

## 2. Infertilità e mancata transizione alla generatività

di *Loredana Cena, Antonio Imbasciati*

### 1. Sessualità e generatività

La genitorialità e il progetto generativo entrano in uno sviluppo della dimensione sessuale. Questa è intrisa, forse potremmo dire costituita, dai fantasmi del “fare bambini”. Nella stessa genesi del piacere sessuale, il lavoro del cervello emotivo che lo genera (Imbasciati, 1990, 2010a) comporta l’elaborazione di fantasmatiche generative, e difetti di questa, di solito collegati ad altre strutture neuropsichiche di tipo patologico, possono generare disturbi anche palesi delle manifestazioni fisiche sessuali. Una generatività è insita in una “buona” sessualità. Quando tale generatività si sviluppa in un progetto generativo, anche la dimensione sessuale si sviluppa, ed anche nelle sue manifestazioni fisiche, ed in particolare nella composizione percettiva (pseudopercettiva: cfr. precedente capitolo) del piacere. Ciò è più evidente nella donna, ma agisce anche diversamente nell’uomo. Quando poi il progetto generativo si evolve nella genitorialità, anche qui la dimensione sessuale potrà avere mutamenti, positivi o anche negativi.

La psicoanalisi è nata dall’osservazione di disturbi psichici e somatici alla cui origine si rinvenivano problemi riguardanti la sessualità. La Teoria energetico-pulsionale di Freud è un tentativo di spiegare la sessualità, per estendere poi il modello da tale studio ricavato a tutto il funzionamento psichico, e a porre l’origine di questo in un istinto, comunque in spinte (trieb) biologiche alla sessualità omologabili (Imbasciati, 2005).

Quanto a un cosiddetto istinto materno, cioè generativo, rari sono i riferimenti diretti (cap. 4 prima parte). Il primo psicoanalista che espressamente trattò di “generatività” fu Erikson (1950): ripercorrendo, ampliando e sviluppando il discorso freudiano su oralità, analità, fallicità, genitalità, questo autore descrisse otto successive fasi di sviluppo, dando a quanto espresso da Freud un significato non più biologistico (pulsioni endogene da zone somatiche), bensì quanto egli chiamò apprendimenti da “modi d’or-

gano”. Oggi diremmo sviluppo simbolopoietico a partire dal corpo (Imbasciati, 1990). Uno dei meriti di Erikson fu d’aver proseguito tale individuazione di fasi di sviluppo psichico, soprattutto descrivendo il ruolo della motricità nell’acquisizione di una propria identità, e la capacità di relazioni intime, intese queste non semplicemente in senso fisico e sessuale, ma primariamente ed essenzialmente psichico. È qui che può formarsi la coppia ed è qui che Erikson parla di generatività.

Tale generatività si costruisce in modo lento e graduale nello sviluppo dell’identità individuale, attraverso la complessità delle precedenti fasi di sviluppo. Erikson descrisse in tal modo gli sviluppi psichici derivati dai vari modi d’organo, tra cui la *fiducia di base*, acquisita nei confronti delle figure affettive primarie, l’*autonomia* conquistata attraverso una graduale separazione dai propri genitori, l’*iniziativa* e l’*operosità*, l’*identità*, e infine la *generatività*. Nell’acquisizione della propria identità, si acquisisce anche una specifica identità di genere (altrimenti abbiamo la dispersione di ruoli), mentre una sempre maggiore intimità nelle relazioni interpersonali consente di giungere a una generatività, che poi consentirà anche la possibilità di generare ed educare dei figli, dopo aver integrato nella propria personalità i sentimenti ambivalenti che ne avevano caratterizzato le precedenti fasi di sviluppo. Merito di Erikson fu l’aver spostato l’accento istintuale biologico che aveva avuto fino ad allora (il testo fondamentale di Erikson è del 1950) la psicoanalisi, a un orizzonte relazionale, sociale, educativo anche, integrando gli originari modelli freudiani con l’orientamento che andava maturando nella cultura psicoanalitica e in quella antropologica più generale.

