto al tipo di professionalità necessaria allo svolgimento di tale attività.

Infatti, benchè sia chiaro che in tutte queste circostanze sia necessaria, da parte dell'operatore, una formazione volta ad accogliere il mondo emozionale del paziente e a gestire la relazione tra esso ed il contesto di cura, **le Linee guida prevedono la possibilità che tutte le attività di consulenza, ad eccezione di quella terapeutica, siano svolte dal personale medico della struttura.**

Quale spazio per la Psicologia?

A fronte di quanto detto finora appare che nel contesto della cura all'infertilità sia rintracciabile, da un lato un bisogno espresso da parte delle coppie che affrontano l'esperienza di PMA di essere sostenute, e dall'altro una disponibilità, da parte delle istituzioni, a riconoscere ed accogliere tale esigenza. Le Linee guida in materia di PMA sanciscono nel nostro Paese, infatti, da quasi 10 anni la necessità di spazi di ascolto, riflessione, contenimento emotivo, che hanno ritmi diversi da quelli dei protocolli

medici, ma che possono ad essi integrarsi al fine del raggiungimento di un obiettivo comune: una genitorialità autenticamente desiderata e realizzata.

Le Linee guida descritte evidenziano come gli spazi di consulenza debbano essere proposti a tutti, indipendentemente da specifiche caratteristiche della persona e della coppia, e che tale offerta debba essere inserita nella cartella clinica della paziente, come qualsiasi altro intervento di tipo medico. Dal mio punto di vista tali accorgimenti non sono per niente scontati, e favoriscono una reale integrazione tra la prassi psicologica e quella medica, che ancora molto spesso non si realizza nei contesti sanitari. Il paziente dovrebbe non essere inviato allo psicologo (operazione ancora percepita in maniera stigmatizzante da tante persone), ma intraprendere un percorso di trattamenti che includono, per essere efficaci, anche uno spazio con lo psicologo.

La Psicologia in questo senso è per tutti.

Un elemento critico però, che impone una riflessione sulla rappresentazione della nostra professione da parte delle istituzioni, dei nostri clienti e probabilmente anche da parte di molti psicologi stessi, è relativo ad una **mancanza di chiarezza sullo spazio concesso alla Psicologia.** Come precedentemente accennato, infatti, le Linee guida, sia nel 2008 che nel 2015, e poi ancora nella recente ridefinizione del consenso informato del 2017, esprimono chiaramente che **l'attività di consulenza**, sia in termini di consulenza decisionale, che di sostegno durante il percorso di PMA, **possa essere effettuata dal personale medico delle Strutture di riferimento.**

Questo aspetto, dal mio punto di vista, assume alcune connotazioni di significato degne di nota.

Come prima riflessione, la professione psicologica appare svalutata, appiattita ad una competenza comunicativo-informativa, che un operatore sanitario può possedere, o no,ed in maniera più o meno consapevole. La consulenza decisionale viene dunque assimilata alla pratica del consenso informato, piuttosto che alla possibilità di effettuare una scelta consapevole ed autentica rispetto al percorso di PMA, che non può che passare attraverso un'elaborazione degli affetti dolorosi e problematici legati all'esperienza della mancata fertilità. Come secondo aspetto, l'elemento della relazione come veicolo di significati ed emozioni non viene considerato, attribuendo a tutti gli operatori sanitari la capacità di gestire se stessi in relazione a persone in difficoltà;la componente emotiva della relazione viene negata, o gestita all'interno del rapporto medico-paziente, con tutte le sue caratteristiche di asimmetria.

In conclusione, non mi è chiaro se questa mancanza di definizione del ruolo della Psicologia sia legata ad una attribuzione ai medici di chiare competenze psicologiche o ad una negazione che tali competenze siano necessarie in questo ambito, ma entrambe le alternative appaiono chiaramente prive di senso di realtà.

Credo che da queste Linee guida venga espressa una rappresentazione della Psicologia ancora piuttosto diffusa in Italia, come di una professione specialistica, legata alla cura del disagio mentale, che, al pari di altre professioni entra in gioco nel momento in cui l'utente, o chi per lui se in una relazione che tende a far regredire e passivizzare l'altro, lo percepisca come necessario. Nel contesto della PMA la **Psicologia** entrerebbe in gioco nell'attività di **consulenza terapeutica**, con tutti i significati che questo termine comporta.Possiamo dunque immaginare che lo psicologo venga chiamato a **curare** quando un individuo o una coppia ne esprimono una richiesta, o quando emergono nel corso degli interventi aspetti psicopatologici che mettono in crisi il percorso stesso, o quando il medico non riesce più a gestire la relazione con i pazienti, delegando al terzo la possibilità di contenere la crisi escludendosi dal processo. In questo senso la Psicologia appare fortemente identificata con la psicoterapia, che necessariamente implica l'esistenza di una domanda, ed entra in gioco in maniera alternativa alla medicina, assolutamente non integrata.

Verso un approccio integrato

La moderna psicosomatica concettualizza la malattia, sia fisica che mentale, come l'espressione di un disagio nella relazione con il mondo, in cui l'esperienza apparenon pensabile, non vivibile ad un livello simbolico e dunque esprimibile attraverso la parola, ma rimane piuttosto caratterizzata da una modalità analogica, subsimbolica, in cui l'elemento corpo può finire per esprimere il disagio (Solano, 2013). In questo contesto **l'infertilità può essere riletta come l'espressione di una disregolazione di affetti che non solo esprimibili ed elaborabili attraverso il pensiero**. Appare chiaro che, nel trattamento di questo tipo di problema, come di tutti gli altri, l'elemento corpo e l'elemento mente non possono essere scissi, come purtroppo avviene nell'approccio medico contemporaneo.

Negli ultimi decenni si assiste a numerosi tentativi di realizzare prassi sanitarie che rientrino in un **modello** difficilissimo da rispettare, quello **bio-psico-sociale** (Engel, 1977), che impone una complessità teorico-pratica su cui dobbiamo continuare a riflettere. Dal un punto di vista teorico questo modello propone una visione della costruzione e della gestione di salute/malattia in cui elementi di diversa natura entrano in gioco, visione difficilmente applicabile all'interno di un contesto medico in cui le emozioni, le relazioni, gli atteggiamenti individuali e sociali vengono esclusi dai processi di cura. Il corpo stesso, oggetto di procedure, viene spezzettato, settorializzato, di pari passo alla costruzione di nuove specializzazioni. Dal punto di vista delle prassi, il modello bio-psico-sociale imporrebbe la realizzazione di processi di cura olistici, in cui diverse professionalità costruiscano percorsi di trattamento che tengano conto

delle specificità dell'individuo, ne condividano e rispettino le decisioni, i tempi, le attitudini.

In questo senso la **Psicologia** potrebbe porsi come **disciplina trasversale**, in grado di facilitare i processi, le relazioni, la comunicazione affettiva tra i diversi attori (pazienti, famiglie, personale medico e paramedico, contesto allargato, ecc.), oltre che favorire i processi emotivi e relazionali degli individui coinvolti.

Si potrebbe parlare di **un approccio co-disciplinare, piuttosto che multi-disciplinare,** in cui il percorso di cura è pensato dal sistema di cura.

Nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita, la Psicologia potrebbe essere coinvolta accanto al medico nel processo di presa in carico della persona e della coppia dalla fase decisionale fornendo, accanto all'informazione, uno spazio di pensiero in cui dare spazio ai vissuti emotivi, ai conflitti, ai dubbi, alle aspettative, alle fantasie, alle angosce e alle speranze di una coppia in cerca di un figlio, per contribuire alla creazione di una proposta di trattamento condivisa.Uno spazio per tutti, inserito nel percorso di trattamento stesso, che faciliti la decisione, l'accettazione del carico che il trattamento comporta e gli eventuali esiti. Uno spazio per pensare, che rompa l'atteggiamento di chiusura e difesa emotiva che spesso le coppie assumono, per proteggersi dalle emozioni, durante i trattamenti di PMA e che le procedure stesse possono rinforzare con il loro carattere fortemente programmato.

Inoltre, potrebbe avere un ruolo di supporto per l'equipe medica, che deve far fronte al carico emotivo che la persona e la coppia inevitabilmente attivano nella relazione con il personale sanitario, ma anche ad una serie di questioni relative alla PMA che hanno a che fare con l'etica, la cura, la vita e la morte.

In Italia il contesto normativo ha stabilito uno spazio per la Psicologia nei percorsi di PMA, con alcune caratteristiche che come abbiamo visto veicolano significati legati alla rappresentazione che questa disciplina ancora ha nel nostro Paese.

E' responsabilità principale della Psicologia proporre nuovi modelli di costruzione nella salute, nuove forme di relazione con il contesto sanitario e nuove tipologie di intervento, che possano contribuire a sostenere i processi di costruzione della salute degli individui, dei contesti e della Psicologia stessa.

Bibliografia

Apfel, R.J., &Keylor R.G. (2000). Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. International Journal of Psychoanalysis, 8: 85-103.

Barzilai-Pesach, V., Sheiner, E.K., Sheiner, E., Potashnik, G., &Shoham-Vardi, I. (2006). The effect of women's occupational psychological stress

on outcome of fertility treatments. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 48:56–62.
Boivin, J. & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. Fertility and Sterility, 83: 1745-1752.
Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. Social Science & Medicine, 57: 2325–2341.
Boivin, J. (2006). Evidence-based approaches to infertility counseling. In S.N. Covington, & L.H. Burns (Eds), Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians (pp. 117-128), 2nd ed. New York: Cambridge University Press.
Boivin, J., &Takefman, J.E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant women. Fertility and Sterility, 64: 802-810.
Brandes, M., van der Steen, J.O., Bokdam, S.B., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. Human Reproduction, 24: 3127–3135.
Cecotti, M. (2004). Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione. Roma: Armando.
Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai, C.F., & Juang, K.D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Human Reproduction, 19: 2313–2318.
Cousineau, T. M., &Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. Best Practice & Research: Clinical Obstetrics &Gynaecology, 21: 293–308.
Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Dusek, J., Kessel, B. &Freizinger, M. (2000b). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. Fertility And Sterility, 73: 805-811
Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., &Freizinger, M. (2000a). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. Health Psychology, 19: 568–575.
Dooley, M., Nolan, A., &Sarma, K.M. (2011). The psychological impact of male factor infertility and fertility treatment on men: a qualitative study. The Irish Journal of Psychology, 32: 14-24.
Drosdzol, A., &Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples:an evaluative prevalence study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 30:11–20.
Dunkel-Schetter, C., &Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), Infertility: Perspectives from stress and coping research (pp. 29–57). New York, NY: Plenum.

Dyer, S., Lombard, C., & Van der Spuy, Z. (2009). Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: A quantitative assessment. Human Reproduction, 24: 2821–2826.

Ebbesen, S.M., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen,D., Hojgaard, A., Ottosen, L., . . . Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. Human Reproduction, 24: 2173–2182.

Fassino, S., Amianto, F., Brustolin, A., Bergese, S., &Bolgiani, M. (2004). Psicopatologia e famiglia. Rivista di Psicologia Individuale, 55: 51-72.

Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., &Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. Human Reproduction, 17: 2986–2994.

Gameiro, S., Canavarro MC, & Boivin J. (2013) Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. Patient education and counselling, 93: 646-654.

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., . . . Liang, C. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: A large observational study in China. Journal of Sexual Medicine, 10: 1935–1942.

Gonzalez, L.O. (2000). Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues in Mental Health Nursing, 21:619 –633.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., &Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. Social Science & Medicine, 73: 87–94.

Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Social Science & Medicine, 45: 1679–1704.

Hart, V.A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. Issues in Mental Health Nursing, 23:31–41.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. Human Reproduction, 22: 2559-2565.

Kainz, K. (2001). The Role of the Psychologist in the Evaluation and Treatment of Infertility. Women's Health Issues, 11: 481-485.

Laffont, I., &Edelmann, R.J. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 15:183-188.

Li, Y., Lin, H., Li, Y., & Cao, J. (2011). Association between socio-psycho-behavioral factors and male semen quality: systematic review and meta-analyses. Fertility and Sterility, 95: 116–123.

Liz, T.M.,& Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients.HumanReproduction, 20:1324-1332.

Luk, B.H.K., & Loke, A.Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. Journal of Sex & Marital Therapy, 41: 610-625.

Ministerodella Salute (2008). Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita.Art. 7 - Legge n. 40/2004.

Ministero della Salute(2015). LINEE GUIDA CONTENENTI LE INDICAZIONI DELLE PROCEDURE E DELLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA. Art. 7 - Legge n. 40/2004.

Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A.W., Khadijah, M.B, Hayati, M.Y., ... Ravindran A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. Comprehensive Psychiatry, 55: 65-69.

Peronace, L.A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. Journal of Psychosomatic Obstetrics &Gynaecology, 28: 105-114.

Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. Human Reproduction, 21: 2443-2449.

Petraglia, F., Serour, G.I, &Chapron, C. (2013). The changing prevalence of infertility. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 123:4-8.

Righetti, PL. (2001). I vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: interventi e protocolli integrati medico-psicologici. ContraccezioneFertilitàSessualità, 28:159-166.

Said, T.M. (2008). Emotional stress and male infertility. Commentary. Indian Journal of Medical Research, 128: 228-230.

Salerno, A. (2010). Vivere insieme. Tendenze e trasformazioni della coppia moderna. Bologna: Il Mulino.

Scatoletti, B. (1996). Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, 28/29: 37-44.

Smorti, M., & Smorti, A. (2013). Medical success and couple'spsychologicalproblems in assistedreproduction treatment: a narrative based medicine approach. The journal of maternal fetal and neonatal medicine, 26: 169-172.

Steuber, K. R., & Solomon, D. H. (2008). Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums. Journal of Social and Personal Relationships, 25: 831–855.

Sundby, J., Olsen, A. &Schei, B. (1994). Quality of care for infertility patients. An evaluation of a plan for a hospital investigation. Scandinavian Journal of Social Medicine, 22:139-144.

Syme, G.B. (1997). Facing the unacceptable: The emotional to infertility. Human Reproduction, 2: 183-187.

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. Patient Education and Counseling, 81: 422-428.

Veltman-Verhulst, S.M., Boivin, J., Eijkemans, M.J., Fauser, B.J. (2012). Emotional distress is a common risk inwomen with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. Hum Reprod Update, 18: 638–651.

Volgsten, H., Skoog, S. A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundstrom, P.I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Human Reproduction, 23: 2056–2063.

Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E., &Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. Human Reproduction, 22: 598–604.

Wischmann, T.H. (2003). Psychogenic Infertility. Myths and Facts. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 20: 485-494.

World Health Organization (2010). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys.

Alessia Renzi

Psicologa, Phd, Assegnista di ricerca presso Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza

La scrittura espressiva secondo Pennebaker nella Procreazione Medicalmente Assistita

Introduzione

La sterilità è definita clinicamente come «l'incapacità di concepire un figlio dopo almeno un anno di rapporti sessuali non protetti»(Zegers-Hochschild et al., 2009). Rappresenta un problema di vaste proporzioni che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima riguardare circa il 15-20% delle coppie.

Alla spiegazione dell'infertilità concorrono diverse cause, sia di tipo biologico che di tipo psicosociale. Tuttavia è possibile ritenere che anche nel caso di un danno organico conclamato, disturbi emozionali e problemi psicosociali possano avere un ruolo fondamentale nel determinare o co-determinare l'infertilità, e che allo stesso tempo le lunghe indagini diagnostiche e l'intrusività dei trattamenti possano provocare un forte disagio psicosociale e sessuale e contribuire al mantenimento, se non al peggioramento, dell'infertilità stessa.

Scoprire la propria incapacità nel concepire naturalmente un figlio spesso porta ad un inatteso e forte stress sia nelle donne, che negli uomini, che nella coppia come unità (Burns & Covington, 2006). Reazioni emotive comuni sono: depressione, rabbia, dolore, frustrazione, impotenza, colpa, shock, diniego, diminuzione dei livelli di autostima e sensazione di isolamento sociale (Dunkel-Schetter&Lobel 1991; Greil, 1997; Syme, 1997; Wirtberg et al., 2007).Alcuni autori ritengono che le difficili conseguenze emotive dell'infertilità dipendano dalla percezione di perdita di controllo sulla propria vita (Cousineau& Domar, 2007), e dal fatto che tale problematica divenga una questione centrale, "una fissazione", nella vita delle persone tanto da portarle ad escludere altri importanti aspetti della propria esistenza (Galhardo et al., 2011). I soggetti infertili sembrano, infatti, meno capaci di percepire la condizione di infertilità come una parte di una più ampia esperienza di vitae nell'essere consapevoli dei propri pensieri e sentimenti dolorosi (Gilbert, 2005; Neff, 2003).

Negli ultimi decenni i progressi in tema di PMA hanno reso possibile il generarsi di nuove speranze, ma anche di possibili ulteriori frustrazioni, in molte coppie con problemi di fertilità. Secondo alcuni studi, i trattamenti per l'infertilità risultano indurre più stress dell'esperienza di infertilità stessa specialmente per le donne, che devono sostenere diverse visite mediche durante ogni ciclo di trattamento e assumere diversi farmaci (Greil et al., 2011; Steuber& Solomon, 2008). Il trattamento ha, inoltre, un costo elevato che rappresenta un investimento imprevedibile (un azzardo) poiché

il risultato, in termini gravidanza e di nascita di un figlio, non è garantito. Durante il percorso di PMA, risposte emotive negative, quali un vissuto di estrema ansia e sofferenza, possono esitare in una interruzione precoce del trattamento: il 34% delle coppie che interrompono il trattamento hanno indicato lo stress come causa della loro decisione.

L'importanza di fornire supporto psicologico nei servizi per l'infertilità è stato ribadito da organi normativi di diversi paesi e da diverse associazioni coinvolte nell'assistenza al paziente infertile, così come da professionisti della salute mentale che lavoravano con l'infertilità (Boivin, 2003). Appare importante sottolineare anche l'interesse che i pazienti infertili stessi hanno espresso nel ricevere aiuto psicologico (Dooley et al., 2011; Laffont&Edelmann, 1994; Sundby et al., 1994).

La letteratura riporta sempre più prove a sostegno del fatto che diverse dimensioni psicologiche possono compromettere l'esito delle procedure di PMA, evidenziando l'importanza degli interventi psicologici, siano essi individuali, di coppia o di gruppo, quale parte integrante al trattamento (Van de Broeck et al., 2010). Si evidenzia, inoltre, che le coppie supportate da uno psicologo migliorano il loro vissuto emotivo e la sintomatologia psicofisica in modo significativo rispetto a coloro che non ricevono assistenza.

Nonostante ciò, durante i percorsi di PMA si tende a sottolineare soprattutto gli aspetti metodologici, tecnici e biologici, trascurando i vissuti emotivi, relazionali e psicologici di un processo che invece incide profondamente sull'identità di chi lo vive(Peterson et al., 2006; Willer, 2014).Appare quindi opportuno riconoscere la necessità di un approccio integrato al trattamento dell'infertilità, che tenga conto sia dei fattori biologici che di quelli psicologici.

In questa direzione, una possibile strategia di intervento, può essere rappresentata della tecnica della scrittura espressiva secondo Pennebaker i cui effetti benefici per la salute psicofisica sono ormai noti in diversi contesti di applicazione (Solano, 2013).La scrittura, infatti, consente di effettuare una riorganizzazione mentale di un evento difficile, permettendo alla mente di trovare un significato a ciò che è accaduto (o sta accadendo) attraverso l'attivazione di una serie di processi quali: l'organizzazione di una narrazione coerente, la riflessione sull'evento, e la definizione delle diverse emozioni in gioco (Pennebaker& Francis 1996). In questo senso, dunque, la tecnica della scritturadi Pennebakerpotrebbe rappresentare per la coppia nel corso dell'esperienza di PMA una risorsa in grado di promuovere l'attivazione dalla capacità di riconoscere, esprimere ed elaborare il non detto emotivo, psicologico e relazionale, aspetti inscindibili in un concetto di cura olistico, contribuendo ad ottenere dei riscontri positivi sia a livello emotivo che fisiologico.

In letteratura sono presenti due studi che hanno esaminato gli effetti della tecnica della scrittura nella PMA, il lavoro di Panagopoulou, et al.(2009) ed il successivo studi diMatthiesen et al.(2012).

Nello specifico Panagopoulou, et al.(2009), non riscontrano alcun effetto della scrittura né sulla riduzione dello stress infertilità-correlato e generico, né sull'esito delle procedure mediche e, al contrario, riportano la percentuale più elevata di esito positivo delle tecniche di PMA (gravidanze) nel gruppo di pazienti che ha rifiutato di partecipare al suo studio.

Il lavoro di Matthiesen et al. (2012) mostra una riduzione "significativa" ($p<.15$) dei livelli di stress infertilità-correlato a seguito della scrittura, nessun effetto della scrittura sul tono dell'umore, e non vengono presi in considerazione gli effetti sull'esito delle procedure di PMA.

Tali risultati avrebbero dovuto scoraggiare l'impiego della scrittura espressiva secondo Pennebaker nel contesto dell'infertilità, tuttavia entrambi i lavori mostrano seri limiti metodologici comuni quali: lo svolgimento dell'esercizio di scrittura a casa senza controllo dei ricercatori; la scelta di argomenti «presunti neutri» per i controlli; valutazioni svolte in momenti critici della procedura (ad esempio valutazione iniziale 2 ore dopo il transfer dell'embrione, valutazione post test dopo aver saputo l'esito delle tecniche di PMA); l'alto tasso di rifiuti e non risposte (elevata autoselezione); una eccessiva durata dell'esercizio di scrittura, 7 giorni consecutivi (Panagopoulou, et al. 2009). Tutto ciò può aver influenzato negativamente i risultati ottenuti rendendo utile un ulteriore studio volto a dirimere la questione sull'efficacia della scrittura nel contesto della PMA.

L' obiettivo principale del presente lavoro è stato quello di valutare gli effetti della tecnica della scrittura di Pennebaker in coppie in procinto di iniziare un percorso di procreazione medicalmente assistita ipotizzando che l'elaborazione emotiva attivata dalla scrittura possa ottenere un effetto in termini di:

1. diminuzione dei punteggi di alessitimia, indice di una maggiore capacità di elaborazione cognitivo-emozionale dell'esperienza, sia nelle donne che nei loro partner;
2. diminuzione del disagio psicofisico in entrambi i partner;
3. maggiore percentuale di esiti positivi delle procedure di PMA rispetto alle coppie di controllo;

Ulteriore obiettivo principale del lavoro è quello di indagare eventuali differenze negli esiti delle procedure di PMA tra il gruppo di partecipanti alla ricerca (coppie del gruppo sperimentale e di controllo) e quello dei pazienti che hannorifiutato di prendervi parte, sulla base dello spunto fornito dal lavoro di Panagopoulou et al. (2009).