La generatività che Erikson pone al termine dello sviluppo psicosessuale si configura più come appartenente allo sviluppo psicosociale dell’identità, piuttosto che facente parte dello sviluppo psicosessuale in sé, anche se con questo mantiene legami. Quanto questi siano da intendere come causalità, nel senso che la sessualità originerebbe intrinsecamente il bisogno generativo, piuttosto che sviluppo meramente cronologico, ci presenta l’interrogativo opposto: se cioè lo svilupparsi di un’identità generativa porti alla sessualità in senso completo; o per lo meno quanto vi siano legami reciproci dall’uno all’altra che l’uno e l’altra sviluppino e rinforzino. La generatività è caratterizzata da diversi aspetti evolutivi, che si concentrano nella vita, come la costruzione di un nucleo affettivo di coppia, la strutturazione di un nucleo familiare, la progettazione della procreazione (concepimento-gravidanza-nascita-allattamento), la genitorialità, l’accudimento e l’educazione dei figli. Nelle descrizioni di Erikson possono essere ritrovate le origini di quanto la letteratura non solo psicoanalitica, ma psicologica più in generale, ha individuato come passaggi dalla vita individuale a quella di coppia e a un sistema di relazioni allargato, di tipo triadico e multiplo. La costruzio-

ne della coppia e della famiglia si inserisce nel processo evolutivo personale come un'ulteriore occasione di sviluppo-crescita aperto ad un nuovo processo psichico: la genitorialità, e da questa al sociale.

La generatività si esprime in maniera evidente nel desiderio di procreare e di prendersi cura dei propri nati, per trasmettere loro il patrimonio valoriale, ma anche in tutte le attività produttive e creative, mosse dalla tensione di accrescere il potenziale proprio, nonché delle generazioni successive, a beneficio dell'intera umanità: la generatività comporta la possibilità di una prospettiva aperta alla produttività e alla creatività (Erikson, 1984).

Si tratta della creatività che si esprime nelle opere intellettuali quali espressione della generatività spirituale umana. La generatività è una disposizione strutturale della mente a creare qualcosa, che si forma, forse meglio si conquista, quando lo sviluppo psichico è ottimale. Questa generatività entra nella dimensione sessuale, con i fantasmi, prima, della generazione dei figli, con i desideri, poi, di creare qualcosa che durerà oltre la propria vita: in questa ampia gamma di possibilità creative l'espressione più concreta è quella di realizzare una sessualità che produca dei figli. Questo non va però inteso riduttivamente negli effetti materiali di un accoppiamento con figli, bensì come precedente predisposizione e struttura emotiva che permea la sessualità stessa, rendendola piena e ottimale, non semplicemente negli effetti, ma negli "affetti", il che equivale a dire nella struttura psichica globale della persona. Pertanto non è la sessualità che conduce alla generatività, bensì la generatività che porta a una sessualità intesa in senso psichico pieno.

## **2. Dalla generatività alla genitorialità**

All'interno della generatività psichica, sessualità e procreazione possono trovare una loro integrazione. Non sempre però questo avviene e i due eventi possono non essere contigui, né in complementarietà: si può avere una sessualità senza generatività, così come viceversa. Tale disgiungimento, che talora può diventare scissione strutturale, dipende dai molteplici fattori che dalle esperienze lungo il corso della giovinezza vengono elaborati in strutture neuropsichiche. Tra tali fattori, di ordine psicosociale, si aggiunge oggi l'attuale possibilità tecnico-medica di disgiungere la sessualità dalla procreazione fisica attraverso la possibilità di pianificazione delle nascite, per cui un figlio può venire programmato e voluto in un determinato tempo e solo se ci sono certe condizioni. Il controllo della fertilità potrebbe allora consentire di ripensare alla propria possibilità di generare come ad un "potere", con il quale è possibile soddisfare un desiderio profondo che è di libertà e di realizzazione di un'"esperienza privilegiata di responsabilità" (Bydlowski, 2004).

Si può avere anche una generatività biologica che prescinda dalla sessualità, come nei casi di nascite attraverso la procreazione medicalmente assistita. La complessità del binomio sessualità/generatività comporta molteplici sfaccettature di complessità e di problematicità, né è un processo lineare: si può per esempio considerare la processualità interiore di una coppia che, dopo lo svolgersi felice di una sessualità che non porta a concepire per questa via, giunge a ricorrere alle tecniche mediche. Più complessi interrogativi si presentano per quelle coppie che avevano deciso di non avere figli, ma che col passare del tempo e della loro età, addiventano, talora troppo tardi, alla determinazione di averli. Ancora, entrando nell'area psicosomatica, danno da riflettere tutti quei casi in cui si concepisce un figlio solo dopo un'adozione, o solo dopo grosse vicissitudini emotive dell'uno o dell'altro o d'entrambi i membri della coppia, o più semplicemente cambiando partner, pur fecondo che sia stato il primo. L'antica legge ebraica del levirato la dice lunga. Sembra proprio che la generatività biologica sia intimamente connessa con le complesse vicissitudini interiori, soprattutto remote, dello sviluppo psicosessuale.