Metodologia

Il campione è composto da coppie (talvolta solo dal partner femminile) reclutate presso due centri medici specializzati in PMA di Roma, rispettando i seguenti criteri di inclusione:

- avvalersi di tecniche di PMA di II livello (FIVET, ICSI) applicate in cicli a fresco con tecnica omologa;
- effettuare i monitoraggi ecografici, i prelievi e le visite mediche presso il centro e non all'esterno dello stesso perché, a differenza di altre ricerche in questo ambito, si vuole inserire la scrittura nella procedura medica e non come lavoro aggiuntivo;
- essere alla prima visita del ciclo di trattamento di PMA intrapreso;
- avvalersi di tecniche di PMA per problemi di fertilità e non per effettuare diagnosi genetica pre-impianto.

Tale campione è stato suddiviso tramite randomizzazione a coppie in: a) gruppo sperimentale, in cui le donne sono sottoposte alla tecnica della scrittura;b) gruppo di controllo, in cui le donne non hanno scritto.

A uomini e donne di entrambi i gruppi sono state fatte compilare la TAS-20 e la SCL-90-R prima e dopo l'intervento di scrittura.

Nello specifico al gruppo sperimentale sono stati richiesti 4 incontri totali: nel primo incontro viene chiesto di compilare una scheda anamnestica conoscitiva, la TAS-20 e la SCL-90-R per poi passare con le donne alla prima seduta di scrittura; nei successivi due incontri presso la struttura, in concomitanza con le visite mediche, le donne effettuano le altre 2 sedute di scrittura; nel quarto ed ultimo incontro, che avviene prima di procedere con il pick-up dell'ovocita, vengono nuovamente somministrati TAS-20 ed SCL-90-R per poter valutare la presenza di eventuali cambiamenti nei punteggi ai test a seguito al lavoro di scrittura.

Le istruzioni che sono state date per svolgere il compito di scrittura espressiva sono le seguenti:

«Per i prossimi tre incontri vorrei che scrivesse dei suoi pensieri e sentimenti più profondi a proposito dell'esperienza di procreazione assistita che sta vivendo. Nei suoi scritti vorrei che si lasciasse andare ad esplorare le sue più profonde emozioni e pensieri legati a questa esperienza. Può collegare i suoi scritti alle relazioni con gli altri (compresi partner, genitori, amici e parenti) al suo passato, presente o futuro; a ciò che è stata, che le piacerebbe essere o che è ora, ipotizzando che tutto sia andato per il meglio. Non si preoccupi del perfetto uso dell'italiano: l'unica regola è che una volta iniziato a scrivere vada avanti fino alla fine del tempo a sua disposizione (20 minuti).»

Al gruppo di controllo sono stati richiesti 2 incontri totali: nel primo incontro viene chiesto di compilare una scheda anamnestica conoscitiva, la TAS-20 e la SCL-90-R; nel secondo ed ultimo incontro, che avviene prima di procedere l'intervento di pick-up dell'ovocita, le coppie compileranno

nuovamente la TAS-20 e la SCL-90-R, analogamente al gruppo sperimentale.

Analisi dei dati e risultati

Un totale di 130 pazienti hanno dato la loro disponibilità a partecipare alla ricerca 91 donne (46 gruppo sperimentale, 45 gruppo di controllo) e 39 uomini (18 gruppo sperimentale, 21 gruppo di controllo),mentre 22 pazienti hanno rifiutato di aderire allo studio.

Analisi separate saranno condotte sui due gruppi di donne e di uomini (sperimentale/controllo) che avranno completato il protocollo di ricerca.

I due gruppi di donne sono risultati essere omogenei rispetto a tutte le variabili sociodemografiche prese in esame ovvero: età, scolarità, occupazione, stato civile, numero figli, causa dell'infertilità, tempo trascorso dall'inizio dei tentativi di gravidanza, numero di tentativi di PMA precedenti, fumo, alcol (unità alcoliche giornaliere), attività fisica (ore a settimana).

Successivamente per valutare differenze tra i due gruppi di donne rispetto ai punteggi di alessitimia e di sintomatologia psicofisica a seguito del lavoro di scrittura espressiva è stata effettuata una ANOVA con disegno misto. Le analisi mostrano un effetto significativo del Tempo relativamente al punteggio Totale (p=.05) e al Fattore 1 "Difficoltà ad Identificare le Emozioni" (p=.003) della TAS-20 che evidenzia come i punteggi dei due gruppi globalmente diminuiscano alla seconda misurazione(vedi Tabella 1).

Inoltre, emerge un effetto significativo del Tempo relativamente ai punteggi ottenuti alla scala di Ansia Fobica (SCL-90-R) che mostra come i punteggi a questa scala aumentano alla seconda misurazione in entrambi i gruppi (p=.04). I due gruppi mostrano, inoltre, una differenza significativa nei punteggi di Somatizzazione alla seconda misurazione (p=.04) che non emergeva alla prima, nella direzione di minori punteggi di somatizzazione nel gruppo di donne che hanno svolto il compito di scrittura espressiva (vedi Tabella 2).

Tabella 1. Differenze nei punteggi di alessitimia nei gruppi di donne

Variabile	**Donne Gruppo Sperimentale N=46**		**Donne Gruppo Controllo N=45**		**F**	**p**
	M	**ds**	**M**	**ds**		
TAS-20 TOT					**Tempo**3.88	**.05** *
Prima	47.46	14.15	46.97	13.42	Gruppo0.00	1 (n.s.)
Dopo	45.50	13.38	45.97	14.32	Interazione .41	.52 (n.s.)
F1-DIE					**Tempo**9.04	**.003***
Prima	17.20	7.48	16.70	7.05	Gruppo 0.06	.94(n.s.)
Dopo	15.52	6.81	15.00	7.57	Interazione0.84	.36(n.s.)
F2-DDE					Tempo 0.44	.51 (n.s.)
Prima	12.82	4.81	12.47	4.40	Gruppo 0.24	.62 (n.s.)
Dopo	12.71	5.23	12.13	4.78	Interazione 0.11	.73(n.s.)
F3-POE					Tempo 0.04	.83 (n.s.)
Prima	17.43	5.33	17.82	5.18	Gruppo 0.67	.41 (n.s.)
Dopo	17.06	5.18	18.35	5.37	Interazione 1.38	.24(n.s.)

p<.05

Nota: DIE=Difficoltà ad Identificare le Emozioni, DDE=Difficoltà a Descrivere le Emozioni, POE=Pensiero Orientato all'Esterno.

Tabella 2. Differenze nei punteggi di sintomatologia psicofisica gruppi di donne

Variabile	**Donne Gruppo Sperimentale N=46**		**Donne Gruppo Controllo N=45**		**F**	**p**
	M	**ds**	**M**	**ds**		
Global Severity Index					Tempo 0.00	.99 (n.s.)
Prima	0.50	0.37	0.59	0.44	Gruppo 0.58	.45 (n.s.)
Dopo	0.51	0.44	0.58	0.47	Inter. 0.19	.66 (n.s.)
Somatizzazione					Tempo 0.86	.36 (n.s.)
Prima	0.48	0.43	0.71	0.53	Gruppo 4.57	.04 *
Dopo	0.44	0.41	0.69	0.57	Inter. 0.46	.83 (n.s.)
Ossessivo-Compulsivo					Tempo 2.89	.09 (n.s.)
Prima	0.66	0.54	0.75	0.61	Gruppo 0.14	.71 (n.s.)
Dopo	0.78	0.74	0.80	0.75	Inter. 0.58	.45 (n.s.)
Sensibilità Interpers.					Tempo 3.13	.08 (n.s.)
Prima	0.51	0.50	0.50	0.47	Gruppo 0.10	.91 (n.s.)
Dopo	0.43	0.51	0.46	0.55	Inter. 0.53	.47 (n.s.)
Depressione					Tempo 0.31	.58 (n.s.)
Prima	0.75	0.64	0.80	0.63	Gruppo 0.30	.86 (n.s.)
Dopo	0.75	0.69	0.75	0.66	Inter. 0.39	.53 (n.s.)
Ansia					Tempo 0.21	.65 (n.s.)
Prima	0.57	0.40	0.68	0.55	Gruppo 0.24	.63 (n.s.)
Dopo	0.64	0.60	0.65	0.58	Inter. 1.52	.22 (n.s.)
Ostilità					Tempo 0.05	.81 (n.s.)
Prima	0.44	0.39	0.62	0.75	Gruppo 1.44	.23 (n.s.)
Dopo	0.47	0.47	0.60	0.71	Inter. 0.39	.53 (n.s.)

Ansia Fobica					Tempo 4.25	.04*
Prima	0.14	0.22	0.17	0.44	Gruppo 0.04	.84 (n.s.)
Dopo	0.21	0.40	0.21	0.40	Inter. 0.29	.58 (n.s.)
Ideazione Paranoide					Tempo 1.09	.30 (n.s.)
Prima	0.49	0.48	0.43	0.46	Gruppo 0.04	.84 (n.s.)
Dopo	0.36	0.46	0.47	0.51	Inter. 2.91	.09*
Psicoticismo					Tempo 0.02	.86 (n.s.)
Prima	0.32	0.35	0.30	0.34	Gruppo 0.06	.81 (n.s.)
Dopo	0.32	0.38	0.30	0.39	Inter. 0.01	.94 (n.s.)

Rispetto ai due gruppi di uomini anch'essi sono risultati essere omogenei rispetto a tutte le variabili sociodemografiche prese in esame:età, scolarità, occupazione, stato civile, numero figli, causa dell'infertilità, tempo trascorso dall'inizio dei tentativi di gravidanza, numero di tentativi di PMA precedenti, fumo, alcol (unità alcoliche giornaliere), attività fisica (ore a settimana).

Una ANOVA con disegno misto è stata effettuata per valutare differenze tra gruppi rispetto ai punteggi di alessitimia e di gravità della sintomatologia psicofisica (GSI del test SCL-90-R) a seguito del lavoro di scrittura espressiva nelle partner.

Rispetto ai punteggi ottenuti alla TAS-20 emerge una interazione significativa (Gruppo x Tempo) al fattore "Pensiero Orientato all'Esterno".Il test dei post hoc ha mostrato nel gruppo dei partner delle donne che hanno svolto il lavoro di scrittura una diminuzione significativa nel tempo dei punteggi al Fattore 3 nel gruppo sperimentale (p=.001) ma non nel gruppo di controllo (p=.41), ed una differenza significativa tra i due gruppi alla seconda misurazione (p=.001) ma non alla prima (p=.33). Questo evidenzia come nei partner delle donne che hanno svolto il lavoro di scrittura vi sia una diminuzione dei punteggi indicativi di uno stile cognitivo concreto ed orientato all'esterno.Emerge, inoltre, un effetto significativo del Tempo (p=.04) rispetto ai punteggi totali di alessitimia che testimonia come globalmente i punteggi diminuiscano nel tempo(vedi Tabella 3). Nonostante l'effetto di interazione non sia risultato significativo, è stata comunque svolta una analisi degli effetti semplici per valutare l'effetto del trattamento separatamente nei due gruppi dalla quale emerge una differenza statisticamente significativa nel tempo nei punteggi di alessitimia del gruppo sperimentale (p=.03) che non compare nel gruppo di

controllo (p=.52). Nonostante l'assenza di interazione significativa impedisca di affermare che vi sia un effetto specifico del trattamento, queste analisi mostrano lo sviluppo una maggiore capacità di elaborazione cognitivo emozionale dell'esperienza negli uomini del gruppo sperimentale.

Tabella 3. Differenze nei punteggi di alessitimia e di sintomatologia psicofisica gruppi di uomini

Variabile	**Uomini Gruppo Sperimentale N=18**		**Uomini Gruppo Controllo N=21**		**F**		**P**
	M	**ds**	**M**	**ds**			
TAS-20 TOT					Tempo	4.27	**.04***
Prima	**48.38****	10.73	47.19	13.25	Gruppo	1.42	.90 (n.s.)
Dopo	**43.94****	8.01	46.00	12.33	Inter.	0.31	.24 (n.s.)
F1-DIE					Tempo	2.59	.12 (n.s.)
Prima	13.44	4.63	14.33	6.77	Gruppo	0.42	.52 (n.s.)
Dopo	12.16	3.09	13.38	6.28	Inter.	0.55	.82(n.s.)
F2-DDE					Tempo	0.53	.47 (n.s.)
Prima	14.16	4.42	12.47	4.90	Gruppo	1.33	.25 (n.s.)
Dopo	13.72	4.02	12.19	4.94	Inter.	0.02	.87(n.s.)
F3-POE					Tempo	2.45	.12 (n.s.)
Prima	**20.78****	4.62	19.90	4.87	Gruppo	0.38	.55 (n.s.)
Dopo	**18.10****	4.15	**20.62****	4.92	Inter.	7.36	**.01***
GSI					Tempo	4.09	.06
Prima	0.57	0.24	0.28	0.19	Gruppo	5.01	**.04***
Dopo	0.42	0.24	0.25	0.27	Inter.	2.01	.18(n.s.)

***p<.05**

Rispetto ai punteggi inerenti la sintomatologia psicofisica, valutati attraverso il test SCL-90-R, ho deciso di valutare solo il Global Severity Index poiché la ridotta numerosità del campione non ha reso corretto indagare anche ogni dimensione del test. Le analisi mostrano un effetto significativo del Gruppo e uno tendete alla significatività del Tempo, senza interazione(vedi Tabella 3). Esse mostrano cioè che vi è una significativa diminuzione dei punteggi nella seconda somministrazione per ambo i

gruppi e che il gruppo sperimentale esibisce valori significativamente più alti del gruppo di controllo indipendentemente dal tempo di somministrazione del test (nonostante la randomizzazione, dunque, i due gruppi non possono essere considerati equivalenti per questa variabile).

Rispetto all'efficacia della scrittura espressiva secondo Pennebaker sull'esito delle procedure di PMA, emerge come il gruppo sperimentale riporti 13 successimentre il gruppo di controllo ne riporta 5, e tale differenza risulta essere statisticamente significativa (chi^2= 4.216; p=.04). Confrontando, inoltre, il numero di successi delle donne che hanno partecipato alla ricerca (sperimentali e controlli, 80.54%) e di quelle che invece hanno rifiutato di prendervi parte (19.46%) si rileva anche in questo caso una differenza significativa (chi^2= 10.17; p= .006) nella direzione di un maggior numero di successi nel gruppo di donne che hanno scritto. Nessun successo, infatti, è stato ottenuto dal gruppo di donne che harifiutato di partecipare allo studio.

La mediana dei punteggi totali di alessitimia ottenuti al baseline da ciascun gruppo, è stata utilizzata per suddividere i gruppi in: gruppo sperimentale bassa alessitimia/ alta alessitimia; gruppo di controllo bassa alessitimia/alta alessitimia, con lo scopo di indagare se vi fossero differenze negli esiti delle procedure di PMA nei 4 gruppi così realizzati.Nonostante non emergano differenze statisticamente significative tra gruppi (p.=09), è possibile notare come alcune caratteristiche psicologiche individuali e l'intervento scrittura, sembrino svolgere un ruolo di mediazione soprattutto nel caso di «alti punteggi di alessitimia» tanto da condizionare una differenza nel tasso di successi tra il 22.7% nel gruppo di donne che hanno scritto, ed il 4.4% nel gruppo di controllo (Tabella 4).

Tabella 4. Differenze negli esiti delle procedure di PMA in base ai punteggi iniziali di alessitimia

Gruppo	**Esito Negativo**	**Esito Positivo**	**Tot.**	**% Esito Positivo**	**Chi^2**	**p**
Sper. Bassa alessitimia	16	8	24	33.3		
Sper. Alta alessitimia	17	5	22	**22.7**		
					6.386	.09
Contr. Bassa alessitimia	18	4	22	18.2		
Contr. Alta alessitimia	22	1	23	**4.4**		

***p<.05**

Discussioni e Conclusioni

I risultati della presente ricerca mostranoun maggior numero di gravidanze (28%) nel gruppo di scrittura espressiva rispetto al gruppo di controllo (11%), ma nessuna differenza tra gruppo di controllo e gruppo di soggetti che hanno rifiutato(0%) di partecipare allo studio; ed una promozione delle competenze di elaborazione cognitivo emozionale dell'esperienza nei partner delle donne che hanno svolto l'esercizio di scrittura espressiva quale effetto indiretto della tecnica della scrittura.

È dunque possibile concludere che la tecnica della scrittura secondo Pennebakersvolta all'interno del percorso medico, e non come lavoro extra per cui ricavare uno spazio aggiuntivo, che si inserisca all'interno delle visite mediche stabilite di routine, diventando parte integrante del percorso, e svolto alla presenza dello psicologo, in un momento in cui alla donna è richiesto di attenersi ad una serie di prescrizioni mediche che conferiscono una sensazione di controllo sull'evento (seppur parziale) che si sta affrontando, riesca ad attivare una elaborazione cognitivo emozionale dell'evento che ottiene effetti benefici sull'esito della tecnica di PMA.

Probabilmente, a causa del breve lasso di tempo tra le due misurazioni non si riescono a riscontrare effetti specifici del lavoro di scrittura sui punteggi self-report ottenuti dalle donne.Tuttavia, possiamo ipotizzare che l'atto di scrivere da parte delle donne di pensieri ed emozioni connesse all'esperienza, ha probabilmente cambiato il modo di comunicare nella coppia rendendo i membri maggiormente consapevoli di ciò che stavano vivendo e provando. Le mogli/compagne sono probabilmente entrate maggiormente in contatto con le proprie emozioni, con le proprie paure e con i propri desideri, riuscendo ad instaurare una comunicazione con il proprio partner più serena, autentica, emozionale e cosciente, aumentando di riflesso la tendenza del marito/compagno ad entrare in contatto con le proprie emozioni più profonde e a condividerle all'interno della coppia, instaurando un circolo emotivo e relazionale che ha permesso ad entrambi di raggiungere un maggior benessere psicologico, come mostrato dal maggior numero di gravidanze e dalla diminuzione dei punteggi di Pensiero Orientato all'Esterno e Totali della TAS-20 nei partener maschili.

Rispetto all'esito si riscontra l'efficacia della scrittura nel promuovere gli esiti positivi delle tecniche di PMA. Rispetto all'inclusione nell'analisi del gruppo di pazienti che ha rifiutato di partecipare allo studio, emerge come nessun paziente ottenga un esito positivo. Tale risultato è in contrapposizione con quanto mostrato dal lavoro di Panagopoulou et al. (2009) in cui non si riportavano differenze significative tra i successi ottenuti dai gruppi di controllo (no scrittura),sperimentale (scrittura emotiva) e neutro (scrittura «neutra»). Lo studio, al contrario, riportava una percentuale di successo delle tecniche di PMA maggiore nel gruppo delle donne che hanno rifiutato di partecipare allo studio rispetto alle altre condizioni sperimentali. Come può essere interpretata l'incongruenza

riscontrata tra i risultati del presente studio e quelli di Panagopoulou et al (2009)?

Risulta necessario sottolineare l'importanza di adattare la tecnica al contesto e quindi evidenziare come la scrittura espressiva svolta all'interno del percorso di PMA come sua parte integrante, e alla presenza dello psicologo, riesca ad attivare una elaborazione cognitivo emozionale dell'evento che ottiene effetti benefici sull'esito della PMA che non si riscontra in Panagopoulou et al. (2009) in cui viene svolta da casa a fine procedura medica.Le donne che hanno rifiutato di partecipare allo studio di Panagopoulou et al. (2009) sono state comunque disponibili a completare i test, in modo analogo alle donne del gruppo di controllo del mio studio, ma hanno rifiutato il dover scrivere per 7 giorni consecutivi di emozioni connesse alla condizione di infertilità proprio nel periodo di attesa del test accertante la gravidanza, in cui la sensazione di «essere in balia del destino» e la perdita di controllo sull'evento PMA sono totali, ed in cui le difese sono maggiori e da rispettare. Possiamo quindi ipotizzare che le donne che hanno rifiutato di partecipare al mio studio rappresentino la parte più vulnerabile/difesa della popolazione da me contattata, con un rifiuto ad attivare un pensiero, una riflessione (per la situazione o come tratto stabile) rifiutando sia la compilazione dei test che l'esercizio di scrittura, e tutto ciò potrebbe essere connesso al n. di successi =0. Al contrario i rifiuti di Panagopoulou et al. (2009) potrebbero rappresentare la parte più sana, assertiva e consapevole della popolazione da lui contattata il che potrebbe spiegare perché riscontri in questo gruppo i successi maggiori sull'esito.

La ricerca presenta alcuni limiti, il primo riguarda l'impossibilità di effettuare dei follow-up maggiormente distanziati dalla fine delle sessioni di scrittura, dato che questo avrebbe comportato il dover effettuare valutazioni delle variabili psicologiche in momenti critici dal punto di vista medico ed emotivo. Questo può aver influito negativamente sulla quantità e dimensione dei risultati riscontratirispetto alle valutazioni self-report. Un ulteriore limite è inerente l'ampiezza del campione reclutato, in quanto soprattutto a causa delle basse percentuali di successo delle tecniche di PMA, sarebbe stato utile un campione più ampio. La modesta ampiezza del campione è legata sia ai criteri di inclusione molto selettivi che all'impegno richiesto da ogni singolo caso, avendo voluto svolgere l'intero protocollo di ricerca all'interno del contesto medico, in presenza dello psicologo. Inoltre sono stati utilizzati strumenti self-report per la valutazione di variabili psicologiche. Infine, lascarsa partecipazione dei partner maschili ha reso difficile raccogliere dati delle coppie. Il lavoro sul campo ha mostrato come in una società frenetica e in una città caotica come Roma, molte donne si recavano da sole (o con qualche parente) alla maggior parte degli appuntamenti.

La ricerca presenta, tuttavia, anche dei punti di forza, come l'utilizzo di variabili di esito, ovvero alessitimia e sintomatologia psicofisica, differenti da quelle generalmente utilizzate in studi analoghi concentrati sullo stress generico o infertilità correlato. Inoltre, le misurazioni sono stateeffettuate prima dell'inizio della stimolazione ormonale (inizio trattamento) ed in occasione dell'ultimo controllo ecografico precedente il pick-up dell'ovocita, momenti non particolarmente delicati tra quelli caratteristici del percorso di PMA. Il reclutamento dei partecipanti e l'intero protocollo di ricerca sono avvenuti di persona, alla presenza dello psicologo, e non via mail o presso la propria abitazione. Ulteriori punti di forza sono rappresentati dall'aver adattato la procedura alla situazione in cui si operava, l'aver lasciato del tempo, successivo alla seduta, in cui la persona non si impegni immediatamente in altre attività, ma possa lasciar vagare la mente, come possiamo ipotizzare avvenga nel tragitto per tornare a lavoro o a casa (Pennebaker, 2008).