D'altra parte tale generatività, intesa nel suo più ampio senso psichico, appare il motore, se si giunge alla procreazione, dell'accudimento e della cura dei figli, cioè della genitorialità. In quest'area sono in atto nostre ricerche (Cena, Imbasciati, Gambino). Complesse sono le vicissitudini attraverso le quali si struttura quella mente individuale (della donna e dell'uomo) che determinerà la qualità dell'accudimento (Imbasciati, Cena, 2010), e quindi quanto possiamo definire qualità individuale della genitorialità (Cena, Imbasciati, 2010). Questa, in ogni caso, sembra procedere da quella, cosicché i due termini appaiono l'un l'altro contigui in una linea di sviluppo, cronologica e psichica. Ma non sempre è così.

La sessualità è un'emozione (Imbasciati, Buizza, 2011), e il suo esplicitarsi fisico conseguenza somatica: la fantasmaticizzazione di una generatività fisica (fare un bambino) ne è fulcro primario. Per un buon sviluppo di tale emozione, e pertanto per l'acquisizione di capacità sessuali adeguate, relazionali e non narcisistiche, occorre però che la fantasmaticizzazione originaria di una generatività fisica si evolva, si articoli e si arricchisca sviluppandosi come simbolopoiesi (Imbasciati, 2001), per arrivare a un'effettiva e completa dimensione di generatività psichica; da cui, poi ed anche, la genitorialità. Una generatività circoscritta alle rappresentazioni di fare un figlio non basta, dunque: tuttavia essa può fungere da stimolo e, attuata, offrire opportunità di trasformazione psichica e occasione di crescita individuale, con il superamento dell'egocentrismo e della dipendenza a favore dell'acquisizione di un maggior senso di responsabilità. Con la nascita di un bambino l'individuo è chiamato ad un nuovo ruolo, quello genitoriale, ad assumersi la responsabilità di un altro essere umano bisognoso e indifeso, e di

accompagnarlo nello sviluppo. La capacità di generare rappresenta quindi una grande occasione di evoluzione della coppia e della famiglia: anche le difficoltà a crescere e a curare appropriatamente dei figli possono diventare occasione di conoscenza, di comprensione e di integrazione emozionale ed esistenziale reciproca. Già a partire dalla gravidanza nella coppia iniziano a strutturarsi quelle dinamiche d'assestamento che consentiranno ai due partner di progredire da una condizione diadica ad una fase di riassetamento a tre, che comporta l'attivazione della ulteriore funzione contigua e complementare, quella genitoriale, e di concretizzare in un progetto di vita il nuovo periodo della storia generazionale della famiglia.

Per entrambi i membri della coppia il vissuto delle proprie capacità generative costituisce una componente importante per il consolidamento della propria identità di genere, nonché per la più ampia identità familiare e dell'intero sistema generazionale. Il progetto generativo si iscrive e trascende il desiderio individuale di avere un bambino, per collocarsi in una più vasta rete sociale: la generatività si costituisce allora come dimensione psichica nella vita individuale e sociale. La generatività è così l'espressione anche della capacità di proiettarsi nel futuro: generare figli e crescerli significa farsi carico dell'intera umanità che attraverso di loro cresce e si rinnova. All'interno di questa prospettiva il figlio non è visto quindi solo come nuovo nato, frutto dell'amore dei due genitori, ma anche, attraverso di loro, viene collegato alla storia generazionale di cui eredita il patrimonio, in una trasmissione transgenerazionale (Imbasciati, 2008, 2010a,b).