In conclusione, nonostante non tutte le ipotesi di partenza siano state confermate statisticamente ritengo che la rilevanza dei dati ottenuti sia considerevole ed incoraggiante per la prosecuzione futura del lavoro nella direzione non solo di un ampliamento del campione, ma anche di una indagine specifica sugli scritti prodotti dalle donne, anche volta ad indagare la relazione di questi dati con l'esito delle tecniche di PMA.I dati ottenuti vanno a supporto di quanto già evidenziato nella letteratura internazionale rispetto alla rilevanza di variabili psicologiche sugli esiti della PMA e quindi sull'importanza di fornire forme di supporto/ intervento clinico alle coppie che affrontano questo percorso, anche individuando le tipologie di aiuto più idonee alle capacità/difficoltà mostrate dall'utenza.

Questo è in linea con quanto sostenuto nell' art. 6 legge n. 40/2004 in materia di PMA (GU serie generale n. 161 del 14.07.2015) che sottolinea l'importanza dell'attività di consulenza e di supporto psicologico in tutte le fasi del percorso, dall'approccio diagnostico a quello terapeutico dell'infertilità, a prescindere dall'esito delle tecniche applicate. Tutto ciò rende necessario interrogarci come clinici sul come inserirci in modo realmente integrato nel percorso di PMA.

Bibliografia

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57: 2325–2341.

Burns, L.H., & Covington, S.N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1–19). New York: Cambridge University Press.

Dooley, M., Nolan, A., &Sarma, K.M. (2011). The psychological impact of male factor infertility and fertility treatment on men: a qualitative study.

The Irish Journal of Psychology, 32: 14-24.doi:10.1080/03033910.2011.611253

Dunkel-Schetter, C., &Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29–57). New York, NY: Plenum.

Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20:224–228. doi:10.1016/j.sexol.2011.08.005

Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge.

Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45: 1679–1704. doi:S0277953697001020

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., &Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. *Social Science & Medicine*, 73: 87–94. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.023

Laffont,I., &Edelmann,R.J. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization.*Journal of Psychosomatic Obstetrics &Gynecology*, 15:183-188.

Matthiesen, S., Klonoff-Cohen, H,Zachariae, R., Jensen-Johansen, M. B., Nielsen, B. K., Frederiksen, Y., Schmidt, L., &Ingerslev, H. J. (2012). The effect of an expressive writing intervention (EWI) on stress in infertile couples undergoing assisted reproductive technology (ART) treatment: A randomized controlled pilot study. *British Journal of Health Psychology*, 17: 362–378. doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02042.x

Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self-Identity*, 2: 223-50.

Panagopoulou, E., Montgomery, A., &Tarlatzis, B. (2009). Experimental emotional disclosure in women undergoing infertility treatment: Are drop-outs better off? *Social Science & Medicine,* 69: 678–681.

Pennebaker, J. W. & Francis, M. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*,10: 601-626.

Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21: 2443-2449.

Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Seconda Edizione. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Steuber, K.R. & Solomon, D.H. (2011). Factors that predict married partners' disclosure about infertility to social network members. *Journal of Applied Communication Research*, 39: 250-270. doi 10.1080/00909882.2011.585401

Sundby,J.,Olsen,A. &Schei,B. (1994). Quality of care for infertility patients. An evaluation of a plan for a hospital investigation. *Scand J Soc Med*, 22:139-144.

Syme, G.B. (1997). Facing the unacceptable: The emotional to infertility. *Human Reproduction*, 2: 183-187.

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81: 422-428.

Willer, E. K. (2014). Healthcare provider compassionate love andwomen's infertility stressors. Communication Monographs,81,407–438. doi:10.1080/03637751.2014.940591

Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.-E., &Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22: 598–604. doi:10.1093/humrep/del401

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. &Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92: 1520-1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009

Anna La Mesa

Psicologa, Psicoterapeuta

L'intervento psicologico-sistemico nell'infertilità di coppia

Ho iniziato ad interessarmi alla peculiare configurazione dell'infertilità tanti anni fa, mentre riflettevo sul genogramma di un'allieva. Era evidente che c'erano molte ferite e molti tagli alle radici dell'albero della famiglia. Indagai un po' meglio e l'allieva mi confermo che né lei né i suoi fratelli, pur avendo desiderato figli erano riusciti ad averne. Da lì ho iniziato a studiare in maniera più capillare ed approfondita questa peculiarità. Quella constatazione che mi aveva colpito mi sembrava indicasse anche una strada di cura.

Ho iniziato quindi, ad occuparmi da sola, della coppia con problemi di fertilità. Nel tempo ho immaginato di poter ampliare e rendere più efficace quel lavoro centrato sulle storie familiari. Le conoscenze che come psicoterapista di famiglie e coppie ho maturato in quaranta' anni di lavoro mi hanno portato a valorizzare sempre più una "logica sistemica" in cui ogni singolo individuo non può prescindere dalle proprie relazioni per trovare equilibrio nella vita.

La visione "sistemica" incentiva alla collaborazione. Ho quindi creduto giusto, per potenziare un lavoro che è clinico ma anche di ricerca, introdurre altre variabili. Mi sono quindi ricordata dei benefici avuti nella mia esperienza personale da un percorso ipnotico e mi sono detta che forse si poteva sperimentare in un progetto di ricerca la combinazione di variabili diverse di forme di psicoterapia. Ho esortato ex allievi brillanti divenuti poi collaboratori ad approfondire l'efficacia delle tecniche ipnotiche sulle problematiche della fecondazione.

E poi la mia collega, la Dott. Testa Lina Luana, ginecologa ed omeopatia, con la quale dialogavo sempre sulle problematiche della fertilità... che ha sempre "regalato" a tutti noi il suo sapere mi ha convinto ad introdurre qualcosa che riguardasse il corpo e mi ha fatto conoscere la persona che ora collabora con noi per la parte del massaggio. E mi sono detta "il corpo" non va dimenticato.

E' così' partito un intervento più globale ed integrato per le problematiche dell'infertilità: una parte di percorso con la coppia congiunta ed una parte che rispetta l'individualità delle proprie risorse emotive e dell'intimità del proprio corpo.

Oggi sentirete raccontare da ognuno di noi una parte di questo progetto di intervento clinico che ricerca dati di efficacia[37].

L'infertilità deriva dalle interazioni della coppia e non del singolo partner.

Già in passato Ackermann[38] notava «È comune osservazione che i disturbi di una relazione coniugale, raramente, o quasi mai, vengono determinati da uno solo dei coniugi».

Nel caso dell'infertilità della coppia, questa osservazione è più che mai da confermare. La si desume chiaramente nella misura in cui si interagisce,nel lavoro clinico, con la coppia e non solo con uno dei due partner.

Allo stato attuale, in Italia, è molto raro che siano riportati in letteratura studi e casistiche sulla coppia. Ciò deriva, forse, da una serie di aspetti che definirei "culturali" e che provo ad elencare:

1)Da un modello di formazione medica che tende a focalizzare l'attenzione sull' organo, e sull'organo del singolo da risanare. Un modello in cui, per di più,si tende a padroneggiare il concepimento mentre sono escluse o minimizzate le più evidenti connessioni mente-corpo. Se il corpo o l'organo appare "bloccato" paradossalmente lo si forza e si cerca di aggirare, con interventi sempre più medicalizzati, gli assetti difensivi di quel corpo che hanno,invece per la persona, un motivo di esistere.

L'area di intervento che concerne l'infertilità è, a nostro avviso, marcatamente relazionale ed interattiva. Basta pensare che esiste una interazione tra "apparati", tra mediatori, tra ormoni, tra uomo e donna. Diciamo metaforicamente che persino l'ovulo e lo spermatozoo devono piacersi prima di "fidanzarsi" e poi unirsi.

2) L'enfasi che si attribuisce all'organo non funzionante o al singolo non procreativo è connessa ad un modello lineare e causale molto "popolare" in cui la "colpa" della non riuscita e dell'eventuale fallimento va addebitata a qualcuno. Riporto l'esempio di una coppia che si presenta in consultazione con una diagnosi per la donna di sindrome dell'ovaio resistente. Il suo compagno dichiara "La sterilità tanto è di lei" e si sente autorizzato a dirlo grazie a questo modello "causale". Noi sappiamo dalla nostra esperienza clinica che le "colpe" schiacciano le persone e non permettono di trovare la forza di risanare un problema che pure esiste. Occorre far vedere il problema da un'altra prospettiva. Il partner di questa coppia si accorge,in itinere, di dover cambiare opinione dopo il lavoro fatto

[37] Carla Sorace coterapeuta nel percorso con le coppie; Federica Volpi e Nico Rago per il trattamento di visualizzazione in ipnosi; Tiziana Ceraso per il trattamento del corpo; Stefania Molle e Laura Marcone ricercatrici

[38] Ackerman N.W., *Psicodinamica della vita familiare*, Bollati Borimghieri,Torino, 1976

attraverso il genogramma della sua famiglia.Dalla storia, avvincente,del ramo paterno della sua famiglia emerge che suo nonno è l'unico sopravvisuto su otto figli, bambini morti precocemente, e che a sua volta, morirà giovane lasciando suo padre orfano nell'adolescenza. Tracce di tanti eventi luttuosi il nostro paziente le ritrova in sé e in suo fratello,anch'esso senza prole, sotto forma di angoscia e timore riguardo al tema della nascita e della sopravvivenza.

È importante che ognuno dei due partner si accorga delle proprie implicazioni all'infertilità e collabori con l'altro partner invece di addossare responsabilità o colpa. L'apertura emozionale e l'elaborazione delle difficoltà aprono quasi sempre la porta alle risoluzioni e di conseguenza al concepimento.

La coppia propone la sua volontà conscia di volere un figlio

La coppia quando non riesce naturalmente ad avere un bambino spesso si ritrova, come meccanismo difensivo, ad esaltare la volontà conscia, quella volitiva ed esplicita di volere un figlio. Se voglio un figlio lo devo avere. L'altra parte, quella inconscia e inconsapevole, che di fatto è quella che determina il blocco viene rimossa, messa a tacere. E' evidente che doverla prendere in considerazione implica dover ammettere, che, per qualche motivo non chiaro e consapevole esiste una conflittualità tra la parte che vuole e la parte che "teme".

La nostra accoglienza verso la coppia si concretizza nel lavoro terapeutico partendo proprio da qui: nel cominciare a valorizzare il loro desiderio ma anche a dare valore ai loro timori ed ascolto alle loro contrazioni.

Si inizia a spiegare alla coppia che bisogna riconoscere i segnali per poter riuscire insieme ad individuare il blocco. Il blocco fa parte di una reazione esagerata e/o "indifferenziata" che in maniera "sistemica" si propaga a partire da una memoria, un'emozione o da una minaccia avvertita come tale.

Il blocco può essersi innescato a tre livelli:

1) Livello individuale: l'individuo può riconoscere un blocco nella storia personale del suo corpo, e della memoria negli eventi occorsi della sua vita.

Basti tra questi annoverare un aborto volontario, di solito deciso nell'epoca giovanile e adolescenziale, fatto sovente di nascosto dei genitori, scelto o percorso perché non si poteva fare diversamente. E' un esempio classico di come possano rimanere esiti di una conflittualità interna. La parte conscia ha, all'epoca, deciso che non si poteva avere quel figlio mentre la parte inconscia, da qualche altra parte, aveva aperto la porta a quel figlio, facendolo annidare nel proprio corpo. A distanza di tempo, quando ora un figlio si desidera e si potrebbe avere la memoria interna di quel dilemma, di

quella scelta porta la donna a pensarsi o sentirsi una madre "non buona" per quella scelta operata nel passato. Stiamo quindi dicendo che una scelta forte e traumatica come quella di un aborto, se non elaborata, scavalca gli argini del passato e si confonde con il presente.

2) Gli intrecci relazionali della coppia dovuti ad interazioni disfunzionali, magari pregresse e nel presente apparentemente superate, possono avere un peso e creare perturbazioni. Spesso sono i segreti riguardanti storie delle famiglie d'origine, oppure le cose taciute all'interno della coppia stessa come possibili "tradimenti".

La coppia può, senza volerlo, rinforzarsi su aspetti di blocco dell'evoluzione personale e della coppia. Porto un esempio di una "forma di relazione" instaurata da una coppia che mostra una palese dissonanza. Stanno insieme da dieci anni, convivono da 5 anni, e lei, che pure gestisce tutta la vita professionale di lui, si lamenta che sono 5 anni che non ha un armadio per sé, nella casa che è di lui, ma nella quale lei abita. Come mai un blocco simile?? E' lei che si sente non a casa "propria" e non se la sente di chiedere al compagno? Ha timore di imporsi? E' lui che la inibisce o la sottomette? In qualche modo la metafora dell'armadio diventa una metafora della difficoltà della coppia di accogliere e di essere accolti.

3) La terza aerea è derivante dalle storie delle famiglie d'origine e da miti e mandati familiari.

Come la collega la Dott.ssa Sorace ha già spiegato il tema della proiezione dell'immaturità di Bowen è un tema cruciale nell'intreccio delle coppie e delle loro rispettive storie delle famiglie d'origine.

Temi emotivi importanti possono diventare prima recessivi e poi riapparire come dominanti. Porto a tal proposito un esempio. L'uomo che si presenta da noi con sua moglie, ha nella sua storia familiare, in maniera ridondante e ripetitiva, l'evidenza che gli uomini muoiono giovani, sempre alla stessa età, sempre per malattia cardiaca. Anche lui presenta una minima anomalia cardiaca ma per tale motivo si è sempre sentito più malato del dovuto,e teme di morire giovane. Si è sposato tardivamente e solo con questa donna con cui si è sposato ha sentito il desiderio della paternità e la voglia di creare una famiglia.

Lei viene da una storia familiare di grande abbandono da parte dei genitori: una sorta di madre bambina e di un padre così assorbito dalle richieste della moglie che riusciva a dare alle figlie ben poca attenzione. Lei teme di dovercela fare da sola…le paure di lei vengono rinforzate da quelle di lui in un processo "ricorsivo" di contrazione in cui la paura ha la meglio.

I dati da ricercare per le aree della non procreazione sono specifici e particolari.

E' soprattutto l'interconnessione di problematiche uguali per entrambi i partner o di blocchi diversificati ma interagenti tra loro che interferiscono e creano un dis –allineamento in quel percorso creativo che è la fertilità nella coppia.

Occorre l'interazione tra i due coniugi con la convergenza o l'innesto tra i due rami familiari per creare il blocco, una paura che si mescola con altri timori.

Se è un solo ramo a creare perturbazione il blocco si può risolvere con facilità ed anche in tempi brevi.

Porto un esempio emblematico e spero esaustivo:

Lei la donna	Lui l'uomo
Madre orfana (neonata)	Padre orfano (in adolescenza)
Mai conosciuto Padre	deve smettere gli studi
Collegio	abbandonato dal F e dai parenti
Defraudata dai suoi beni (derivanti dal P)	Deve occuparsi della M
Sposa uomo buono ma depresso	Sposa una donna "invadente"
Lui manda i soldi a fam d'origine e non li tiene alla loro	
Ai figli inclusi nei conflitti viene chiesto di parteggiare	I figli sempre triangolati nei conflitti

Risultano evidenti le ridondanze e le problematiche quasi uguali nelle due storie familiari:

A) L'orfanilità precoce che induce timori di sopravvivenza, senso di solitudine, paura per il futuro.
B) Povertà e sensazione di essere defraudati dei propri beni, non protetti da altri membri del proprio sistema familiare e quindi altra, aggiunta, sensazione di solitudine.
C) Non riconoscimento della costruzione della nuova famiglia, bisogna sempre pensare al genitore sopravvissuto e provvedere alla famiglia d'origine, che rimane prioritaria.
D) Inversione del ruolo: occorre fare il genitore del proprio genitore.
E) Conflittualità nella coppia che "cattura" i figli.

EFFETTI SUI FIGLI (i nostri pazienti)

F) Relazione difficile e conflittuale con le due figure di identificazione parentale. Per la donna relazione esasperata e iper- conflitttuale con la madre, per l'uomo con il padre.

La donna ammette:

"Ho sempre pensato che se non risolvevo i miei problemi sarebbe stato difficile avere un figlio perché ho vissuto un rapporto inquinato con mia madre". Ma fa molta resistenza nel dismettere la conflittualità.

G) Relazione di iper-complicità con il genitore del sesso opposto. Lei è la bambina prediletta di papà e lui il quasi-marito di mamma.

Esiste il desiderio .....ma non lo spazio ..

Una donna ha così sintetizzato in maniera intelligente il suo blocco "Sono convinta che il mio è un blocco dei movimenti interni".

Il desiderio esiste ed è una risorsa trainante, va valorizzato, ma va creato lo spazio per un figlio e va rimesso in moto il "movimento" nella vita e della vita stesso. La trasformazione deve essere evidente per poter produrre un effetto, in particolare quello desiderato del concepimento.

Il nostro compito è allora quello di permettere alla donna e all'uomo di avere accesso alle informazioni personali, di coppia e familiari che possono aver creato prima e mantenuto poi il blocco.

E' proficuo lavorare, ad esempio per la parte personale ed individuale, sulle paure profonde quasi arcaiche di entrare in contatto con il proprio corpo, per lui di «donare» il seme e per lei di accogliere quel seme.

Emerge la necessità di lavorare sulla «impenetrabilità» psichica, corporea ed emozionale che deriva quasi sempre da esperienze traumatiche non elaborate.

Il nostro obiettivo è quello di aiutare la coppia a capire che quelle informazioni, desunte dal genogramma e dal lavoro con noi, servono solo come un indicatore necessario a loro stessi per individuare, capire e correggere un "errore" che può bloccare un processo creativo come è la procreazione.

Una parte consistente del percorso cerca di fare vedere alla coppia quali aspetti della storia trigenerazionale ricadono su di loro e trovare il modo di smaltirli o di rimandarli al mittente, come già in passato suggeriva Bowen.

Il singolo partner per un verso e la coppia per un altro devono darsi il "permesso" di cancellare quelle informazioni "perturbanti".

Le informazioni perturbanti di solito sono connesse a segreti, a delle paure amplificate da tutto il sistema familiare.

Talvolta le persone si arroccano su paure anticipatorie "non è andata una volta e se di nuovo??" Tali parole apparentemente sembrano voler essere scaramantiche di fatto espongono ancor di più ad un insuccesso, come se fosse una profezia che si autodetermina.

«La paura non ti protegge da nulla e ti espone a tutto! Il che non vuol dire che non si debba essere prudenti» dice Pennac.[39]

Raramente si notano psicopatologie «nascoste» in uno dei due partner spesso abilmente ipercompensate. In tal caso è evidente che non si può lasciar andare il controllo esercitato sul corpo per timore che esca fuori la «follia». Ed è inevitabile che insieme al controllo sulla "paura della follia" si chiuda la porta all'amore e alla procreazione.

In questi rari casi occorre consigliare un percorso psicoterapico individuale indispensabile al riequilibrio delle istanze vitali.

Le Esortazioni Essenziali

Completato il lavoro sul genogramma, si danno indicazioni precise alla coppia che viene lasciata alla "vita" non priva di esortazioni.

Tali esortazioni cerchiamo di agganciarle con la miscela di emozioni provate e verbalizzate da loro nel percorso con noi. Per fargliele ricordare ancor di più valorizziamo anche le sensazioni sperimentate nel percorso con gli altri colleghi[40].

Le elenchiamo qui di seguito:

a) Prediligere e favorire spontaneità nella relazione di coppia è di certo più favorevole all'istinto procreativo che non esercitare il controllo su di sé o sull'altro...

b) Prestare attenzione all'allineamento tra pensiero, emozione ed azione.

Ognuno di noi raggiunge la "perfezione" quando riesce a rendere coerente nell'azione un pensiero che sostiene un'emozione. Se l'allineamento tra le tre componenti è sfalsato non si crea equilibrio e il necessario flusso interattivo si interrompe.

Trovo interessante ed eticamente corretto chiedere ai partner come intendono porre rimedio alle ferite della propria storia personale e della storia familiare. Dopo che loro hanno espresso la loro visione riparativa e trasformativa ci si può addentrare nel fornire loro ulteriori consigli. E' chiaro che tale percorso deve implicare una riappropriazione personale da parte loro.

Ci sono coppie con le quali il percorso è fluido, anche se non privo di ostacoli, e sono le situazioni dove si riscontrano i risultati migliori.

Ci sono coppie che mostrano conflittualità incistata e questa crea anche un andamento ondivago nella collaborazione con noi. E' come se quella rabbia a lungo inespressa non possa essere lasciata andare via, smaltita.

---

[39] D. Pennac ,*Storia di un corpo,* Feltrinelli, Milano 2012

[40] Il terapista ipnotico e la terapista del corpo

Talvolta viene riversata e deviata anche su interlocutori altri diversi da coloro che l'hanno generata.

In altre situazioni la coppia comprende su quali aree focalizzarsi ma i partner fanno più fatica ad entrare in una visione della loro vita più positiva. Penso che le nostre indicazioni debbano circolare in maniera fluida e produttiva nelle loro menti ma sono i loro corpi che devono rispondere ... Noi ci proviamo comunque ma nel rispetto, di cui siamo convinti, che la vita è loro, sono loro che la devono vivere e prendere nelle mani.

Tutti noi sappiamo bene che affinché possa attecchire lo spermatozoo all'ovulo in quel meraviglioso processo che è creare una vita, occorre la compartecipazione congiunta di amore, desiderio e azione.

Carla Sorace

Psicologa, Psicoterapeuta

L'intervento psicologico sistemico nell'infertilità di coppia

L'ottica con cui accompagniamo le coppie nel nostro percorso insieme, presume una visione del corpo e della mente come unitari e solo attraverso un lavoro che potenzi entrambe le dimensioni pensiamo sia possibile il superamento di quei sintomi o blocchi che si manifestano a livello somatico. La psiche agisce sul corpo in un dialogo che, molto spesso passa inosservato all'esterno, sia nella possibilità che si verifichi un blocco, come nella sterilità, sia nella trasformazione. Questa visione ci consente di considerare il nostro corpo "relazionale" oltre che biologico e sappiamo bene come talune forme di relazione possono favorire o bloccare l'equilibrio.

Tale relazione è talmente potente, che la sterilità, come tante altre condizioni, non può essere considerata una malattia da affrontare solo tenendo conto dell'aspetto medico-biologico; è anche una malattia dei sentimenti e delle relazioni che non può essere curata se non in sinergia e in un'ottica olistica che abbraccia la mente e il corpo. Gli squilibri ormonali, le contrazioni delle tube o dell'utero, la possibilità di disordini immunologici nelle donne, tali da produrre la comparsa di anticorpi antisperma (AS abs)[41] che molto possono limitare una gravidanza, sono alcuni esempi d'interconessione, mente corpo, che si possono ritrovare anche in donne che sono alla ricerca di un figlio.

Nella nostra esperienza, lavorare con le coppie ha richiesto, partendo da questi presupposti, la costruzione di un modello integrato e complesso, che nel tempo ha subito cambiamenti, arricchimenti e trasformazioni, in un dialogo multidisciplinare che pone al centro la coppia.

Già Pier Luigi Righetti[42] nel 2001, parlava "dell'intervento multifocale integrato" per le coppie che accedono a percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita, dove diverse conoscenze e tecniche (ginecologiche, psicologiche, biologiche, eccetera) provenienti da diversi campi del sapere,

---

[41] Righetti P.L., Luisi S., *La procreazione assistita. Aspetti psicologici e medici.*, Bollati Boringhieri, 2007

[42] Righetti P.L., *I vissuti psicologici nella Procreazione Medicalmente Assistita: Interventi e protocolli integrati medico-psicologici,* "Contraccezione Fertilità Sessualità", vol.28, pg. 163

si uniscono insieme per superare "la chiusura in un metodo a favore dell'apertura alla metodologia".[43]

Per noi diventa allora importante porre l'attenzione alla persona e mai alla problematica: questa non arriva da sola, è ciò che si vede. Ritroviamo al centro dell'osservazione e poi nell'intervento, la coppia e non il singolo: se dal punto di vista medico è bene ricercare la causa organica, ove c'è, per noi la problematica è della coppia, rappresentata dal "noi" creato dalla relazione. L'attenzione va anche sui modelli familiari: la coppia che affronta questo problema non potrà non tener conto anche di quei significati che sono attribuiti alla nascita di un bambino nei sistemi familiari propri e del partner.[44]

E' importante dunque mettere in pratica una modalità di intervento integrata, nel rispetto di ognuno, in modo da consentire di aumentare l'efficacia dei risultati attesi. Siamo in un gioco di squadra, dove il risultato non è rappresentato solo dall'arrivo di un bambino, ma anche dalla possibilità per la coppia, eventualmente di elaborare un dolore per un bambino che non verrà, magari riformulando il loro progetto di vita e quello generativo.[45] Molte delle nostre coppie sono state in grado, poi di accogliere un bimbo in adozione[46].

Al primo incontro ci sono le psicoterapeute relazionali, che oltre ad occuparsi dell'accoglienza, iniziano con i protagonisti un percorso che li vedrà lavorare attraverso lo strumento del genogramma. Parallelamente si attiverà il lavoro sul corpo e solo dopo quello con i terapeuti ipnotici.

Il primo incontro è anche dedicato a far comprendere che il lavoro con noi sarà incentrato a capire quanto il passato, le nostre famiglie d'origine e la nostra storia, pesano sul presente, la problematica di cui sono portatori, per provare a modificare il futuro, il progetto di vita. Bowen ci ricorda che "per risolvere il problema qui e ora bisogna andare lì e allora": capire dove siamo, cosa c'è stato prima di noi e dove vogliamo andare.

Accennavo poco sopra che lo strumento che utilizziamo è il genogramma definito da M. McGoldrick. F.G.Gerson, come "una forma di rappresentazione dell'albero genealogico che registra informazioni sui membri di una famiglia e sulle loro relazioni nel corso di almeno tre generazioni".[47]

---

[43] Canevaro A., *La chiusura in un metodo e l'apertura alla metodologia*, in Fava Vizziello e Stern; 1992

[44] Riccio M., *La cicogna distratta*, FrancoAngeli, 2017

[45] Op. citata

[46] D'Arrigo M., *Se i bambini non arrivano*,Liguori Editore, 2008 "... Attraverso questo cammino punteggiato da desideri e fantasie è possibile individuare un passaggio che dalla sterilità fisica possa portare ad una non-sterilità psicologica fino ad arrivare ad una forma di "fertilità altra" (pg. 91).

[47] Montagano S., Pazzaglia A., *Il genogramma. Teatro di alchimie familiari.*, Franco Angeli, 2000

Tanti sono i concetti teorici e gli autori cui facciamo riferimento per esplorare le relazioni familiari e parafamiliari con le coppie. Per brevità accenniamo solo ad alcuni che più ci sono utili nel nostro modello.

Per il lavoro con le coppie, sulle famiglie d'origine e sul transgenerazionale, l'autrice di riferimento è Anne Ancelin Schutzenberger e il testo "La sindrome degli antenati"[48].

"L'inconscio ha una buona memoria, sembra; ama i legami di famiglia e sottolinea gli avvenimenti importanti del ciclo di vita attraverso la ripetizione di date o di età"[49].

E' la sindrome d'anniversario, concetto elaborato dalla Schutzenberger, e che nei nostri genogrammi con le coppie ritorna spesso. Come non è possibile dimenticare una data cui è collegato un evento piacevole, così è per quegli anniversari, ricorrenze, connotate da vissuti emotivi negativi. Per l'autrice si fa riferimento a quando qualcuno si ammala, o vede accadere qualcosa di molto negativo, proprio alla stessa età, o nella stessa data, o nello stesso periodo in cui più o meno la stessa cosa accadde ad un proprio avo, e questo ripetuto tante volte. E' un'emozione negativa che sembra essersi infiltrata nel nostro DNA sino ad arrivare alle future generazioni, così come si è infiltrata nel DNA dei nostri avi e ci ha raggiunto. Qualcosa che non può essere dimenticato, che non si può cancellare, a volte neanche dichiarare. Un esempio significativo, è rappresentato dal fumetto "Maus A Survivor's Tale" di Art Spiegelman. E' una storia vera, ambientata tra due periodi storici: uno è dal 1933 al 1948 quando la famiglia Spiegelman si ritrova travolta nell'inferno dell'olocausto; l'altro è la fine degli anni 70, negli Stati Uniti, con il dipanarsi della complicata relazione tra un padre segnato dai fantasmi dei campi di concentramento e dagli orrori della guerra e un figlio che quei fantasmi li vive come sulla propria pelle. La graphic novel fa una riflessione sulla trasmissione trasgenerazionale di eventi traumatici, l'olocausto e i campi di concentramento, che hanno conseguenze durature non solo sulla generazione coinvolta ma anche in quelle successive. L'autore subisce già in giovane età un ricovero perché sconvolto da un'angosciante depressione che lo raffigura come un deportato in un campo di concentramento. E' quell'emozione negativa, di cui parla la Schutzenberger, che si è infiltrata nel DNA fino alle generazioni successive.

L'incontro di coppia è una mescolanza di mito familiare, mandato inerente a esso, ricerca del soddisfacimento dei bisogni personali. Sulla formazione della coppia interessanti sono due concetti elaborati da M. Bowen: l'uno sulla differenziazione del sé e l'altro sulla trasmissione dell'immaturità nella coppia. La Differenziazione del sé è legata alla capacità di separare il proprio funzionamento emotivo e cognitivo da quello

---

[48] Schutzenberger A.A., *La Sindrome degli Antenati*, Di Renzo,1993
[49] Op. citata pag.79

della famiglia di origine senza rischiare di fondersi con l'io della massa familiare[50]. L'altro concetto interessante e strettamente collegato al precedente è quello sulla proiezione dell'immaturità nella coppia. Bowen sostiene che le coppie per superare l'ansia, che può derivare dal grado di indifferenziazione, hanno la possibilità di utilizzare diversi meccanismi. Questi vanno dalla distanza emotiva, che permette di scaricare l'immaturità della coppia genitoriale, al conflitto, alla fusione in una sola unità che si può per esempio palesare con la malattia di uno dei coniugi che li spinge a fondersi in una sola unità, sino alla proiezione dell'immaturità in misura diversa su uno dei figli con la creazione di un capro espiatorio. La proiezione è definita come un processo multigerazionale, che si aggrava di generazione in generazione, tende ad essere dominante rispetto ad altri, e quando non ci sono più meccanismi compensatori, si arriva alla schizofrenia, la non differenziazione per eccellenza. I concetti chiave di Bowen sono generati dal suo lavoro con famiglie di pazienti schizofrenici, giungendo alla conclusione che la malattia psichica era l'esito di un processo trigenerazionale, originatosi dalla scarsa differenziazione del sé in ambito familiare[51].

Le coppie con cui lavoriamo sono rappresentate nella nostra mente come degli ibridi, come sostiene la Schutzenberger, cioè una mescolanza di due famiglie differenti. Generalmente una delle due famiglie ha un ruolo predominante nella coppia e l'altra è un pezzo aggiunto. Le particolarità della famiglia dominante possono rimanere sopite e ricomparire nelle generazioni a venire, dopo che s'immaginavano ufficialmente scomparse.

Già Mendel nel 1895[52] aveva parlato, nelle sue scoperte sulla trasmissione genetica, della possibilità che un carattere puro, dunque dei dominanti, presente negli incroci iniziali di due piante, potesse poi ricomparire, dopo un periodo di assopimento, nella seconda generazione filiale. La genetica e l'emotività seguono le stesse modalità di trasmissione

Com'è studiata la trasmissione emotiva? Secondo due prospettive: intergenerazionale, dove i vissuti emotivi hanno trovato spazio per un'elaborazione potendo essere ripresi e trasformati; e una transgenerazionale, dove invece i vissuti sono impensabili e non elaborabili. Dominano i segreti, i non detti, le finte verità (familiari, culturali e storiche). Come avviene nella trasmissione genetica dei caratteri attraverso il DNA dei nostri genitori, la trasmissione dei contenuti emotivi influisce

---

[50]Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Astrolabio, 1979

[51]Bowen M., *Il processo di proiezione dell'immaturità nella formazione di un sistema schizofrenico*, Terapia Familiare 3\78

[52] Mostra *"DNA. Il grande libro della vita da Mendel alla genomica"* Palazzo delle esposizioni Roma, 2017

molto nella costruzione del sé. In questa trasmissione il ruolo svolto dai genitori è una sorta di cuscinetto e perché no anche di filtro.

Noi spesso ritroviamo nelle storie che ci raccontano, la prevalenza in un membro dell'una o dell'altra discendenza per esempio come tara ereditaria, che rende buono un ramo della famiglia e non l'altro.

Degli studi dei primi del 900, a sostegno di progetti per il "controllo razziale", utilizzavano già la ricostruzione di alberi genealogici di intere famiglie in modo da reperire i caratteri che si trasmettevano per via ereditaria. Un esempio è proprio costituito dal pedigree della famiglia Galton-Darwin-Wengwood, per cui la ricostruzione dell'albero genealogico serviva ad individuare la presenza di un "genio ereditario" considerato, a quel tempo, un semplice carattere genetico trasmissibile[53].

Come accennavamo lo strumento del genogramma per noi rappresenta il mezzo di trasporto più utile per seguire la strada attraverso la quale accompagniamo le coppie in questo processo di sblocco. Nell'uomo, la continuazione della specie, non è solo biologica, acquisisce anche significati simbolici e culturali: l'obiettivo è anche rappresentato dalla continuazione della storia familiare e sociale. L'interscambio tra generazioni avviene sia in termini di risorse e di aiuto di vario genere, ma anche attraverso valori, miti, eredità familiari e culturali, segreti e verità, che si stratificano nel tempo.

Montagano e Pazzagli nel testo "Il Genogramma. Teatro di alchimie familiari"[54], sottolineano come lo strumento del genogramma, nella sua complessità, si colloca in una prospettiva che è allo stesso tempo, strutturale, funzionale e relazionale. Strutturale perché attraverso di esso possiamo includere, oltre i familiari e consanguinei, anche quelli che sono definiti "membri parafamiliari" che nel tempo, hanno rivestito per la famiglia, un'importanza affettiva (un amico come un fratello, per esempio). Funzionale, pone l'accento sull'aspetto dinamico e fa riferimento a ciò che torna e si ripete, cioè le ridondanze. Osservarle, sottolinearle, fornisce informazioni sulle regole del sistema: come la famiglia affronta e gestisce eventi e situazioni nell'arco del proprio ciclo vitale. L'aspetto relazionale è ovviamente legato a evidenziare i legami significativi di e tra ciascun membro della famiglia.

Altra peculiarità del genogramma è che presenta l'immagine del sistema familiare come fosse in 3D: nello stesso tempo attuale, storica e evolutiva. Attuale poiché gli avvenimenti che coinvolgono più generazioni possono esserlo in una prospettiva che fa riferimento al presente, dunque al significato che assumo nel "qui ed ora". Per la dimensione storica, le autrici sostengono che la memoria è come uno specchio e le vicende vissute

---

[53] Mostra *"DNA. Il grande libro della vita da Mendel alla genomica"* Palazzo delle Esposizioni, Roma, 2017

[54] Op.citata

nello scorrere dei giorni sono in "interazione costante tra quello che è, quello che è stato, e quello che sarà."[55]

Per loro la memoria è un motore che può produrre sia energia propulsiva, sia malattia, e si può trovare una corrispondenza tra un evento distruttivo che colpisce in parte o in tutto la memoria e una distruttività che investe la vita attuale.

La prospettiva evolutiva è una rilettura della narrazione che consente di riappropriarci di ciò che è significativo. Il risultato che ne conviene è rappresentato da una maggior consapevolezza dell'individuo, che avuti tutti gli elementi, può riorientare il suo progetto di vita.

Questa circostanza diventa necessaria per quelle coppie, che una volta elaborato il lutto, legato all'impossibilità di avere dei figli, riorganizzano il loro progetto generativo rivolgendo lo sguardo anche alla possibilità di accogliere un bambino in adozione.

Andando in giro per genogrammi[56], con le coppie e le loro famiglie d'origine, ci sono delle tematiche che ritornano in molti dei casi seguiti. Tali ridondanze ci consentono anche di circoscrivere le aeree d'interesse legate alle coppie che sono portatrici di questa problematica.

Guardando il lavoro che le persone portano, ci si rende conto come ogni storia narrata, può esserlo di nuovo attraverso i collegamenti e le connessioni, nonché i significati che possono essere ritrovati, scoperti e condivisi in quel materiale.

Allora ci sono famiglie che sono portatrici di sterilità e/o infertilità che si ripete nelle generazioni attraverso l'impossibilità di avere figli, le interruzioni di gravidanza volontarie o spontanee, la presenza di malformazioni fetali che possono addirittura colpire lo stesso organo, per esempio delle cardiopatie.

Ancora figli, i protagonisti della coppia, che fin da subito hanno ricoperto un ruolo genitoriale, con un'inversione, nei confronti di genitori immaturi, malati, o a causa di una morte prematura del proprio padre e\o madre; oppure che sono stati triangolati in accesi conflitti di coppia, in mancate eredità, in tradimenti tra i coniugi.

Ci sono famiglie in cui avvengono, in maniera quasi perpetuata gli stessi eventi. Si possono tramandare ruoli: in ogni generazione c'è il sacerdote o l'avvocato, il "single designato".

Esistono sistemi familiari in cui si tende a sposarsi, fidanzarsi con consanguinei stretti: è la tendenza a escludere il nuovo e l'inusuale.

Altri sistemi sono investiti da anatemi o maledizioni che ricadono su tutto il gruppo anche nelle generazioni a venire (la sterilità è uno di questi). Per non parlare delle profezie, che nella migliore sorte posso predire fortuna e ricchezza, ma non sempre.

---

[55] Op. citata, pg 60

[56] A. La Mesa, *Famiglie d'origine: cosa ci insegnano i genogrammi*, relazione presentata al Convegno S.I.T.F., 31 gennaio 2014, Roma

E poi i lutti ripetuti e su questo tema ricordiamo la teoria della Schutzenberger della sindrome da anniversario; oppure lutti diffusi per catastrofi ambientali (terremoti, maremoti etc..) non prevedibili, che possono colpire intere popolazioni o interi nuclei familiari.

Poiché per noi il genogramma rappresenta uno strumento che consente di visualizzare graficamente le relazioni familiari e i modelli ereditari, nonché i fattori psicologici che caratterizzano tali relazioni, le nostre coppie lo costruiscono facendo riferimento alla loro memoria o quella di altri familiari. Insieme con noi lo ripercorrono nel racconto, creano nessi e rilevano ripetizioni e ridondanze, fino a definire "una mappa" delle loro relazioni e del proprio partner, cercando anche delle intersezioni che possano essere la causa di blocchi nell'attualità.

Ecco che allora le storie assumono significati diversi, che si creano collegamenti, intrecci, che rendono evidenti i blocchi che nel tempo possono essersi trasformati in prigioni che hanno limitato nel tempo le prospettive e il potenziale.

Nella ri-narrazione è possibile avere a disposizione una nuova mappa della famiglia capendo dove siamo. Diventa importante rilevare come le mappe non rappresentino mai il territorio che ci accingiamo a esplorare. Ma sicuramente la conoscenza di una buona mappa aiuta a non perdersi, ad avere la possibilità di cambiare strada, itinerario .... il futuro, questo è quello che proviamo a fare con le nostre coppie.

Bibliografia

Aspetti psicologici e relazionali nell'infertilità di coppia
Dott.ssa Anna La Mesa, Dott.ssa Carla Sorace

Agnello G. (2005) *Oceano fertilità*. Ed. Springer Verlag Italia, Milano

Andreotti S., Bucci A.R., Marozza M.I. (2003) *Gravidanza Fivet: rappresentazioni materne ed aspettipsicologici*. Consultabile all'indirizzo: http://www.psychomedia.it/pm-revs/journals/ppa/articoli fivet.htm

Arronet G.H., Bergquist C.A., Parekh M.C. (1974) *The influence of adoption on subsequent pregnancy ininfertile marriage*. International Journal Fertility, 19, pp.159-162

Auhagen-Stephanos U. (1991) *La maternità negata*. trad. italiana Bollati Boringhieri, Torino, 1993

Auhagen-Stephanos U. (1995) *Il desiderio di maternità*, Bollati Boringhieri, Torino

Bartoletti R. (2011) *Cultura riproduttiva. Fertilità e sterilità tra comunicazione e prevenzione*. Ed. Franco Angeli, Milano

Bartolucci R. (2009) *Il bisogno di cura nella coppia infertile: il punto di vista del paziente*. Intervento al Convegno "infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto, 28 marzo, Milano

Betta E. (2012) *L'altra genesi. Storia della fecondazione artificiale*. Carocci, Roma

Binetti P. (2006) *Una storia tormentata. Il desiderio di maternità e paternità nelle coppie sterili*. Ed. Magi, Roma

Bresnick E. (1981) *A holistic approach to the treatment of the crisis of infertility*. Journal of Marital and Family Therapy, April, pp.181-188

Busso E., Del Noce G. (2016) *Infertilità e disfunzioni sessuali maschili: correlazioni tra mente e corpo*. Comunicazione libera. Congresso Nazionale Congiunto SIC-FISS, Taormina 27-29/10/2016

Castellano R., Gargiulo A.R. (2009) *L'intervento psicologico durante il trattamento dell'infertilità*. Rivista di sessuologia clinica, 16, p.87-113

Cecotti M. (2004) *Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici della sterilità, dellagenitorialità e della filiazione*. Armando, Roma

Chasseguet-Smirgel J. (1996) *La filiazione, l'individuo, l'attualità e l'al-di-qua*. Rivista di psicoanalisi, XLII, 1, Roma, p.33-45

Chatel M.M. (1995) *Il disagio della procreazione*. Il Saggiatore, Milano

Chatel M.M., Fiumanò M., Mieli P., Ricci G., Santosuosso A. (1996) *L'immacolata fecondazione*. La Tartaruga Edizioni, Milano

Connolly K.J. et al. (1987) *Distress and Marital Problems Associated with Infertility*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, vol. 5, pp.49-57

Connolly K.J., Edelmann R., Cooke I., Robson J. (1992) *The impact of infertility on psychological functioning*. Journal Psychosomatic Research, vol.36, pp.459-468

Conrad R., Schilling G., Haidl G., Geiser F., Imbierowicz K., Liedtke R. (2002) *Relationships betweenpersonality traits, seminal parameters and hormones in male infertility*. Andrologia, 34, pp.317-324

Costa V., Badolati B., Tassou A., Carotenuto V., Colacurci N. (2001) *Sessualità ed Infertilità*. Rivista di Sessuologia Clinica, VIII

Cotoloni G. (2011) *Un figlio a tutti I costi: il supporto psicologico alla coppia infertile*. Relazione presentata al Congresso Nazionale SIPPR "Problemi e Interventi Relazionali nella società in crisi", Trieste 14-15 ottobre

Covington S.N., Hammer Burns L. (2006) *Infertility Counseling: a comprehensive handbook for clinicians*-second edition, Cambridge University Press

Daniluk J.C. (1988) *Infertility: intrapersonal and interpersonal impact*. Fertility and Sterility, vol.49, n. 6, pp.982-990

Deragna S., Agostini R., Coghi I., Montanino G., Nicotra M., Ruoti Berretta L. (1994) *Sterilità psicosomatica*. Minerva Ginecologica, 46, 1-2, pp.31-40

Di Vita A.M., Giannone F. (2002) *Lafamiglia che nasce*. Ed. Franco Angeli, Milano

D'Ambrogio G., Nappi R.E., Tarabusi M., Fioroni L., Genazzani A.R. (1993) *Lariuscita o il fallimento dellafecondazione e le sue ripercussioni sulla vita della coppia*. In Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Modena, CIC Edizioni Internazionali, Roma

D'Arrigo M., Miraglia O., Pugliese M. (2013) *Quando i bambini non arrivano. Il colloquio clinico nelsostegno alla generatività*. In Atti del Convegno "Il Colloquio clinico" a cura di Felaco R., Bozzaotra A., Nasti F. e Sarno L., Ed. Ordine Psicologi Campania

D'Arrigo M. (2008) *Se i bambini non arrivano. L'esperienza di sterilità: il percorso e l'accompagnamentopsicologico*.Ed. Liguori, Napoli

Edelmann R.J., Connolly K.J. (1986) *Psychological aspects of infertility*. British Journal of Medical Psychology, 59, pp. 209-219

Erikson E. (1984) *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Armando, Roma

EriKson E. (1992) *The life cicle completed. A review*. Norton and Co., New York

Fagandini P., Monti F., Agostini F., Fava R., La Sala G.B. (2006) *La complessità della genitorialità: esperienzamaterna e paterna tra sterilità e procreazione*. In La sala G.B., a cura di, La "normale" complessità di venire al mondo, Milano, Guerini

Fagandini P., Nicoli A., Paterlini M., Villani M.T. e La Sala G.B. (2012): *Aspetti psicologici della coppia e delbambino nella PMA*. Retrieved from: http://www.stradaperunsogno.com

Fantini M. (2011) *Voglio un figlio ma...ipotesi e interventi sulla sterilità psicogena*. Ananke Eds., Torino

Flamigni C. (1998) *Il libro della procreazione*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano

Flavigny C., Millot C., Bizot A., Belaish J. (1986) *La Stérilité: situation psychopathologique et compréhensionpsychodynamique*. Psychosomatique, n.8, pp.67-87

Fiumanò M. (2000). *A ognuna il suo bambino*. Edizione Pratiche, Nuovi Saggi

Frances-Fischer J.E., Lightsey O.R. (2003) *Parenthood after primary infertility*. The family journal: counseling and therapy for couples and families, 11(2), pp.117-128