Tutto ciò implica però uno sviluppo della dimensione interiore, inconscia, che contempla il figlio come esito finale e non come prova che tale sviluppo sia avvenuto. Per questo tale generatività non va confusa con la semplice decisione di fare un figlio. Molto più spesso di quanto appaia all'occhio dell'osservatore comune, la decisione di fare un figlio, o di adottarlo, è una scorciatoia fallace, dettata da motivi difensivi inconsci che nulla o ben poco possono avere a che fare con una effettiva dimensione interiore di generatività. Spesso una coppia decide di avere un figlio credendo di salvare se stessa e il proprio accordo, altrettanto spesso per colmare una solitudine, più spesso ancora per mero narcisismo. In questi casi, quando il figlio arriva e cresce, ben poche saranno le probabilità di uno sviluppo interiore della mente dei genitori, così come molte le probabilità che, invece di vantaggi e sviluppi, emergano psicopatologie, se non disastri, e nella coppia e nella mente dei singoli, con relativi rischi per il bimbo. Abbastanza spesso, in questi casi, c'è uno scarso coinvolgimento dell'emozione sessuale in tale pseudogeneratività.

### 3. Sessualità senza generatività

La generatività, come dimensione psichica, fa parte di uno sviluppo ottimale, “normale” diremmo, della mente umana. Da qui emerge verso la coscienza della maggior parte delle persone il desiderio di un figlio. Abbiamo visto quanto questo percorso sia fondamentale nello sviluppo della coppia, della famiglia, della società, e quante conseguenze derivino se lo scopo vitale non può essere raggiunto. L’osservazione, sia del senso comune che della tradizione, e dei rilievi obbiettivi, depone per l’esistenza di una infertilità d’origine psichica: l’infertilità psicogena è accertata e convalidata dalla ricerca e dalla clinica medica, ginecologica soprattutto. Esiste peraltro una infertilità (e sterilità<sup>1</sup>), femminile e maschile, dovuta alle più varie cause organiche: malformazioni, traumi, malattie. Questi casi, di origine organica accertata, sono però pochi, rispetto alla molteplicità delle osservazioni cliniche di infertilità per le quali tali cause non si individuano, così come non molti sono i casi in cui, invece, sono accertate cause psichiche. La maggior parte dei casi di infertilità resta pertanto il campo clinico in cui, caso per caso, clinici e studiosi indagano e ipotizzano ragioni psichiche che determinino l’infertilità, modificando o bloccando i processi biologici della procreazione. L’esistenza di una sterilità psicogena è dunque unanimemente considerata, anche se per gran parte dei casi non può essere accertata. Ciò è dovuto all’estrema complessità dei processi con cui il SNC regola psicosomaticamente le funzioni degli organi corporei.

Chiariti sono alcuni meccanismi che mediano l’infertilità femminile, quali le occlusioni tubariche, facilmente spiegabili tramite l’azione del SNV; più complessi sono quelli dovuti a cause ormonali, ma ricordiamo che l’assetto ormonale è regolato dal SNC, o comunque umorali, e ancor più complessi e ancora in parte oscuri, quelli che regolano la produzione delle cellule germinali. Ciò vale soprattutto per la produzione degli spermatozoi, nei casi di infertilità maschile (azospermia o oligospermia) non giustificata da cause organiche. I processi psicosomatici sono molteplici e complessi, tuttora oggetto di studi, cosicché le opinioni degli studiosi su quanto può essere definito infertilità psicogena non sono unanimi.

La psicoanalisi ha cercato attraverso studi teorici ed esperienze cliniche di analizzare la problematica della non generatività, soprattutto quella femminile. Freud, si è occupato di questo tema in relazione alla isteria, e poi in modo indiretto prendendo in considerazione i personaggi del Macbeth (1916): lady Macbeth era una donna che non generò. Non si è soffer-

1. Sterilità è termine che viene assunto per indicare l’impossibilità procreativa assoluta e perenne; altrimenti in tutti i casi in cui la sterilità come sopra non può essere certa, si preferisce parlare di infertilità.

mato molto su questo tema e frettolosamente ha concluso il suo discorso sulle donne qualche anno più tardi, in modo sibillino e laconico, con l'affermazione che la donna è un enigma (Freud, 1931) ancora tutto da scoprire. Di questo tema si sono invece maggiormente interessate le psicoanaliste donne, come la Deutsch (1945), che spiega la sterilità femminile prevalentemente come una problematica funzionale: attraverso i primi studi di psicosomatica l'autrice fa notare come la donna sterile provi forti sentimenti di ostilità verso la propria madre. Anche Groddeck (1990), mette in evidenza come le donne che hanno una conflittualità con le loro madri non riescono a generare.