Gentili P., Franzese A. (1991) *Valutazione dei meccanismi di difesa in un campione di coppie infertili*. Rivista Sessuologia, vol.15, n.1, pp.31-36

Gentili P. (1996) *La psicoterapia nell'infertilità di coppia: ovvero la creazione di uno spazio procreativo*. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, n°28/29, giugno-dicembre, pp.31-36

Gindro S. (1996) *Aspetti psicoanalitici della sterilità inspiegata*. In atti del 18° Congresso Nazionale "Fertilità e Sterilità", Napoli 6-8 giugno

Giommi R. (2016) *Sterilità e sessualità*, in Longhi E. e Papini A., a cura di, Manuale di Andrologia e Sessuologia, Pacini Editore, pp.192-195

Imbasciati A. (1990) *La donna e la bambina. Psicoanalisi della femminilità*. Ed. Franco Angeli

Invitto S. (2008) *All'origine era. La nuova storia del generare e dell'essere generato. Dinamiche psico-logiche in provetta*. Ed. Franco Angeli, Milano

Lalli N., Liberti N. (1996) *Problemi psicologici individuali e di coppia connessi alla infertilità*. Informazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria n.28/29, p.27-30

Lancastle D., Boivin J. (2005) *Dispositional optimism, trait anxietyand coping: unique or shared effects onbiological response to fertility treatment?*Health Psychology, vol.24, n.2, pp.171-178

*Linee Guida per la Consulenza nell'Infertilità. C*onsiglio Nazionale dell'Ordine Psicologi. Ottobre 2004

La Sala G.B. (2006) *La "normale" complessità di venire al mondo*. Milano, Guerini

Maggioni C. (1997) *Il bambino inconcepibile*. Ed. Franco Angeli

Mahajan N.N. et al. (2009) *Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonalresources/vulnerabilities*. Human Reproduction, vol.24, n.4, pp.906-912

Mahlstedt P. (1985) *The psychological component of infertility*. Fertility and Sterility, 43, 3, pp.335-346

Marinacci A., Sperandio A., Bianchini V., Necozione S., Francavilla S., Francavilla F. (2016) *L'infertilità di coppia:impatto sul benessere psicologico e sessuale*. Comunicazione Libera, Congresso Nazionale Congiunto SIC-FISS, Taormina, 27-29/ottobre

Marinopoulos S. (2006) *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre della maternità*. Serie Bianca Feltrinelli, Milano

McDougall J. (1990) *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina, Milano

McGuirk J. E McGuirk Mary E. (1991) *In lotta contro la sterilità. Uno psicologo e sua moglie si raccontano:le ansie, le cure, la crisi del matrimonio, la loro vittoria*. Trad. italiana, Ed. Franco Angeli, Milano, 1993

McQuillan J. et al. (2003) *Frustrated fertility: infertility and psychological distress among women*. Journal of marriage and the family, vol.65, pp.1007-1018

Menning B.E. (1984) *The Psychology of Infertility*. In Infertility. Diagnosis e Management, New York

Menning B.E. (1980) *The emotional needs of infertile couples*. Fertility and Sterility, vol.34, n.4, pp.313-319

Meyers M., Weinshel M., Scharf C., Kezur D., Diamond R., Rait D.S. (1998) *Un'infertilità primaria perterapeuti familiari*. Psicobiettivo, 2, pp.53-69

Miller A. (2005) *La rivolta del corpo*. Ed. Raffaello Cortina

Monga M., Alexandrescu B., Katz SE, Stein M., Ganiats T. (2004) *Impact of infertlity on quality of life,maritaladjustment, and sexual function*. Urology, vol.63, n.1, pp.126-130

Montingelli C. (2014) *Oltre il silenzio del corpo. Una prospettiva di psicoterapia per condizioni di sterilità*. Ed. Alpes Italia

Morelli G. (1996) *Il ruolo dei fattori psicologici nell'eziopatogenesi dell'infertilità maschile*. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, 28/29, giugno-dicembre, pp.45-48

Morelli G. et al. (2000) *Psychosocial factors and male seminal parameters*. Biological Psychology, 53, 1, pp.1-11

Nicolò A.M. (2005) *Nuove forme di genitorialità. Riflessioni a partire da un caso di procreazione assistita*. Interazioni, 1, 23, p.43-52

Nicolò A.M., Giannotti A. (1982) *Psicopatologia della coppia e gravidanza*. In Mancuso S. (a cura di) "Capacità gestazionali della donna" Atti del Convegno scientifico "In tema di capacità gestazionali della donna", Cagliari 29/30 aprile-1/2 maggio, p.51-58

Nicolò A., Naccari Carlizzi M. (1986) *Coppia-Gravidanza-Sterilità: un'analisi dinamica dei meccanismi sottostantil'attesa di un figlio*. Attraverso lo specchio, n.14, il bambino, anno 4, pp.10-17

Nunziante Cesarò A. (2000) *Il bambino che viene dal freddo*. Ed. Franco Angeli, Milano

O'Moore A.M. et al. (1983) *Psychosomatic aspects in idiophatic infertility: effects of treatment whit autogenictraining*. Journal of Psychosomatic Research, vol.27, pp.145-151

Pasini W. (1978) *Cause psicologiche della sterilità e loro terapia*. Sessuologia, n.1, p.76-83

Pasini W., Mori G. (2015) *Nuove armi per superare l'infertilità*. Franco Angeli, Milano

Quattrini F., Ciccarone M., Tatoni F., Vittori G. (2010) *Psychological and sexological assessment of theinfertile couple*. Sexologies, vol.19, n.1, pp. 15-19

Renzi C., Daini S. (1995) *Percezione di sé e immagine corporea nell'infertilità. Uno studio attraverso ilDisegno della Figura Umana*. Acta Medica Romana, 33

Riccardi E., Monti F., Passarelli C., Lombardi L. (2002): *Procreazione medicalmente assistita.Incontro di professionalità diverse tra i sintomi del corpo e i desideri della mente*. Atti del Convegno "Procreazione medicalmente assistita. Incontro di professionalità diverse tra i sintomi del corpo e i desideri della mente, 13 ottobre 2001, Bologna, Grafiche M.M., Bologna

Riccio M. (2017) *La cicogna distratta. Il paradigma sistemico-relazionale nella clinica della sterilità edell'infertilità di coppia*. Franco Angeli, Milano

Rifelli G. (1998) *Psicologia e Psicopatologia della Sessualità*. Il Mulino, Bologna

Righetti P.L. (2001).*I vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: interventi e protocolliintegrati medico psicologici*. Contraccezione Fertilità Sessualità, vol.28,n.3, pp.159-166

Righetti P.L., Galluzzi M., Maggino T., Baffoni A., Azzena A. (2009) *La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita.Aspettipsicologici, medici, bioetici*. Ed. Franco Angeli, Milano

Salerno A. (2002) *Aspetti psicologici nella fecondazione assistita: excursus sulla recente letteraturascientifica*. In Di Vita A.-M., Giannone F. (2002). La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio. Ed. Franco Angeli, Milano, pp.214-221

Salerno A. Piccolo C. (2005) *Il corpo smarrito: ridefinizione dell'identità corporea nella coppia sterile*. In Atti del VII Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica, 23-24 settembre Cagliari, pp.585-588

Salerno A. (2010) *Contesti di genitorialità a rischio*. In Salerno A., Vivere insieme. Tendenze e trasformazioni della coppia moderna. Bologna: Il Mulino, pp.25-59

Salerno A., Giuliano S. (2011) *La coppia sterile tra lutto, coping e resilienza*. Terapia Familiare, n.96, ed. Franco Angeli

Salerno A., Merenda A. (2016) *L'impatto della diagnosi di sterilità e dei trattamenti di PMA sull'uomo: unarassegna della letteratura*. European Journal of Social Sciences Studies, Volume 1, Issue 2

Sandler B. (1968) *Emotional stress and infertility*. Journal of Psychosomatic Research, 12, pp.51-59

Saraceni C., Lovallo M.T. (2011) *Dinamiche psicologiche della coppia sterile*. http://www.psicologi-psicoterapeuti Info/articoli

Scabini E., Greco O. (1999) *Latransizione alla genitorialità. Intrecci intergenerazionali in giovani coppie con figliesenza figli*. In Andolfi M., a cura di, La crisi di coppia, Raffaello Cortina Editore, Milano

Scabini E., Iafrate R., Regalia C. (1998) *La famiglia e l'artificio della nascita*. Psicobiettivo, 2

Scabini E., Rossi G. (1999) *Famiglia generativa o famiglia riproduttiva?Il dilemma etico nelle tecnologie difecondazione assistita*. Vita e Pensiero, Milano

Scabini E., Cigoli V. (2000) Il famigliare. Legami, simboli e transizioni. Raffaello Cortina Editore, Milano

Scatoletti B. (1996) *Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna dellaletteratura recente*. Informazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria n°28/29, pp.37-44

Scopesi A (1995) *Infertilità e nuove tecnologie riproduttive:aspetti psicologici*. Medicina psicosomatica, 40, p.215-229

Schnake A (1998) *I dialoghi del corpo*. Ed. Borla, Roma

Silvaggi C., Brandolese I., Vecchioni I. (2009) *Aspetti relazionali e psicosessuologici della PMA nella coppia*. Rivista di Sessuologia Clinica, XVI

Simonelli C. (2006) *L'approccio integrato in sessuologia clinica*. Ed. Franco Angeli

Spallucci S. (2006) *Psicoanalisi della gestazione*. International journal of psychoanalysis and education, Vol.1, n.1

Stanton A., Dunkel-Schetter (1991) *Infertility*. Perspectives from stress and coping research. Springer Science+Business Media New York

Stern D.N. (1998) *Nascita di una madre*. Ed. Mondadori

Storèlu S. et al. (1993) *Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study*. Human reproduction, vol.8, n.7, pp.1039-1046

Storèlu S. et al. (1997) *The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitrofertilization*.Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 18, pp.189-202

Valoriani V. (2011) *Genitori ad ogni costo. I problemi psicologici delle coppie infertili*. Franco Angeli, Milano

Vegetti Finzi S. (1990) *Il bambino della notte. Divenire donna. Divenire madre*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano

Vegetti Finzi S. (1997) *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano

Vignati R. (2011) *Il problema della sterilità nella coppia: scenari di un evento imprevisto tra desiderio efrustrazione*. Testo disponibile al sito:http://www.psychomedia.it/pm/grpind/family/vignati2.htm, 6 novembre 2016, Psychomedia

Vignati R. (2008) *La valutazione del disagio nell'approccio ai disturbi sessuorelazionali*. Psychomedia, Coppia e famiglia

Visigalli R. (2011) *Sterilitàe infertilità di coppia. Counseling e terapia psicologica*. Ed. Franco Angeli, Milano

Visigalli R. (2015) *Desiderare un figlio. Un sostegno psicologico per affrontare i trattamenti difecondazione omologa ed eterologa*. Ed. Franco Angeli, Milano

Willi J. (1986) *La collusione di coppia*. Ed. Franco Angeli, Milano

Wischmann T.H., Stammer H., Werres R. (2002) *Counseling and Couple Therapy for Infertile Couples*. Family Process, 41(1), pp.111-122

Wischmann T.H., Korge K., Scherg H., Strowitzki T., Verres R. (2012) *A 10 Year Follow-up Study ofPsychosocial Factors affecting Couples after Infertility Treatment*. Human Reproduction, 27 (11), pp.3226-3232

Zaffini G. (2009) *Coppie in attesa. Il desiderio di diventare genitori*. Ed. Armando

Zurlo M.C. (2009) *Percorsi della filiazione*. Ed. Franco Angeli, Milano

Genogramma e terapia trigenerazionale

Dott.ssa Anna La Mesa, Dott.ssa Carla Sorace

Addazzi A.M. (1988) *Il genogramma, ovvero la mappa della famiglia trigenerazionale*. In (a cura di) Andolfi M. et Al. "La famiglia trigenerazionale". Ed. Bulzoni

Andolfi M., Angelo C. (1987) *Tempo e mito nella terapia familiare*. Ed. Bollati Boringhieri

Andolfi M. (1988).*La famiglia trigenerazionale*. Ed. Bulzoni

Andolfi M., Cigoli V. (2003) *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*. Ed. Franco Angeli, Milano

Aurilio R. (1999) *Il genogramma nella pratica didattica*. In De Crescenzo D., Galdo G. (a cura di), "Gli apprendisti stregoni", vol. II, Napoli: Cuen

Baldascini L. (1999) *Le configurazioni spaziali del legame intergenerazionale*. In (a cura di) Loriedo C., Solfaroli Camillocci D., Micheli M., "Genitori. Individui e relazioni intergenerazionali nella famiglia". Ed. Franco Angeli, Milano

Bowen M. (1978) *Il processo di proiezione di immaturità nella formazione di un sistema schizofrenico*. Terapia Familiare, 3, pp.75-80

Bowen M. (1979) *Dalla famiglia all'individuo*. Ed. Astrolabio

Boszormenyi-Nagy I., Spark M. (1988).*Lealtà invisibili*. Ed. Astrolabio

Chianura L., Iacoella S. (2003) *Il genogramma: teatro della storia familiare*. Formazione in Psicoterapia Counseling e Fenomenologia, 2, settembre-ottobre

Chianura P., Chianura L., Fuxa E., Mazzoni S. (2011) *Manuale clinico di Terapia Familiare. Volume III:Metodi e Strumenti per la valutazione dei processi relazionali*. Ed. Franco Angeli, Milano

Cigoli V. (2009) *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Ed. Franco Angeli, Milano

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. (2011) *Il genogramma. Percorso di autoconoscenza integrato nellaformazione di base dello psicoterapeuta*. Terapia Familiare, 97, pp. 5-28, ed. Franco Angeli

Gille Maisani J.C. (1990) *Psicologia della scrittura*. Ed. Liguori

Gozzoli C., Tamanza G. (1988), *Family Life Space. L'analisi metrica del disegno*. Ed. Franco Angeli, Milano

Heiln P. (1985) *The imagine and visual analysis of the genogram*. Journal of Family Therapy, vol.7, n.3, pp.213-229

Hof L., Berman E. (1986) *Il genogramma sessuale*. Terapia Familiare, 22 ed. Franco Angeli

Langlois D., Langlois L. (2007) *Psicogenealogia*. Urra Editrice

Marchiori R., Viaro M. (2015) *Genogramma, cronologia degli eventi, mappa delle relazioni nellaformazione e nella clinica: una rivisitazione*. Terapia Familiare, 107, pp. 59-78, ed. Franco Angeli

Mc Goldrick M., Carter E. (1982).*Il ciclo di vita della famiglia*. In F. Walsh (a cura di) Stili di funzionamento familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita. Ed. Franco Angeli, Milano, 1986

Mc Goldrick M., Gerson R. (1985).*Genograms in family assessment*, Norton and Co., N.Y. traduzione in francese: Génogrammes et entretien familial, ESE éditeur, Paris, 1985

Montagano S., Pazzagli A. (1989).*Il genogramma: teatro di alchimie familiari*. Ed. Franco Angeli

Satir V. (1964).*Conjoint Family Therapy*, California, 19672 (trad. It: Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare, Roma, Armando, 1973)

Schutzenberger A. A. (2004). *Lasindrome degli antenati,* Di Renzo Editore

Sorrentino A.M. (2008).*Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale delpaziente*, Terapia Familiare, 88, pp.59-91, ed. Franco Angeli

Urbani P. (1997).*Manuale di grafologia*. Tascabili Economici Newton, Roma

Vallario L. (2010).*Ilcronogramma. Uno strumento per la psicoterapia*. Ed. Franco Angeli, Milano

Viaro M. (2006).*Formazione sistemica e visione professionale*. Terapia Familiare, n. 82, pp.15-45, ed. Franco Angeli

Watts-Jones D. (1997).*Toward an African American Genogram*. In Family Process, vol.36, n.

Nicolino Rago*, Federica Volpi**
**Psicologo, Psicoterapeuta*
***Psicologa, Psicoterapeuta*

L'ipnosi nell'infertilità di coppia

Introduzione

L'ipnosi è una delle più antiche forme di psicoterapia. Essa si basa sull'uso della dissociazione della coscienza, che è un meccanismo innato, per ottenere un cambiamento terapeutico.

Le tecniche induttive, nonché il modo di considerare l'ipnosi, hanno avuto delle trasformazioni nel corso del tempo. La Nuova Ipnosi, che si fonda su una concezione naturalistica dello stato di trance, non vede più l'ipnotista come figura autoritaria e carismatica che applica artificialmente procedure ritualistiche su un soggetto passivo e sottomesso, ma un ipnoterapeuta che riconosce e rispetta le caratteristiche dell'individuo. In questo modo la persona diviene protagonista attiva del processo ipnotico al quale prende parte.

La trance ipnotica, quindi, è un'esperienza relazionale naturale e fisiologica capace di mobilitare e rendere utilizzabili capacità e risorse che prima sembravano inaccessibili (Loriedo, Monacelli, 2007).

Vogliamo qui illustrare un protocollo di intervento che utilizza tecniche di visualizzazione in ipnosi per lavorare con le coppie che presentano problemi di infertilità o sterilità.

L'intervento ipnotico è inserito in un protocollo più ampio che prevede incontri di terapia di coppia e un lavoro specifico sul corpo (per una trattazione di questi aspetti si rimanda ai contributi di La Mesa, Sorace e Ceraso).

Vogliamo, infine, fare una precisazione terminologica: sterilità e infertilità vengono spesso usati come sinonimi. Volendo, invece, utilizzare i due termini in maniera correttasi può definire la sterilità come l'incapacità biologica da parte di un uomo o di una donna di giungere al concepimento, mentre il termine infertilità si riferisceall'incapacità di portare a termine una gravidanza in una donna in grado di concepire. Nel vocabolario inglese, tuttavia, viene utilizzata solo la parola *infertility* e ciò ha portato anche nella lingua italiana una sovrapposizione di termini. Attingendo agli studi in lingua inglese, utilizzeremo il termine infertilità nella doppia accezione.

L'USO DELL'IPNOSI NELL'INFERTILITA': GLI STUDI DI EFFICACIA

Innanzitutto dobbiamo distinguere quegli studi che vedono l'intervento ipnotico come unico trattamento da altri che inseriscono l'intervento ipnotico all'interno delle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

L'uso dell'ipnosi nel campo dell'infertilità come *unico trattamento* è sostenuto da una scarsa letteratura che riguarda soprattutto case study, in cui viene riferito di casi trattati con successo (gravidanze portate a termine).

Riguardo all'uso dell'ipnosi come *accompagnamento alle tecniche di PMA*, troviamo una letteratura più ampia con studi controllati randomizzati e meta-analisi.

USO DELL'IPNOSI NELL'INFERTILITÀ COME UNICO TRATTAMENTO

La nostra rassegna della letteratura parte dagli anni '90, tralasciando le trattazioni più antiche.

In uno studio del 1995 (Melvin, Gravitz, 1995) sono descritti due casinei quali l'ipnosi,basata su immagini e su una strategia di rilassamento, ha avuto successo nel facilitare la gravidanza. Inoltre, si è osservato che l'ipnosi ha contribuito a modificare l'atteggiamento,il morale, lafiducia in se stesse e il senso di ottimismodelle due pazienti, tutti fattori che possono influenzare la funzione somatica. Gli autori ipotizzano chetale miglioramento emotivo abbia avuto un impatto benefico sull'interazionemente-corpo.

Quinn ePawson (1994) hanno utilizzato l'ipnoterapia con un gruppo di donne di età compresa tra 26 e 42 anni (con durata dell'infertilità dai 2 ai 12 anni):il 65% delle donne ha avuto una gravidanza al termine dell'ipnoterapia.

Non abbiamo conoscenza di studi più recenti. Probabilmente con lo svilupparsi delle tecniche di PMA, gli interventi e gli studi si sono focalizzati sull'accompagnamento e potenziamento di questo tipo di tecniche.

USO DELL'IPNOSI COME ACCOMPAGNAMENTO ALLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Poelh e coll. (1999) hanno messo a punto un protocollo che comprendeva esercizi di rilassamento, ipnosi e psicoterapia familiare e che accompagnava la procedura di fecondazione in vitro (FIV):si è rilevato un aumento del 33% nel tasso di gravidanza.

Hutchinson-Phillips (2003) presenta un caso, esitato in una gravidanza, in cui è stata impiegata l'ipnosi in aggiunta alle procedure di Fecondazione in Vitro. L'autrice suggerisce che il suo uso in questo settore potrebbe

essere utile a coloro che per ragioni diagnosticabili o idiopatiche non hanno potuto concepire naturalmente. L'ipnosi potrebbe avere un ruolo nel rilassamento, nei cambiamenti nella funzione somatica e nelle aspettative.

In uno studio del 2003 (Shu-Hsin, 2003) sono stati valutati gli effetti di un programma di intervento per migliorare le risposte psico-sociali e le strategie di copingnelle donne infertili che frequentano diverse fasi di unprogramma di trattamento (FIVET). Il protocollo comprendeva: (1) la visualizzazione di un video che spiega il processo terapeutico della FIVET, (2) auto-ipnosi e training di rilassamento muscolare, e (3) fornitura di consulenza cognitivo-comportamentale. In termini di stato di ansia, problemi conflittuali, e rilassamento mente/corpo, ci sono state differenze significative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo in alcune fasi del trattamento IVF-ET. Le donne del gruppo sperimentale hanno percepito un effetto positivo dell'intervento per alleviare le loro risposte psico-sociali.

Nel 2013 sono stati pubblicati gli esiti di uno studio prospettico molto ampio (Vyas, Adwanikar, Hathi, Vyas, 2013). L'obiettivo di questo studio,basato su un modello clinico prospettico,è stato quello di stabilire l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico, compresal'ipnoterapia, nelle coppie con problemi riproduttivi "sine causa". In un periodo di 28 anni, sono state studiate 554 coppie senza alcuna anomalia anatomica o fisiologica. L'intervento psicoterapeutico con l'ipnosi indiretta e diretta è stato aggiunto al protocollo standard per l'indagine e la terapia delle coppie sterili. Sono stati identificati diversi fattori di stress: lo stress della sterilità è stato osservato nel 100% delle donne e sono stati identificati altri fattori di stress della vita coniugale. L'ipnoterapia inizialmente è stata rivolta al sollievo dello stress generale e, successivamente,verso il fattore di stress specifico. Il successo è stato misurato nei termini di insorgenza di una gravidanza. La percentuale di successo è stata del 71,67%. Manca in questo studio il confronto con un gruppo di controllo, ma l'alto tasso di successo è comunque di per sé molto significativo.

In una meta-analisi del 2014 (Frederiksen et al., 2014) sono stati identificati 39 studi ammissibili (totaleN = 2746 uomini e donne) per la valutazione degli effetti del trattamento psicologico (tra i quali l'ipnosi) sui tassi di gravidanza e/o sugli esiti psicologici negativi, tra cui i sintomidepressivi, l'ansia, lo stress della sterilità e la funzione coniugale. Sono stati evidenziati effetti degli interventi psicosociali statisticamente significativi e robustisia per la gravidanza clinica che pergli esiti psicologici. Inoltre, si è osservatoche maggiori riduzioni di ansia erano associate ad un miglioramento nei tassi di gravidanza.

Nessuna differenza chiara è stata trovata tra gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale, interventi mente-corpo e altri tipi di intervento.

Un discorso a parte merita l'uso dell'ipnosi durante il trasferimento degli embrioni (che tratteremo nel prossimo paragrafo). Qui la trance viene indotta durante il procedimento di trasferimento embrionale con effetti positivi sui tassi di gravidanza.

USO DELL'IPNOSI DURANTE L'EMBRYO-TRANSFER

Il trasferimento embrionale(ET) si riferisce ad una fase del processo di riproduzione assistita in cui gli embrioni sono inseriti nell'utero con l'intento di stabilire una gravidanza.

Esso ha luogo dopo un intervallo variabile in genere da due a cinque-sei giorni dal momento del prelievo degli ovociti e loro successiva fecondazione.

L'ET costituisce un passo fondamentale ed estremamente delicato che ha bisogno di un endometrio ricettivo, un embrione sano e assenza di contrazioni uterine per ottenere l'impianto dell'embrione. Sono noti molti fattori che influenzano il successo o meno dell'ET:

- contrazioni uterine;
- fattori ormonali;
- stress;
- ansia e dolore;
- fattori immunitari.

a) CONTRAZIONI UTERINE

L'attività contrattile dell'utero gioca un importante ruolo nella riproduzione dei mammiferi (influenza il trasporto dello sperma e l'impianto dell'embrione nella cavità uterina). I fattori di una maggiore contrattilità dell'utero non gravido sono l'ossitocina e laprostaglandine,prodotti localmente dall'endometrio. La sintesi dell'ossitocina e l'espressione dei suoi recettori sono gradualmente incrementate nella fase follicolare, seguendo un incremento nel livello degli estrogeni, e raggiunge il suo picco nel periodo peri-ovulatorio.

Nei cicli in cui viene eseguita una stimolazione ovarica, dove è presente una concentrazione di estradiolo superiore al livello fisiologico, l'attività contrattile dell'utero può essere elevata. Contrazioni uterine superiori alla norma prima dell'ET sono state osservate in un terzo delle donne sottoposte ad una stimolazione ovarica (Pierzynski, 2011; Pierzynski et al., 2014).

Un altro studio (Ng et al., 2014) ha confermato questo dato e ha trovato che le contrazioni uterine sono significativamente incrementate dopo una stimolazione ovarica e donne con contrazioni uterine frequenti mostrano una bassa percentuale di gravidanza.

Inoltre, Il catetere può innescare delle contrazioni uterine con conseguente espulsione dell'embrione(Poindexter et al., 1986) e la stimolazione della cervice causail rilascio di ossitocina, aumentando così la contrattilità uterina (Mansour, Aboulghar, 2002).

b) STRESS E ANSIA

La paura e l'ansia della paziente durante l'ET possono compromettere l'impianto dell'embrioneperché lo stress attiva il sistema nervoso autonomo e induce la secrezione di catecolamine che a sua volta diminuisce la vascolarizzazione endometriale e aumenta le contrazioni uterine.

In un campione di 168 donne è stata osservata una minore concentrazione di adrenalina al pick up degli ovociti e una minore concentrazione di adrenalina e noradreanalina all'ET nelle donne con successo nel trattamento in confronto con donne che avevano avuto un fallimento. La significativa associazione della concentrazione di adrenalina con la gravidanza suggerisce che questo ormone potrebbe essere uno dei collegamenti nella complessa relazione tra stress psicosociale e outcome dopo IVF/ICSI (Smeenk et al., 2005).

Il rilassamento, con la diminuzione di ansia e di secrezione di catecolamine, può facilitare l'impianto dell'embrione e aumentare il tasso di gravidanza.

Ci sono numerosi metodi di rilassamento tra cui l'agopuntura, l'uso di benzodiazepine e l'ipnosi:

- studi recenti hanno dimostrato risultati contraddittori quando l'agopuntura è stata utilizzata durante l'ET (El Thouky, Khalaf, 2009; Manheimer et al., 2008).
- Il Diazepam potrebbe svolgere un ruolo durante l'ET perché riduce lo stress ed è noto per inibire le contrazioni uterine.
- L'ipnosi viene utilizzata per diminuire lo stress e l'ansia in procedure mediche e l'ansia preoperatoria (Saadat et al. 2006). Una meta-analisi ha valutato l'effetto dell'ipnosi nel ridurre il disagio emotivo e lo stress associati a procedure mediche. I risultati indicano che circa l'82% dei pazienti sottoposti a procedure mediche che ricevono un trattamento ipnotico presentano livelli più bassi di stress emotivo rispetto ai pazienti del gruppo di controllo (Schnur, Kafer, Marcus e Montgomery, 2008).

c) FATTORI IMMUNITARI

Nelle donne in gravidanza l'adattamento locale del sistema immunitario materno consente la coesistenza tra la madre e il semi-allotrapianto che è il feto/placenta che esprime sia geni materni che paterni.

La fecondazione, allo stesso modo di un allotrapianto, può innescare reazioni immunitarie, che possono compromettere l'impianto dell'embrione (Sharma S, 2014; Norwitz et al., 2001).

Vari dati forniscono un'evidenza che l'ipnosi può ridurre la disregolazione immunitaria associata a stessors acuti. Wood et al. (2003) hanno verificato l'ipotesi che l'ipnosi può modulare in maniera differenziale sottogruppi di cellule T, e che questo effetto è mediato dai cambiamenti nei mediatori ipotalamo-ipofisi-surrene.

Andando nello specifico delle ricerche che hanno studiato gli effetti dell'usodell'ipnosi durante l'embryo-transfer, il primo studio di cui siamo a

conoscenza è diLevitase coll.(2006) in cuiè stata osservata una percentuale significativamente più alta di gravidanza nel gruppo che ha utilizzato l'ipnosi rispetto al gruppo di controllo(58,4%-30,2%; P<.05). Gli autori hanno concluso che l'ipnosialleviala sensazione di stress equindi riducel'attivitàuterinae migliora l'interazionetra l'embrione el'utero aumentandole possibilità diimpianto dell'embrione (creazione di un'azione immunologica favorevole che facilita l'impianto dell'embrione).

Uno studio successivo è quello di Catoire e coll. (2013). Gli autori hanno eseguito uno studio prospettico controllato randomizzato confrontando un gruppo cui è stato somministrato il diazepam (usuale premedicazione) prima dell'ET e il rilassamento muscolare durante l'ET, e un gruppo cui è stato somministrato un placebo prime dell'ET e sottoposto ad ipnosi durante ET (tot 94 pazienti). Inoltre, gli autori hanno studiato il livello di ansia pre e post ET. I punteggi di ansia non erano diversi nei due gruppi prima e dopo ET. Nessuna differenza è stata trovata nei due gruppi nel tasso di gravidanza e parto. Gli autori concludono che l'ipnosi durante l'ET sembra efficace come il diazepam in termini di rapporto gravidanza e degli effetti ansiolitici, ma con minori effetti collaterali e dovrebbe, quindi, essere disponibile di routine. Ci sono due limiti principali nello studio. Innanzitutto, il rilassamento non è un placebo puro rispetto all'ipnosi perché ha alcuni effetti, seppur minimi. Il rischio di utilizzare un trattamentocon effetti minimi in luogo di un placebo puro potrebbe comportare la sottostima dell'effetto dell'ipnosi (Jensen, Patterson, 2005). In secondo luogo, l'assenza di un gruppo senzapremedicazione altera la valutazione dei risultati del diazepam e dell'ipnosi sulla gravidanza.

Concludendo, secondo la letteratura scientifica in cosa può essere efficace l'ipnosi?

Si è osservato che l'ipnosi è efficace nel:

- ridurre l'ansia e lo stress fisico e psicologico;
- aumentare la consapevolezza di sé e la cura di sé;
- imparare nuove tecniche di rilassamento;
- sviluppare nuove capacità di coping;
- promuovere ricettività e positività in preparazione e durante il trasferimento di embrioni;
- aumentare il tasso di gravidanza.

IL NOSTRO PROTOCOLLO: LA VISUALIZZAZIONE D'ORGANO

Il concepimento e i suoi meccanismi, nonostante gli enormi passi avanti compiuti dalla medicina, rimangono ancora in parte misteriosi. Le ricerche mettono in luce fattori fisici, relazionali, emotivi. Come intervenire in un campo tanto complesso e che non conosciamo ancora abbastanza?

Partiremo, quindi, da una riflessione sulle dimensioni genetiche, biologiche e ambientali, per arrivare al nostro scopo che è quello di intervenire sull'infertilità attraverso tecniche di visualizzazione.

INTERAZIONE MENTE/CORPO

Il corpo e la mente sono un insieme inscindibile. Le ultime scoperte rivelano che il rapporto mente-corpo è biunivoco ed esiste uno "psicosoma" esaminabile sotto diverse prospettive (fisica, biochimica, relazionale, intrapsichica ecc.) (Fantini, 2011).

Le ricerche sul ruolo dell'ambiente materno nella costruzione del sistema dello stress del bambino, sul ruolo dell'ambiente fisico nello sviluppo del sistema immunitario, sul ruolo della rete sociale nella bilancia salute-malattia (Bottaccioli, 2005) mettono in luce il peso dell'ambiente.

Già Taylor (1993) indicava come la maturazione e la regolazione dei sistemi fisiologici del bambino dipendessero dalle interazioni senso motorie e dalla sintonizzazione affettiva con l'accudente primario.

Ciò significa che carenze nelle relazioni primarie possono portare effetti nel lungo periodo sulla maturazione dei sistemi fisiologici e, quindi, a una maggiore suscettibilità a malattie somatiche.

Stern (1995) ha individuato la regolazione fisiologica come il primo obiettivo dell'interazione tra neonato e accudente.

La **regolazione psicobiologica**, quindi, viene vista come funzione della relazione che si instaura tra bambino e accudente/i primario/i. Relazione cui ciascuno dei due membri fornisce il suo contributo (Solano, 2001).

Tale modello non solo annulla la distinzione tra patologie "psicosomatiche" e patologie di origine organica ma si propone come modello trasversale per la patologia mentale, la patologia somatica organica e la patologia somatica funzionale (idem, 2001).

Le scoperte sul funzionamento e sull'interrelazione tra i grandi sistemi di regolazione fisiologica dell'organismo umano ampliano la comprensionedei meccanismi patogenetici e mostrano la rivoluzione in corso nella biologia molecolare (Epigenetica) e nella fisiopatologia (Psiconeuroendocrinoimmunologia) (Bottaccioli, 2005).

Gli studi di **Psiconeuroendocrinoimmunologia** (PNEI) si focalizzanosulla comunicazione bidirezionale tra il sistema nervoso, il sistema immunitario e neuropsicologico. Viene, inoltre, studiata la relazione tra i processi mentali e la salute/malattia.

L'**epigenetica** è la branca della genetica che studia tutte quelle modificazioni ereditabili che influenzano il fenotipo senza alterare il genotipo. Dauno stesso patrimonio genetico possono, quindi, manifestarsi diversi fenotipi.

La moderna ricerca molecolare ha pienamente confermato che è possibile modificare stabilmente l'attività del genoma pur non alterando la sequenza del DNA, bensì cambiando l'espressione delle informazioni qui contenute.

L'ambiente e i comportamenti (alimentazione, attività fisica, stress)sono in grado di produrre una segnatura epigenetica sul DNA delle

nostre cellule e l'epigenoma, così formato, viene trasmesso alle cellule figlie quando una cellula si divide (Bottaccioli, 2012).

Il coinvolgimento dell'espressione genica e della plasticità cerebrale in psicoterapia fu evidenziato da Eric Kandel che ha vinto il Premio Nobel per la ricerca in questo campo.

Kandel sostiene che la psicoterapia è efficace e produce cambiamenti a lungo termine nel comportamento. Questo avviene presumibilmente attraverso l'apprendimento, producendo cambiamenti nell'espressione genica, che altera la forza dei collegamenti delle sinapsi, e cambiamenti strutturali che alterano il modello anatomico delle interconnessioni tra le cellule nervose del cervello(Rossi, 2004).

Un'altra importante scoperta è quella dei **neuroni specchio**, una popolazione di neuroni motori che si attiva quando compiamo un'azione o quando osserviamo, ascoltiamo o immaginiamo un'altra persona compiere un movimento (in tal caso l'attivazione neuronale permane al di sotto di una soglia critica).Vedere qualcuno che compie un'azione equivale, quindi, a simularla all'interno del proprio sistema di rappresentazioni senso-motorie in maniera speculare. Si parla in questo caso di *simulazione incarnata,* ossia intrecciata nella rete senso-motoria dell'organismo.

"La simulazione incarnata è il meccanismo funzionale che presiede all'esecuzione di azioni, alla comprensione delle azioni osservate e udite quando sono gli altri a compierle, all'empatia e alla *mental imagery* sensoriale e motoria" (Balugani, Ducci, 2007, p.13).

In questa linea si colloca la metodologia del nostro intervento.

Il ruolo della psicoterapia e dell'ipnosi nel favorire una diversa espressione dei geni regolatori del comportamento, così come nel ristabilire la salute dell'individuo, appare oggi come un campo fecondo di ricerca e di osservazione.

I dati della ricerca in quest'ambito sembrano suggerire che la costruzione del contesto di cambiamento affettivo/emozionale/immaginativo sia l'elemento più rilevante (Ducci, 2005).

L'ipnosi presenta una specificità rispetto ad altre forme di psicoterapia, ossia la sua natura *incarnata*. I segnali del corpo, gli aspetti somatici di una condizione psicologica, vengono utilizzati nell'intervento, "molto spesso l'obiettivo terapeutico è inscritto nelle coordinate stesse del corpo del paziente" (Balugani, Ducci, 2007, p.12).

"Il cambiamento che si offre al paziente mediante l'ipnosi non è centrato sulla traduzione logico-razionale dei termini di un problema, quanto piuttosto sulla modificazione delle memorie procedurali che soggiacciono agli schemi limitanti del comportamento del paziente, delle sue emozioni e del suo peculiare senso di sé nel mondo. [...] Ciò che distingue l'ipnosi da altre forme di psicoterapia, infatti, è proprio la sua natura incarnata, e la sua facilità di accesso a quei meccanismi di

simulazione che fisiologicamente presiedono all'azione ed alla percezione del mondo fenomenico da parte dell'essere umano" (idem, p. 15).

L' IMMAGINAZIONE GUIDATA

"L'immaginazione guidata", o visualizzazione guidata (Donaldson, 2000), è comunemente concettualizzata come la lingua utilizzata dalla mente per comunicare e dare un senso alle esperienze interne ed esterne (Kabat-Zinn, 1990; Shafer, Greenfield, 2002). Achterberg (1985) definisce l'immaginazione guidata come "il processo di pensiero che richiama e usa i sensi: visione, udito, olfatto, gusto. I sensi di movimento, la posizione, e il tatto ".

Attraverso la visualizzazione possiamo raffigurarci mentalmente e in modo consapevole qualcosa che non è presente.

Le strutture cerebrali non differenziano una vivida esperienza immaginaria dal reale: azione e immaginazione condividono una parte degli stessi meccanismi di base (Kosslyn, Thompson, 2000; Jeannerod, 2001). A livello funzionale, quindi, percezione e movimento non sono nettamente separati dall'immaginazione.

Sia che noi vediamo, ad esempio, un albero sia che lo immaginiamo, si attiva la stessa popolazione di neuroni.

La *mental imagery* è sottesada forme di attivazione analoghe a quella della simulazione incarnata dei neuroni mirror(Balugani, Ducci, 2007).

Attraverso l'utilizzo di immagini si possono quindi ottenere delle modificazioni psicofisiologiche nell'organismo.

L'immaginazione guidata è spesso usata in modo intercambiabile con le pratiche di rilassamento, la meditazione e l'ipnosi.

Negli ultimi quindici anni l'interesse per l'immaginario e il ruolo della fantasia nella salute e nel benessereè aumentato enormemente e l'immaginazione guidata è diventata un metodo per trattare un'ampia varietà di disturbi psichiatrici e medici e per migliorare le prestazioni sportive (Shafer, Greenfield, 2002).

Vari studi suggeriscono che l'immaginazione può influire sul sistema immunitario, può rilassare, ed è uno strumento eccellente per alleviare lo stress (Gruzelier, 2002; Trakhtenberg, 2008).

IL NOSTRO PROTOCOLLO CON VISUALIZZAZIONE ORGANO

Attraverso tecniche di visualizzazione dell'apparato e del processo riproduttivo si aiuta la donna/uomo a vedere/sentire sotto forma di immagini/sensazioni il funzionamento del proprio corpo. Tutto ciò si basa sul principio che ciò che pensiamo, ciò che sentiamo, influenza il nostro corpo. Il termine tecnico per indicare ciò è "ideoplasia", ossia il fatto che un'idea può indurre le reazioni motorie e sensoriali a cui è associata.

Gli incontri sono tre, in cui si lavora singolarmente con l'uomo e con la donna della coppia: nel primo si raccolgono informazioni e si fa una prima

esperienza di trance per permettere alla persona di familiarizzare con questo stato di coscienza. Negli altri due incontri si lavora con le tecniche di visualizzazione e si insegnano tecniche di autoipnosi perché la persona possa essere in grado di continuare questo lavoro a casa.

Entriamo ora più nel dettaglio del metodo:

I SEDUTA

RACCOLTA INFORMAZIONI:

vengono raccolte informazioni sulla storia della loro infertilità e sull'idea che si sono fatti della loro difficoltà a procreare. È importante, in questa fase, annotare immagini e parole che vengono utilizzate per definire il problema. Ciò permette di avvalersi delle loro associazioni mentali, ricordi e potenzialità vitali per raggiungere lo scopo terapeutico.

PRESENTAZIONE E SEMINA DELL'IDEOPLASIA:

si spiega cosa è la trance naturalistica e si fanno esperire fenomeni ideomotori attraverso l'esperienza del pendolo.

ESPERIENZA DI TRANCE:

- ✓ induzione ipnotica con la tecnica delle dita-calamita
- ✓ approfondimento della trance ipnotica (scala 1-5)
- ✓ luogo sicuro
- ✓ ri-orientamento (scala 5-1)

II SEDUTA

Visione del VIDEO:

Sono stati preparati due video diversi per l'uomo e per la donna: nel primo viene rappresentato il processo di spermatogenesi, nel secondo il rilascio dell'ovulo maturo, la fecondazione e l'attecchimento dell'embrione.

Si danno suggestioni durante la visione del video.

TRANCE:

- ✓ induzione ipnotica con la tecnica delle dita-calamita

- ✓ approfondimento della trance ipnotica (scala 1-5)
- ✓ VISUALIZZAZIONED'ORGANO
- ✓ ri-orientamento (scala 5-1)

PRESCRIZIONE DI AUTOIPNOSI:

viene insegnata una tecnica di autoipnosi e si chiede alla persona di ritagliarsi uno spazio per sé ogni giorno per 20'.

III SEDUTA

VERIFICA DELLA PRESCRIZIONE:

è importante capire come le visualizzazioni si siano trasformate, perché le immagini e le metafore più importanti sono quelle che porta la persona.

TRANCE:

- ✓ induzione ipnotica con la tecnica delle dita-calamita
- ✓ approfondimento della trance ipnotica (scala 1-5)
- ✓ VISUALIZZAZIONE D'ORGANO
- ✓ ri-orientamento (scala 5-1)

PRESCRIZIONE DI AUTOIPNOSI

Concludendo, pensiamo che il coinvolgimento dell'uomo sia fondamentale (qualunque sia la diagnosi del tipo di infertilità/sterilità). Nella rassegna della letteratura sull'uso delle tecniche ipnotiche nel campo della infertilità abbiamo potuto verificare come la quasi totalità degli interventi sia centrata sulla donna. Probabilmente il fatto che spesso l'intervento ipnotico accompagni le tecniche di procreazione medicalmente assistita e che queste si concentrino sul corpo della donna, può aver portato a pensare che sia solola donna a dover essere aiutata.

È essenziale invece che l'uomo possa essere coinvolto affinché possa ricoprire l'importante funzione di "utero dell'utero", ossia quella funzione

di protezione e di sostegno che sarà fondamentale anche alla nascita del bambino.

Bibliografia

Achterberg, J. (1985),*Imagery in healing*. Boston, MA: Shambala.

Balugani R., Ducci G. (2007), Ipnosi e neuroscienze. Neuroni specchio, simulazione ed immaginazione all'opera nell'azione terapeutica. Ipnosi, 1: 5-17, Franco Angeli, Milano.

Bottaccioli F. (2005), Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata, Red Edizioni, Milano.

Bottaccioli F., Bottaccioli A.G. (2012), La rivoluzione epigenetica, Sistema salute. Rivista di educazione sanitaria e di promozione della salute, 56: 319-335.

CatoireP., Delaunay L., Dannappel T.et al. (2013), Hypnosis versus Diazepam for Embryo Transfer: A Randomized Controlled Study. *Am J ClinHypn*., 55(4):378-86.

Donaldson, V. W. (2000). A clinical study of visualization on depressed white blood cell count in medical patients. AppliedPsychophysiology and Biofeedback, 25(2), 230–235.

Ducci G. (2005), "L'interazione gene-ambiente nella genesi del comportamento. Le implicazioni per il cambiamento terapeutico", in Del Castello E., Ducci G. (a cura di), Ipnosi e scienze cognitive. Integrare mente e cervello nella comprensione degli stati di coscienza, Franco Angeli, Milano.

El-Toukhy T., Khalaf Y. (2009). The impact of acupuncture on assisted reproductive technology outcome, CurrOpinObstetGynecol, 5.

Fantini M. (2011), Voglio un figlio, ma... Ipotesi e interventi sulla sterilità psicogena, Ananke: Torino.

FrederiksenY., Farver-Vestergaard I., GrønhøjSkovgård N., Ingerslev H.J., ZachariaeR. (2015), Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJOpen,* 5: 1-18.

Gruzelier J.H. (2002). A Review of the Impact of Hypnosis, Relaxation, Guided Imagery and Individual Differences on Aspects of Immunity and Health. Stress, Vol. 5 (2), 147–163.

Hutchinson-Phillips S.(2003). Recipe for a Miracle: Determination, Optimism, Medical Technology, and Hypnosis in IVF. *Australian Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 31(2): 121-127.