Secondo la McDougall la infertilità sarebbe una manifestazione psicosomatica (McDougall, 1989), quasi sempre presente nella anoressia, che causa impotenza, frigidity, anche sterilità, in cui si riscontra in diversi gradi e modalità una negazione delle emozioni. La infertilità femminile viene (Zurlo, 2009) individuata come espressione attraverso il corpo di conflitti inconsci: il soggetto che non riesce a mentalizzare, tanto meno a verbalizzare le proprie difficoltà interiori, le esprime col corpo, trovando nella medicalizzazione della infertilità una collusione difensiva. Con la medicalizzazione si costituisce così tra il medico e la donna una sorta di collusione inconsapevole, e quando e se il concepimento poi avviene, il rifiuto e il conflitto, sempre latenti e non risolti, della donna con la propria madre, si ripresentano successivamente, al termine della gravidanza attraverso difficoltà nel parto, oppure dopo la nascita del bimbo con difficoltà relazionali o psichiche con lui.

In altri studi la infertilità viene letta come una forma di resistenza illimitata del corpo, non sintomo, bensì un blocco di una attività fisiologica (Ikiz, 2009). La sterilità viene pertanto da alcuni autori distinta dai disturbi psicosomatici in quanto (Marty, de M'Uzan, 1963, 1980) il pensiero di un soggetto che presenta sintomi psicosomatici è privo di processi immaginari e simbolici, mentre al contrario nelle donne che non riescono a generare si sono riscontrate fantasie. Tale distinzione è tuttavia discutibile: il pensiero non si riduce al simbolico, tanto meno all'immaginario (Bucci, 2007), e per contro è da dimostrare che in soggetti il cui pensiero è anche simbolico e dotato d'un immaginario non agiscono, anche qui, processi psicosomatici. Resta quindi da spiegare meglio quanto viene definito blocco di una attività fisiologica rispetto a quanto è definito "psicosomatico".

Alcuni studi psicoanalitici hanno messo in evidenza il "debito di vita" (Bydlowski, 1997), che le donne hanno nei confronti delle loro madri e delle generazioni precedenti, e nei casi di infertilità la presenza di un rifiuto inconscio ad esso: senza un "riconoscimento" di questo debito, il bambino non può essere concepito, e se poi ciò accade, può restare invischiato in una sorta di ipoteca non risolta che la donna ha nei confronti della propria madre.

Altro aspetto considerato sono i processi identificatori tra madre e figlia, che per la futura madre hanno un ruolo importante per poter avere accesso alla generatività (Ikiz, 2009). Uno degli obiettivi della sessualità femminile è quello della filiazione (Bydlowski, 2009a), e questo viene considerato il potere del “sesso femminile”: paradossalmente però, per accedere alla maternità, la donna deve perdere potere e onnipotenza per assumere attributi di debolezza e di ritiro; la sua funzione è quella di diventare terreno fertile e recettivo, perché l’uovo possa impiantarsi e crescere dentro di lei. Sarebbe indispensabile che la donna “idealizzi” la propria madre affinché la gravidanza evolva positivamente: la propria madre è quella base sicura su cui la donna si appoggia per poter diventare a sua volta una madre che potrà accudire il suo bambino. Questa fiducia si sviluppa nel periodo della gestazione: anche se tra madre e figlia ci possono essere conflitti, durante l’attesa del bimbo si stabilisce spesso come una tacita tregua tra di loro, e questo per i processi di idealizzazione che possono essere assunti anche da un’altra figura femminile. La Bydlowski (2009b) fa un rimando biblico alle figure di Sara e di Agar, madre oblativa e mite che riabilita la capacità di generare. Anche il parto è un evento che si colloca tra due donne: una che mette al mondo e l’altra che assiste, e che può fornire una buona identificazione materna.

Secondo la Bydlowski una particolare alchimia sta alla base della fecondità o infecondità psichica di una coppia: una coppia può non essere in grado di generare, ma se questi stessi partner si uniscono diversamente a formare nuove coppie, potrebbe essere anche possibile che acquistino questa capacità. Già abbiamo citato la legge ebraica del levirato, che prescrive alla donna infertile di congiungersi con un parente del marito. È comunque risaputo di come il cambiamento di partner può sortire la risoluzione di una infertilità e ciò è prova inconfutabile dell’origine psichica della fertilità. La Bydlowski afferma inoltre che quello che si caratterizza come smarrimento e arrendevolezza della donna nell’orgasmo è ciò che può consentirle di attivare inconsapevolmente l’immagine materna originaria, debole e fragile, con cui può identificarsi e per cui il concepimento avviene.