Jeannerod M. (2001), Neural simulation of action: a unifying mechanism for motor cognition. NeuroImage, 14, 103-109.

Jensen,M. P., Patterson, D. R. (2005). Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials: Challenges

and recommendations. International Journal of Clinical& Experimental Hypnosis, 53: 170–197.
Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. New York: Delta Books.
Kosslyn S.M., Thompson, W.L. (2000), Shared mechanisms in visual imagery and visual perception: Insights from cognitive science. In M.S. Gazzaniga (Ed.), The cognitive neurosciences (2nd ed.). Cambridge, MA: MIT Press.
Levitas E., Parmet A., Lunenfeld E.,Bentov Y., Burstein E., Friger M., Potashnick G., (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: a case-control study.*FertilSteril.,* 85(5):1404-8.
Loriedo C., Monacelli G. (2007). L'indirizzo ipnotico-ericksoniano. In Zerbetto R., a cura di (2007). Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia. Milano: Franco Angeli.
Manheimer E., Zhang G., Udoff L., Haramati A., Langenberg P., Berman B.M., Bouter L.M. (2008), Effects of acupuncture on rates of pregnancy and live birth among women undergoing in vitro fertilisation: systematic review and meta-analysis, Br Med J , 336: 545-549.
MansourR.T., AboulgharM.A. (2002), Optimizing the embryo transfer technique. Hum. Reprod., 17 (5): 1149-1153.
Melvin A. Gravitz (1995),Hypnosis in the Treatment of Functional Infertility. *American Journal of Clinical Hypnosis,* 38(1).
Ng E.H., Li R.H., Chen L., Lan V.T., Tuong H.M., Quan S.(2014). A randomized double blind comparison of atosiban in patients undergoing IVF treatment.Hum Reprod.;29(12):2687-94.
Norwitz E.R., Schust D.J., Fisher S.J. (2001), Implantation and the survival of early pregnancy. N Engl J Med;345:1400–8.
Pierzynski P. (2011). Oxytocin and vasopressin V(1A) receptors as new therapeutic targets in assisted reproduction.Reprod Biomed Online;22(1):9-16.
Pierzyński P., Zbucka-Kretowska M.(2014). Uterine contractile activity at embryo transfer--as a new pharmacotherapeutic target in assisted reproduction.Ginekol Pol.;85(8):609-13.
Poelh, Bichler, Wicke, Dorner, Feichtinger (1999). Psychotherapeutic Counseling and Pregnancy Rates in In Vitro Fertilization. *J Assist Reprod Genet.,* 16(6): 302–305.
Poindexter A.N., Thompson D.J., Gibbons W.E., Findley W.E., Dodson M.G., Young R.L. (1986). Residual embryos in failed embryo transfer. FertilSteril; 46:262–267.
Quinn P.,Pawson M. (1994). Psychosomatic Infertility. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4.
Rossi E. (2004), Discorso tra geni. Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia, Editris, Torino.

Saadat H., Drummond-Lewis J., Maranets I., Kaplan D., Saadat A., Wang S.M., Kain Z.N. (2006).Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients.Anesth Analg.;102(5):1394-6.

Schnur J.B.,Kafer I., Marcus C.,Montgomery G.H. (2008), Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. ContempHypn., 25(3-4): 114–128.

Shafer K., Greenfield, F. (2002), Asthma free in 21 days: The breakthrough mind-body healing program. Harper-Collins,New York.

Sharma S. (2014), Natural killer cells and regulatory T cells in early pregnancy loss. Int J Dev Biol.;58(2-4):219-29.

Shu-Hsin L. (2003). Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization.*J Nurs Res*., 11(3):197-208.

Smeenk J.M., Verhaak C.M., Vingerhoets A.J., Sweep C.G., Merkus J.M., Willemsen S.J., van Minnen A., Straatman H., Braat D.D.(2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables.HumReprod.; 20(4):991-6.

Solano L. (2001), Tra mente e corpo: come si costruisce la salute, R. Cortina, Milano.

Stern D.N. (1995), La costellazione materna, Bollati Boringhieri, Torino.

Taylor G.J. (1993),Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea, Astrolabio, Roma.

Trakhtenberg E.C. (2008), The effects of guided imagery on the immune system: a critical review. International Journal of Neuroscience, 118:839–855.

Vyas R., Adwanikar G., Hathi L., Vyas B (2013), Psychotherapeutic intervention with hypnosis in 554 couples with reproductive failure. *J Indian Med Assoc*., 111(3):167-9, 173.

Wood GJ, Bughi S, Morrison J, Tanavoli S, Tanavoli S, Zadeh HH. (2003), Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. Am J Clin Hypn;45:179 –96.

Tiziana Ceraso

Operatrice Olistica

L'attenzione al corpo

L'aggettivo olistico deriva dal greco "olos"cioè "tutto,intero,totale" e si riferisce alla teoria dell'olismo. L'essere umano, nelle discipline e medicine olistiche, viene considerato come un'unità – totalità non esprimibile con l'insieme delle parti che lo costituiscono. Alla base di queste vi è una visione dell'uomo concepito come un'unità di corpo, mente e spirito, inserita in un determinato ecosistema. Tali discipline si caratterizzano, dunque, per mettere su un unico piano gli aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali della persona.

Cardini della visione olistica:

- persona e non malattia
- origine, non sintomo
- sistemi, non organi
- riequilibrare, non curare

In base a questi cardini l'operatore olistico tratta l'essere umano nel suo insieme e non in base esclusivamente al sintomo. Opera sull'equilibrio energetico delle persone sane per aiutarle a ritrovare l'armonia psicofisica attraverso l'uso di diverse tecniche, nel mio caso quelle di alcuni metodi di massaggio, a stimolare un naturale processo di trasformazione, crescita e consapevolezza di sé e a promuovere il benessere globale della persona.

Nel progetto sulla sterilità di coppia dell'Associazione "Idee di Salute", il mio scopoèquello di riequilibrare e ristabilire i "flussi energetici"che risultano essere bloccati nel corpo della donna, per accogliere, e quello dell'uomo, per donare. Allo stesso tempo per integrare gli interventi delle dott.se LaMesa e Sorace offrendo un punto di vista diverso alle coppie che decidono di affrontare questo percorso, in quanto si parte dal corpo.

L'Ayurveda nasce nell'India antica e si tratta di uno dei più antichi sistemi di medicina. E' anche uno stile di vita che ci insegna a mantenere e proteggere la salute. E' una medicina olistica in quanto tratta l'uomo come un "intero". Il termine "AYU" significa"aspetto della vita", dalla nascita alla morte. Il termine "VEDA" significa "conoscenza o sapere". AYURVEDA significa "la scienza grazie alla quale la vita viene totalmente compresa".

E' interessante conoscere come si approcci al concepimento in questa dottrina olistica. Scrive Paltrinieri: "Nella dottrina classica ayurvedica lo scopo primario della relazione sessuale tra un uomo e una donna è concepire bambini sani [...]. Poiché la costituzione e il carattere di un individuo vengono determinati al momento del concepimento, i potenziali genitori hanno la responsabilità di assicurare, per quanto possibile, la loro buona salute e che lo sperma e l'ovulo siano di elevata qualità. La

preparazione per avere un bambino dovrà avere inizio molto prima del concepimento e l'Ayurveda offre numerosi consigli in questo senso, sia per l'uomo sia per la donna. (L'approccio occidentale tende invece a non intervenire, a meno che la coppia non abbia difficoltà nel concepimento). Questi consigli mirano a massimizzare la buona salute del padre e della madre, e a evitare che vengano procreati bambini con un sistema immunitario già compromesso. A entrambi i genitori viene consigliato di sottoporsi a un programma di disintossicazione già prima del concepimento.Per prepararsi al concepimento, il programma per entrambi i partner consiste nell'applicare oli adatti, sottoporsi alla terapia del sudore, a lassativi e al vomito terapeutico, alle tecniche di pulizia che aiuteranno a raggiungere un giusto equilibrio dei *tri dosha*sia nello sperma che nell'ovulo [...].La coppia dovrà quindi focalizzare l'attenzione sulla qualità della propria relazione fisica, mentre la mente si dovrà concentrare sull'amore che provano l'uno per l'altra. Essi dovranno visualizzare il tipo di bambino che sperano di avere, ascoltare musica che elevi l'animo, contemplare bei quadri o paesaggi, liberarsi dalle preoccupazioni e rendersi il più attraenti possibile. [...]. E" importante che le coppie si conoscano bene prima di tentare il concepimento. Non devono nutrire sentimenti di disappunto l'uno nei confronti dell'altra poiché ciò porta a reciproci sentimenti negativi. [...]".[57]

Questo tipo di approccio ci fa capire l'importanza del prendersi cura del corpo, dell'emotività, dei sentimenti e delle intenzioni nel momento in cui si decide di diventare genitori e, inoltre, mette l'accento sulla responsabilità che hanno entrambe i partner.

"*13 anni, 1 mese, 9 giorni Giovedì 19 novembre 1936*

Ripensando a tutte le mie paure, ho fatto un elenco di sensazioni : la paura del vuoto mi fa strizzare le palle, la paura delle botte mi paralizza, la paura di avere paura mi angoscia per tutto il giorno, l'angoscia mi provoca le coliche, l'emozione (anche se piacevolissima) mi fa venire la pelle d'oca, la nostalgia (per esempio pensare a papà) mi inumidisce gli occhi, la sorpresa mi fa sobbalzare (anche una porta che sbatte!), il benché minimo dispiacere mi fa piangere, la rabbia mi soffoca, la vergogna mi rattrappisce. Il mio corpo reagisce a tutto. Ma non so mai *in che modo*reagirà."[58]

Ho scelto questo brano,tratto dal romanzo "Storia di un Corpo" dello scrittore Pennac,perché descrivein modo semplice come ogni esperienza nella nostra vita si attraversi con il corpo, i pensieri e le emozioni e introduce un concetto molto importante: la reazione nel corpo alle emozioni, ai pensieri e al dolore.

---

[57] M. Paltrinieri, *Ayurveda*, Rusconi Libri s.r.l., Rimini 2004, pp.68-69

[58] D. Pennac, *Storia di un corpo*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano 2014, pp.28-29

Possiamo definire le emozioni nel corpo come delle energie, che sperimentiamo come sensazioni, che servono per essere attenti.Permettereun'emozione nel corpo fa in modo chequesta ci nutra, che arricchisca la nostra esperienza, che il nostro pensiero e le nostre azioni siano adeguate a quello che sentiamo e vogliamo. Viceversa, reagire ad un'emozione, ovvero bloccarla nel corpo, fa in modo che le nostre azioni e i nostri pensieri non siano adeguati a quello che sentiamo, per es. voglio raggiungere un obiettivo ma, per paura di non riuscire divento ansioso e ci rinuncio. Permettere la paura nel corpo, invece, mi mostra cosa è importante.

Il dolore è un linguaggio che il corpo ha per avvertirci che stiamo facendo qualcosa che non va. Ci avverte, ci fa prestare attenzione, ci porta a fare delle scelte. In effetti, fare delle scelte, spesso è doloroso. Possiamo dire che, nel corpo, non c'è differenza tra dolore fisico o emotivo. Se pensiamo ad una situazione dolorosa della nostra vita possiamo affermare che siamo stati male, cheIl dolore si diffonde in tutto il corpo.

Molte reazioni nel corpo sono mirate a pretendere di non sentire e/o ridurre l'intensità di un'emozione e del dolore.

Quello che accade frequentemente è che, in una situazione di disagio, si reagisca automaticamente nel corpo, ovvero per abitudine e senza attenzione, a quello che ci succede.Solitamente, in base alle esperienze vissute,impariamo a reagire in un certo modo a determinate situazioni e, se non prestiamo attenzione, continueremo a ripetere questa reazione creando dei blocchi nel corpo.

Una reazione è composta da TENSIONI (contrazioni, una posizione statica), un MODO di PENSARE (lo stesso punto di vista, le stesse frasi) e uno STATO EMOTIVO (irritabilità, ansia, apatia. Quello che conosciamo di un'emozione, spesso, è la sensazione che proviamo dentro la reazione e non l'emozione stessa).

Il corpo, la mente e le emozioni si influenzano continuamente, quindi, quando reagiamo in una situazione,il corpo crea dei blocchi tensivi per "ridurre" l'intensità di un'emozione e la mente non sa cosa vuole. Allo stesso tempo, avere sempre lo stesso punto di vista, gli stessi pensieri, genera nel corpo gli stessi blocchi tensivie lo stesso stato emotivo. Le stesse tensioni nel corpo possono portarci ad avere gli stessi pensieri e lo stesso stato emotivo.

Agire sul corpo, cambiarne lo stato tensivo, influenza di conseguenza anche le emozioni ed i pensieri.

Quando c'è equilibrio tra corpo, mente ed emozioni siamo sempre più: il corpo è rilassato, presente, vitale, la respirazione è ampia. La mente è in silenzio. Sperimenta chiarezza, immaginazione. Le emozioni ci nutrono. Si prova un naturale stato di benessere.

Come Operatrice Olistica è importante notare in che modo si creano dei disequilibri tra corpo, pensieri ed emozioni. E' importante, quindi,prestare

attenzione alla persona, essere curiosi e osservare come usa il corpo. Domandare e ascoltarla senza giudizio. Usare l'empatia per sentire qual è lo stato emotivo. Da qui decido quale tecnica è più adeguata per permetterle di riequilibrarsi, a ritrovare il suo stato di benessere psicofisico e a raggiungere una maggiore consapevolezza di sé.

Attraverso il massaggio ayurvedico, ABYANGAM, si tende ad equilibrare i tre dosha ottenendo uno stato di benessere generale. Si interviene sulla prevenzione dell'accumulo dei dosha e/o l'eliminazione dell'accumulo dei dosha e i disturbi che da questi possono essere provocati.

I TRIDOSHA, ovvero tre dosha, sono i tre umori biologici: *VATA, PITTA* e *KAPHA*.

Con Dosha s'intende in generale "forza" e "mancanza", quindi sono energie del corpo che influenzano la materia e le energie mentali. Poiché il termine indica anche mancanza è inteso che qualsiasi squilibrio comporterà un disturbo del corpo o della mente. L'ayurveda insegna che tutto il mondo è costituito da una combinazione dei tre dosha e che essi stessi combinano i 5 elementi: Vata, etere e aria, Pitta, fuoco e acqua, Kapha, acqua e terra.

Costituzionalmente la maggior parte di noi è una combinazione di due, o di tutti e tre i tipi di dosha, con un tipo dominante.

Secondo i miei studi iproblemi di fertilità possono dipendere da uno squilibrio del dosha di Vata in quanto questo controlla l'espulsione di urina, feci, sudore, flusso mestruale, liquido seminale e il feto (anche i movimenti respiratori, cardiaci e gastrointestinali e la mente). Governa anche i sentimenti e l'emozioni come l'ingenuità, il nervosismo, la paura e l'ansietà.I disturbi di un eccesso di Vata possono dipendere da uno stile di vita errato e/o da un eccesso di emozioni.

Il Dottor Ranade nel "Trattato di Medicina Ayurvedica"[59], a proposito del sistema riproduttivo maschile, raccomanda di tenere sotto controllo l'aumento di Vata che può portare a diversi disturbi, tra cui la sterilità. Per le donne, l'aumento di Vata, insieme a quello di Pitta, sono le cause principali di disordini mestruali.

I disturbi di Vata alterato sono: secchezza, crampi, tensioni, stress,costipazione o diarrea, mancanza di energia, perdita del sonno, fatica, distensione addominale, disturbi mestruali. Quelli psicologici sono: paura, ansia, preoccupazioni, insicurezza, mancanza di fiducia in se stessi e confusione.

La funzione del massaggio anti Vata è quella di apportare calore, sciogliere le tensioni, aiutare il transito intestinale, aumentare la respirazione diaframmatica e calmare.

Nella Medicina Tradizionale Cinese vi è una stretta relazione tra sterilità e condizione energetica del rene dato che è questo organo a

---

[59] Dottor S. Ranade, *Trattato di MEDICINA AYURVEDICA. Guida pratica alla salute e alla longevità, Edizioni Il Punto d'Incontro, Vicenza 1995, p.201, p.203*

regolare lo sviluppo genitale e l'attività riproduttiva. L'organo rene è la dimora dello Jing, tradotto in genere come "essenza" (dall'ideogramma: ciò che è essenziale), che regola concepimento, riproduzione, gravidanza, sviluppo sessuale, crescita, maturazione e invecchiamento. E' fondamento di emozioni e coscienza in quanto radice dello Shen. L'organo rene è, inoltre, la residenza dello Zhi, casa della volontà, che permette la concretizzazione di una situazione, dà la volontà e la potenza di raggiungere le cose.

La sterilità è una debolezza di rene e jing.Il troppo lavoro, una cattiva alimentazione, l'età dei genitori al momento del concepimento e la paura danneggiano i reni.

Con l'esperienza ho notato, però, che è difficile che una persona cambi uno stato tensivo o di debolezza senza averne la consapevolezza, quindi, insieme alle tecniche del massaggio ayurvedico e del Tuina (massaggio della Medicina Tradizionale Cinese), le chiedo e faccio sì che impari a prestare attenzione al proprio corpo, a respirare e lasciare andare le tensioni.

Generalmente molte personedicono di essere rilassate anche quando, osservandole, dalla posizione che hanno sdraiati sul lettino, da come respirano e dalle tensioni muscolari,è evidente che non è così.Oppure, nel caso di dolori muscolari localizzati, la loro attenzione è mirata al disturbo e non a come questo possa influenzare tutto il corpo. Allo stesso tempo sembrano "subire" questo dolore come se fosse normale, un'abitudine averlo, e non potessero fare niente per modificarlo.Nel caso, invece, di persone che fanno sport o un'attività fisica, l'attenzione al corpo è veicolata da come usano il corpo in quei momenti.Prestare attenzione al corpo serve per sentire, notare, come si creano dei blocchi nel corpoe, allo stesso tempo, per aumentare il livello di energia in una zona del corpo.Mettere l'attenzione in una zona del nostro corpo, infatti, è già un modo per aumentare il livello di energia nella stessa, un po' come accendere un faro in una zona buia.

La prima fonte di energia è la respirazione. Se non respiriamo moriamo! Non esiste una respirazione giusta o una sbagliata, ma una adeguata a quello che stiamo facendo. Se corriamo o se siamo sdraiati a letto è normale che il tipo di respirazione sia differente: corta e veloce nel primo, lenta e profonda nel secondo. Osservare come respira una persona ci dà delle informazioni sulle tensioni nel corpo (diaframma, petto, collo) e sullo stato emotivo della stessa (ansia, apatia). Quando siamo in ansia, per es., anche se non stiamo facendo uno sforzo fisico, la respirazione è affannata.Respirare ci aiuta a lasciare andare le tensioni e ad aumentare il livello di energia nel corpo.

Lasciare andare significa smettere di fare, di tenere, di bloccare nel corpo.Per permettere alla persona di lasciare andare si "lavora" su punti o zone del corpo tese,generalmente dolenti,con diverse tecniche come le digitopressioni.Lasciare andare questi punti e zone bloccati permette

all'energia investita per tenere di "muoversi" nel corpo,di riequilibrarsi e di sperimentare un rilassamento più profondo.

Prestare attenzione, respirare e lasciare andare significa avere degli strumenti per riconoscere,prevenire ed intervenire personalmente sulle proprie reazioni e, di conseguenza, di notare come non creare dei disequilibri nel corpo.

CON LE COPPIE

Lo stress è considerato la causa di molti disturbi e sembra incidere anche sui problemi di fertilità.

Se pensiamo a cosa si trovaad affrontare una coppia prima e durante un percorso di PMA penso che si possa affermare che si crei dello stress.

La parola stress è molto generica, quindi va considerato cos'è e come si crea lo stress nel corpo della singola persona, quali emozioni, pensieri e tensioni si "nascondono" dietro questa parola, ovvero come la persona reagisce allo stress.

Innanzitutto va detto che, nella maggior parte delle coppie viste, entrambe i partner hanno un'età superiore ai 40 anni cosa che crea già di per sé un'urgenza.

Sono tutti dei professionisti, spesso con lavori impegnativi sia in termini di orari e responsabilità.

Alcune di queste coppie avevano già affrontato un percorso di PMA senza che andasse a buon fine. Un'esperienza che ha lasciato una "traccia" nel corpo e ha rafforzato la paura di non riuscire.

A parte questi dati comuni generali ho preferito differenziare le reazioni femminili da quelle maschili siccome ho notato alcune differenze tra queste.

LE DONNE

Durante i primi incontri qualche donna dice di essere rilassatissima anche quando è evidente che non è così, altre fanno finta di nulla mettendo una distanza o sminuendo il problema, altre come vittima.

Nel corpo si notano tensioni nella pancia, principalmente stomaco e bassa pancia, collegate a tensioni alla testa, collo e spalle. La maggior parte di loro soffre di stitichezza, per periodi più o meno prolungati, o stitichezza e diarrea nel periodo del ciclo, alcune sono state operate a causa di fibromi uterini, mal di testa legati a periodi di stress o prima e durante il ciclo.

Gli stati emotivi sono ansia ed insicurezza, angoscia e disperazione, quindi paura. Principalmente paura di non riuscire a diventare madri che viene rafforzata dalle reiterazioni degli insuccessi a procreare e le porta ad una mancanza di fiducia.

I pensieri ricorrenti sono: "è troppo tardi", "resterò sola", "un fallimento totale", "non ci credo più", "perché proprio a me?".

Le reazioni sono generalmentelegate alla paura di non riuscire, alimentate da pensieri fissi e limitanti verso la possibilità di diventare madri, con tensioni che bloccano principalmente l'addome.

Controllando, programmando quello che accade hanno la sensazione di essere più tranquille, ma se pensiamo alla gravidanza è evidente che è un evento "incontrollabile"....

GLI UOMINI

Sono i più scettici per quanto riguarda il lavoro sul corpo. La prima cosa che chiedono, quando viene loro proposto, è: "ma devo farlo anche io?", "serve anche a me?". Come se venisse dato per scontato che procreare sia una prerogativa della donna. Detto questo, poi, sono stati gli uomini ad appassionarsi maggiormente al lavoro sul corpo.

Durante i primi incontri alcuni dicono chestanno bene, fanno sport... . Altri appaiono stanchi, apatici, con poca vitalità. Non sentono il corpo, si "anestetizzano", oppure controllano, ma con un'attitudine diversa da quella delle donne.

Ho notato che nel corpo degli uomini la tendenza è quella di creare forti tensioni nel petto e nella schiena alta, a creare come una "corazza" sul cuore, a tenere la pancia e a bloccare il bacino e le gambe, in una posizione che definisco da "soldato". Alcuni di loro hanno problemi di spermatozoi malformati e lenti, altri di varicocele.

Come stato emotivo troviamo apprensioni e preoccupazioni, nervosismo, in alcuni di loro ansia, in altri rabbia inespressa.Paura,ma principalmente paura del loro dolore e di quello che vedono nelle loro compagne, si preoccupano per loro, si trattengono dal dire o fare qualcosa che le possa ferire. Per gli uomini sembra essere più difficile, rispetto alle donne, esprimere quello che sentono.

I pensieri, generalmente, sono: "è troppo...", "se ci avessimo pensato prima", altri cercano di spiegarsi tutto o diventano confusi perdendo di vista quello che vogliono.

Le reazioni sono generalmente mirate, con le tensioni nel corpo, a cercare di "proteggersi" dal dolore causato dall'incapacità di riuscire a procreare e a cercare di "allontanarlo" con i pensieri perdendo chiarezza e generosità.

Quello che ho potuto notare,osservando le reazioni dei partner delle coppie,è che le reazioni dell'uno e dell'altra spesso vanno a braccetto, si rafforzano a vicenda.

Il mio intervento è stato diverso per ogni singola persona in base alla sua personale reazione nel cammino verso il concepimento e, di conseguenza, anche quello che le singole persone hanno sperimentato nel corpo è stato diverso e personale.

Per le donne, in generale, è stato mirato a lasciare andare la reazione nel corpo alla paura, ovvero a lasciare le tensioni nell'addome e a fare in

modo che potessero rilassarsi con questa emozione e guadagnare maggiore tranquillità e fiducia.

Per gli uomini a permettere il dolore nel corpo guadagnando energia e forza dal lasciare le tensioni create per bloccarlo e dal dolore stesso.

E' stato utile per raggiungere una maggiore consapevolezza del loro corpo, delle loro emozioni e della loro volontà personale.

Bibliografia

Cracolici F., Marino V., Rossi E., Scarsella S., Sotte L., Hong T.,*Basi di Medicna Cinese e Clinica di Tuina*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2004

Franklin Erik, *Il corpo e l'energia*, Gremese Editore, 2009

HarishJohari, *Ayurvedic Massage*, 1996. Ed. italiana, *Massaggio Ayurvedico. Tecniche della tradizione indiana per equilibrare il corpo e la mente*, Edizioni Il Puntod'Incontro, Vicenza 1997

Huang ti, (a cura di Veith I.), *Testo classico di medicina interna dell'imperatore giallo*, edizioni Mediterranee, Roma 2006

Paltrinieri Massimo, *Ayurveda*, Rusconi Libri s.r.l., Rimini 2004

Pennac Daniel, *Jurnal d'un corps*, Editions Gallimard 2012. Ed. italiana: *Diario di un corpo*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano 2012

Dottor SubhashRanade, *Natural HealingTrough Ayurveda*, Passage Press, Salt Lake City, Utah 1993.

Ed. italiana: *Trattato di Medicina Ayurvedica, guida pratica alla salute e alla longevità*, edizioni Il Punto d'Incontro, Vicenza 1995

ShapiroDeb, *Your body speaksyourmind*, Patakus, Great Britain 1996. Ed. italiana: *Il tuo corpo ti parla*, Armenia, Cornaredo 2016

Laura Marcone

Psicologa, Psicoterapeuta

La coppia racconta: il trattamento clinico della difficoltà di concepimento

Il presente contributo si pone come obiettivo quello di focalizzare l'attenzione su alcuni temi che la pratica professionale clinica ha dimostrato essere ricorrenti e centrali nella psicoterapia e nel supporto psicologico alle coppie con difficoltà nel concepimento.

Lo studio ha preso in considerazione alcune terapie di coppia effettuate negli ultimi cinque anni nell'Associazione Idee di Salute, prevalentemente dalle dott.sse Anna La Mesa e Carla Sorace, le cui registrazioni[60], hanno permesso di analizzare le dinamiche individuali e di coppia all'interno del fenomeno dell'infertilità. Tali terapie sono state selezionate attraverso un criterio di scelta che ha inteso prediligere pazienti in cui era presente una sterilità cosiddetta psicogena, (coppie che non raggiungono il concepimento dopo circa un anno, in assenza di patologie organiche) oppure coppie, che per diverse patologie organiche, si stavano sottoponendo ad una terapia di Procreazione Medica Assistita. Le coppie scelte presentano, infatti la comune caratteristica di avere iniziato un percorso terapeutico per essere accompagnati e supportati nel difficile cammino verso il desiderato concepimento e l'eventuale genitorialità.

I risultati di tale analisi, che qui si presentano per la prima volta, sono stati raccolti secondo focus tematici che rappresentano le più comunie ricorrenti tematiche caratterizzanti il lavoro clinico per queste problematiche.

L'ambivalenza

Nella totalità delle coppie prese in esame è riscontrabile una forte ambivalenza rispetto all'idea del concepimento e alla possibilitàfutura di diventare madre o padre.Da una parte, infatti, esiste il persistente desiderio di entrambi i componenti di divenire genitori; un desiderio che si concretizza nell'atto pratico di sottoporsi ad accertamenti diagnostici di tipo organico anche piuttosto invasivi e dolorosi, magari reiterati nel tempo a seconda dei tentativi effettuati per raggiungere l'obiettivo. Questa perseveranzacostituisce il segno evidente che il desiderio di avere un figlio è tale che si è disposti a tentare molteplici strade, anche le più dolorose.

Dall'altra parte, va rilevata una paura che le terapiemediche e soprattutto quelle psicologiche toccano ma non scalfiscono effettivamente. Esiste infatti un reale timore, nelle coppie prese in esame, che il

---

[60] Le videoregistrazioni sono state debitamente autorizzate dai pazienti dietro consenso informato e nel rispetto della loro privacy.

concepimento avvenga realmente e che a questo "fare" si accompagni un divenire. Tale processo è spesso percepito come dannoso dalla coppia, che si sentesopraffatta dalla possibilità che gli effetti della terapia si concretizzino in un modo non previsto. È presente inoltre una resistenza da parte dei componenti della coppia a mutare il loro ruolo fino a quel momento consolidatosi nella relazione. Durante la terapia emerge, infatti, la preoccupazione per il cambiamento dell'assetto identitario; il timore e l'ansia chel'essere donna e moglie/compagna si muti irrimediabilmente nell'essere madre, così come l'essere uomo e marito/compagno si tramuti nell'essere padre. Tutto ciò induce il terapista a percepire una ambi-tendenza che va in una direzione e contemporaneamente nella direzione opposta, affinché tutto resti immobile e nulla muti, impiegando le energie della terapia pergarantire esclusivamente questa omeostasi su cui tacitamente e inconsapevolmente si sono accordati i due coniugi.

Nella pratica clinica il fenomeno appena descritto si manifesta, ad esempio,nel caso frequente in cui coppie che lamentavano di non riuscire a concepire, in realtà non facevano affatto attività sessuale, se non una o due volte al mese. Allo stesso modo, le terapie analizzate hanno messo in evidenza significativi casi in cui donne apparentemente intenzionate a concepire un figlio erano in realtà poco propense a farlo. È il caso di chi si è sottoposto a interventi anche molto invasivi o difficili senza poi essere sicuro di voler effettuare una fecondazione medicalmente assistita, oppure casi di donne che dopo essersi a lungo pensate madri e aver desiderato un figlio, arrivano a convincersi che tutto sommato la propria vita va bene anche senza e che anzi, potrebbe essere migliore. Tali forme di ambivalenza infine comprendono anche il caso limite di donne che pur immaginandosi presto madri, non accettano l'eventualità di dover "contenere" all'interno del proprio corpo un figlio.

Restrizione del pensiero e limitazione dello spazio vitale

Avere difficoltà nel concepimento comporta diverse problematicità e ripercussioni individuali e di coppia. Un primo effetto si riscontra nell'alterazione del pensiero che nelle coppie analizzate in terapia risulta limitato. Uomini e donne possono presentare infatti una forte restrizione del pensiero e una limitazione dello spazio vitale. Tale fenomeno è provocato dalla riduzione della spontaneità nei confronti di un atto, quello sessuale, usualmente pensato come immediato e naturale. La condizione di dover programmare i rapporti per favorire il concepimento, il doversi affidare a consigli, suggerimenti e indicazioni medicheper adottare i migliori accorgimenti finalizzati alla fecondazione e il perdurare della situazione di non-riuscita sono tutti fattori che possono comportare importanticonseguenze nella vita quotidiana degli individui e della coppia. L'effetto più diretto è sicuramente quello dell'annullamento della naturalezza nell'attività sessuale, che perde l'usuale istintività per rimanere

incastrata in rituali o azioni tutt'altro che semplici. In queste condizioni si può verificare la forte diminuzione del piacere stesso dell'atto sessuale, dal momento che il pensiero è caratterizzato da una iper-attenzione ai segnali del corpo che favoriscono la fecondità e al fatto che l'atto sessuale non è finalizzato al raggiungimento del piacere ma esclusivamente al concepimento. La persona può non sentirsi più libera, ma incastrata in ciò che deve fare per favorire o facilitare la fecondazione che continua a non realizzarsi. La dimensione della coppia pertanto può mutare, dando spazio all'emersione di conflitti o incomprensioni e a desideri dissonanti tra i due membri della coppia.

Un'ulteriore possibile implicazione della perdita di spontaneità e della quasi innaturale concezione dell'atto sessuale consiste in una limitazione del campo del pensiero che può arrivare a contrarsi intorno ad un solo tema: il figlio che si desidera ardentemente e che non arriva. Questa limitazione può essere così pervasiva da sfociare in alcuni casi in una vera e propria ossessione, andando così ad intaccare la sfera individuale, di coppia e più in generale la sfera relazionale della persona. La vita della coppia e dei singoli individui che la compongono finisce per ruotare interamente intorno al figlio che non si riesce a concepire.

È come se la restrizione portasse le persone a pensare che la propria vita è monca, quasi una "non-vita" proprio perché mancante di quell'aspetto della maternità/paternità.Le persone coinvolte in questa"impasse", non riescono a godere e a valorizzare la propria vita come base già completa per un ulteriore passaggio alla creazione di una famiglia.

Il corpo e le emozioni della donna

Vale la pena soffermarsi su una questione importante rilevata durante lo studio delle terapie di coppia sulle difficoltà del concepimento. Il corpo della donna è pienamente coinvolto nello sforzo di divenire madre e pertanto risulta molto provato, dovendosi sottoporre ai diversi e numerosi tentativi di procreazione medicalmente assistita.

Molti addetti ai lavori, soprattutto medici, ginecologi, ecc., sono portati a considerare, spesso, il corpo della donna disgiunto dalla parte emozionale. Sappiamo, invece, che mente e corpo costituiscono un'unità armonica e non disgiunta(Solano 2013), che si esprime in un sistema somatico o in un sistema mentale (W. Bucci 1997a). Pertanto la semplificazione più ricorrente delle professioni mediche è quella di ignorare o trascurare gli aspetti emotivi che caratterizzano la condizione di una donna che si accinge ad un percorso di fecondazione. Ciò avviene anche in misura maggiore nei casi in cui la donna ha già ricevuto una diagnosi di infertilità psicogena. Sarebbe auspicabile, invece, che i medici che hanno una formazione prettamente orientata sull'organico, si facessero accompagnare nel lavoro con le coppie da un'equipe multidisciplinare in cui siano presenti psicologi e psicoterapeuti.

Le emozioni principali che abbiamo riscontrato nella clinica parlano proprio di una disconnessione tra desiderio e corpo. Nelle coppie osservate abbiamo registrato unasorta di altalena emotiva, una intensa oscillazione tra illusione e disillusione, tra speranza e disperazione, che esprime bene il disagio che queste donne si trovano a vivere nel desiderare qualcosa che il corpo non asseconda. A questo si aggiunge il forte disagio di doversi sottoporre a pratiche mediche spesso invasive, tutt'altro che romantiche, ma asettiche e medicalizzate che appunto non tengono conto dell'emotività della donna. Tali pratiche comportano infatti un forte stress, una frustrazione e una delusione per il possibile esito negativo a cui può seguire la paura del fallimento. In quasi tutte le coppie analizzate è stata registrata una sfiducia nei medici che talvolta, in condizioni mediche molto complesse e articolate o nell'enigmatica condizione dell'infertilità psicogena, danno pareri discordanti tra loro, generando non solo frustrazione e impotenza, ma anche confusione, rabbia e sfiducia.

La prospettiva dell'uomo

Una prospettiva non meno interessante è quella dell'uomo. Si tende spesso a trascurare il punto di vista della metà maschile della coppia nei processi di fecondazione,anche perché inevitabilmente le tecniche di fecondazionenon lo vedono coinvolto in maniera attiva, ma assolutamente secondaria. Tale condizione relega spesso l'uomo a un ruolo marginale che di fatto può rappresentare un ostacolo al buon esito della terapia. L'esperienza della psicoterapia con le coppie, infatti,ha dimostrato quanto il contributo dell'uomoin termini di supporto alla compagna sia indispensabile, tanto da permetterci di ipotizzare che la presenza e il sostegno dell'uomo alla donna nella fase della Procreazione Medicalmente Assistita possa influenzare positivamente il concepimento. Diverse ricerche hanno evidenziato, ad esempio, quanto la relazione di coppia possa influenzare positivamente o negativamente una patologiapresente in uno dei coniugi (Di Trani, Solano 2013).

Le coppie caratterizzate dalla presenza di un uomo incline alla riflessione, disposto a mettersi in discussione e maggiormente propenso a condividere aspetti emotivi personali o di coppia, presentano un livello di stress più basso. In tali casi, gli effetti della terapia sulla coppia hanno condotto, non solo ad un miglioramento della relazione tra i due coniugi, ma anche ad un positivo rafforzamento delle dinamiche interne alla coppia tale da indurre i due coniugia dichiarare che la propria relazione al termine del percorso terapeutico ne risulta comunque arricchita, indipendentemente dalla riuscita o meno delle pratiche di fecondazione. A dimostrazione di ciò risulta interessante infine il racconto di un paziente che, in modo molto lucido, affronta la sua condizione di sterilità, rintracciando, in maniera autonoma, possibili ipotesi sull'origine delle cause. L'uomo, infatti, percepiva che l'origine della propria sterilità fosse da ricercare non

solo in fattori fisiologici, ma negli aspetti relazionali e negli eventi traumatici accaduti nel suo passato. Ciò ha rafforzato in noi l'ipotesi dell'esistenza di una teoria multifattoriale.Tale ipotesi sarà trattata e approfondita in altra sede.

Gli aborti

Un aspetto non meno importante è stato riscontrato nella questione degli aborti. In alcune coppie prese in esame è stata riscontrata una difficoltà nel portare a termine la gravidanza o ad ottenere un nuovo concepimento in seguito ad un aborto spontaneo o terapeutico avvenuti in precedenza.È chiaro che in questi casi il supporto psicologico è quanto mai necessario e raccomandato, sebbene spesso non venga neppure suggerito dai medici. L'aborto, dunque, può assumere il ruolo di un evento traumatico pregresso in seguito al quale si può riscontrare una difficoltà a concepire nuovamente,non riscontrata prima. Nei casi di poli-abortività, inoltre, si verifica una difficoltà maggiore ad immaginare il concepimento. Il timore del fallimento reiterato e il fantasma della perdita, infatti, non consentono alla coppia di affacciarsi ad un nuovo concepimento con serenità, facendo prevalere uno stato permanente di ansia etensione,presente naturalmente in tutti i livelli (emotivo e somatico), e una forte preoccupazione. In questi casi una delle maggiori difficoltà da affrontare durante la terapia consiste nel mutare le spiegazioni che la coppia attribuisce agli eventi poli-abortivi. Alcune coppie, infatti, riconducono questi a cause esterne, con pensieri un pò distorti di natura religiosa, che conducono la coppia a pensare all'evenienza di una punizione o un castigo divino nei loro confronti. Questo processo sta alla base dell'incapacità da parte della coppia di mentalizzarein maniera diversa l'evento aborto. La difficoltà di elaborarela condizione luttuosa parla della difficoltà emotiva che queste persone si trovano a vivere. Si può ipotizzare, pertanto, che l'aborto pregresso provochi inevitabilmente una serie di emozioni che se non elaborate correttamente possono andare ad interferire con gli eventuali, futuri tentativi. Tali emozioni riguardano la paura del fallimento reiterato, il sentirsi inadeguati, l'ansia e l'angoscia della perdita, non solo immaginata ma vissuta realmente, l'aumento della tensione. Emozioni ancora più intense e presenti nel caso delle coppie con più aborti alle spalle. È impensabile, alla luce di tutto questo, che in molte strutture che effettuano la procreazione medicalmenteassistita di vario tipo, il trattamento non si avvalga del lavoro e delle competenze dello psicologo.

Conclusioni

Quelli sopra illustrati sono solo alcuni dei temi emersi nel lavoro clinico con le coppie. D'altro canto è evidente che le implicazioni psicologiche nella PMA sono numerose e complesse. Tale percorso se analizzato superficialmente, o solo dal punto di vista medico, può sembrare un

semplice susseguirsi di fasi, scevre da emozioni e complicazioni psicologiche, volte alla fecondazione e al portare a termine l'eventuale gravidanza. Trascurare gli aspetti emotivi e psicologici è un errore grossolano che testimonia un modo di concepire mente e corpo come due entità distinte e indipendenti l'una dall'altro. I focus tematici sopra illustrati dimostrano quanto complesso sia il percorso della Procreazione Medicalmente Assistita e quanto sia importante per la riuscita stessa della terapia medica, assistere dal punto di vista psicologico chi si trova a vivere tali difficoltà. Pertanto se mutasse il punto di vista di chi opera quotidianamente con queste coppie ne scaturirebbeun percorso sicuramente "fertile" al di là del concepimento o meno di un figlio, come è stato largamente dimostrato dal lavoro psicoterapeutico svolto nella nostra Associazione.

Ringraziamenti

Il Convegno “In-fertilità: un approccio multidisciplinare”, tenutosi a Roma il 5 e il 6 maggio 2017, è stato sostenuto dall’Università degli Studi di Roma “Sapienza” e da diverse Associazioni.

Ringraziamo, nello specifico, il Magnifico Rettore dell’Università Sapienza, prof. Eugenio Gaudio, per aver supportato l’evento all’interno delle iniziative scientiffiche e culturali per l’anno 2017, la Facoltà di Medicina e Psicologia che ci ha accolti ed il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica che ha fortemente creduto e contribuito alla realizzazione delle giornate congressuali.

I Nostri ringraziamenti vanno inoltre all’Associazione Italiana di Psicologia (AIP), che ha sostenuto l’importanza di un momento scientifico e di confronto su questi temi complessi e attuali.

E’ stato inoltre fondamentale, per la realizzazione del Convegno, l’intervento delle Associazioni “Casamadre Onlus” e “Idee di Salute”, che svolgono attività cliniche nell’ambito della genitorialità e che hanno contribuito all’evento dal punto di vista dei contenuti scientifici e dell’organizzione.

Il Convegno è stato infine patrocinato da diverse istituzioni che operano sul territorio regionale e nazionale: la Regione Lazio, l’Ordine degli Psicologi del Lazio, l’Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCEO), la Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPSa), la Società Italiana di Terapia Familiare (SITF), la Società Italiana di Ricerca Clinica e Intervento Perinatale (SIRCIP).

Collana Materiali e documenti

Per informazioni sui precedenti volumi in collana, consultare il sito:
www.editricesapienza.it

20. Riflessioni sulla crisi libica del 2011
Guerra, economia e migrazioni
a cura di Luca Micheletta

21. Fondamenti della geografia economica
Basi teoriche e metodologiche per lo studio dei sistemi territoriali
Attilio Celant

22. Diritto e sistema dromocratico
Hayek e Kelsen a confronto
Giovanna Petrocco

23. Responsabilità degli enti da reato e mercati emergenti
a cura di Antonio Fiorella e Anna Salvina Valenzano

24. Integratori nello sport e nelle normali attività: le evidenze e la sorveglianza
Luigi Bellante, Piero Chiappini, Paolo Onorati

25. Museo di Merceologia, Sapienza Università di Roma. Collezioni - Catalogo ragionato dei reperti / Museum of Commodity Science, Sapienza University of Rome. Collections - Catalogue Raisonné of the exhibits
Małgorzata Biniecka, Patrizia Falconi, Raffaella Preti

26. Politiche urbane per Roma
Le sfide di una Capitale debole
a cura di Ernesto d'Albergo e Daniela De Leo

27. Crescita economica, disuguaglianze e peso della malattia
Cristiana Abbafati

28. Alvaro e la Grande Guerra
Stratigrafia di «*Vent'anni*»
Aldo Maria Morace

29. Legionellosi. Cos'è e come difendersi
Quaderno informativo N. 20
Leandro Casini, Lucia Marinelli, Sabina Sernia, Emiliano Rapiti, Rocco Federico Perciavalle, Maria De Giusti

30. Il Palazzo del Verginese
Una *Delizia* Estense nascosta
Michele Russo

31. La Scarzuola tra idea e costruzione
    Rappresentazione e analisi di un simbolo tramutato in pietra
    Alfonso Ippolito
32. In-fertilità. Un approccio multidisciplinare
    Atti del I Convegno nazionale - Roma, 5-6 maggio 2017
    a cura di Michela Di Trani e Anna la Mesa

Il presente volume include scritti ispirati dal Convegno "In-fertilità: un approccio multidisciplinare", tenutosi a Roma il 5 e il 6 maggio 2017, presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Obiettivo del Convegno è stato quello di promuovere il confronto interdisciplinare tra ginecologi, medici di Medicina generale, ostetriche, psicologi, biologi e giuristi sui temi inerenti l'infertilità, la sterilità e le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

All'interno di una prospettiva bio-psico-sociale, sono stati presentati diversi modelli di intervento multidisciplinare, focalizzando l'attenzione sulle connessioni tra teoria e prassi. Nello specifico, è stato affrontato il tema del ruolo della psicologia nei percorsi di PMA, nell'ottica di promuovere un intervento olistico di supporto al paziente in questo complesso momento di vita, ma anche di sostenere l'efficacia del lavoro dell'équipe terapeutica.

Michela Di Trani, psicologa e psicoterapeuta. Ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", insegna Intervento psicologico per la promozione della salute presso la Facoltà di Medicina e Psicologia. Si occupa dei temi relativi al rapporto mente-corpo, sia in età adulta che evolutiva.

Anna La Mesa, psicologa e psicoterapeuta familiare. Insegna in numerose scuole di specializzazione riconosciute dal MIUR. È stata Presidente della Società Italiana di Terapia Familiare ed è socio ordinario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale. È Presidente dell'Associazione Idee di salute, all'interno della quale promuove un progetto di intervento sull'infertilità.

ISBN 978-88-9377-054-5

9 788893 770545

www.editricesapienza.it

Opera diffusa in modalità *open access*
e sottoposta a licenza Creative Commons
Attribuzione – Non commerciale
Non opere derivate (CC BY-NC-ND), 3.0 Italia