La qualità del legame che la donna potrà instaurare successivamente con il proprio bimbo dipende comunque dalla modalità con cui la futura madre saprà modulare il debito di vita con la propria madre, sostenuta anche dalle identificazioni con una madre sufficientemente “debole”. Il rimando biblico al Giudizio di Salomone, fatto dall’autrice, è emblematico a tal proposito: la generatività è presente in una donna che sia disposta a perdere tutto per il suo bambino, anche di doverlo donare ad un’altra donna purché questi possa vivere: la perdita e l’abnegazione di sé sono tra gli attributi fondamentali della filiazione femminile (Bydlowski, 2009a). Questi attributi erano già stati rilevati in psicoanalisi da Fornari (1976), attraverso le rappresentazioni dei due aspetti connessi alla sessualità e alla generativi-



tà espressi con i due codici: il Codice femminile e il Codice materno. Tali codici antinomici contraddistinguono la modalità presente nella donna di essere sessualmente femmina e madre. Il codice femminile è basato su una contrattualità paritetica tra i due sessi, attraverso uno scambio reciproco della propria sessualità tra uomo e donna. Il codice materno è funzionale invece alla generatività, che comporta gestazione, parto, allattamento e accudimento del bambino: è un codice sproporzionato, in quanto non esige scambio, ed è oblazione pura da parte della madre, che dà tutto senza chiedere nulla; ed è funzionale e indispensabile alla formazione e alla crescita di un essere fragile come un bimbo.

#### **4. Una incrinatura nel progetto generativo/genitoriale della coppia**

Da soli non si genera. Non solo per le necessità biologiche dovute alla riproduzione umana legata ai due sessi, ma anche e soprattutto perché il percorso psicologico che porta alla propria identità separata e sessuata contiene un limite intrinseco, rispetto al desiderio di generare. Questo percorso, nella sua ottimalità, comporta l'integrazione della fusione e della separazione rispetto alla propria madre (e ai genitori), l'accettazione della propria nascita psicologica, e la considerazione dell'altro sesso, da cui si dipende e con cui ci si deve integrare per poter generare. La fusione-separazione, avvenuta bene o male con la propria madre, deve ripetersi nell'esperienza di fusione-separazione dell'accoppiamento: bene o male a seconda di come fu la prima integrazione. La fantasia onnipotente infantile di poter comunque autonomamente generare deve cedere all'accettazione dei limiti, imposti dalla natura e dal conseguente sviluppo psichico che la psiche umana deve attraversare. Il limite alla possibilità di generare è dunque intrinseco all'individuo singolo.

Quando la coppia si trova di fronte alla sterilità, temporanea e parziale o assoluta, deve cimentarsi in complessi processi psichici che riguardano un riassetto della loro spesso già inadeguata situazione interiore. La maggior parte delle ricerche sul desiderio di generatività (Farri Monaco, Castellani, 1994; Navone, 1997) hanno evidenziato come il desiderio di avere un bimbo rimandi ad un desiderio di immortalità che può appartenere al genitore in modo esclusivamente narcisistico. Un figlio può essere un oggetto d'amore narcisistico, sostitutivo, di una mancanza del proprio Sé. Abbiamo così, spesso, gravidanze a rischio, sterilità o nascite patologiche. Ricerche relative all'immaginario di donne sterili (Maggioni, 1997) evidenziano che il conformismo sociale e la ricerca di una conferma per la realizzazione della coppia possono avere un peso esclusivo con effetti negativi, nel desiderio di maternità (Bydlowski, 2003).

Quando la situazione di sterilità porta all'adozione, il desiderio di avere un bimbo rimarrebbe collegato, secondo l'Autrice, soltanto a una mancanza del Sé e sarebbe alimentato da sensi di colpa e rabbia: perché possa avvenire il passaggio alla genitorialità resta indispensabile un inserimento del figlio nella propria "storia" fino dall'infanzia, in connessione con la relazione coi propri genitori. Attraverso l'adozione avverrebbe una riparazione della sterilità che sarebbe soltanto una compensazione del vuoto fisico e mentale che la mancanza di un figlio ha comportato: non si desidera "fare" un bambino ma solo completare una coppia.

Si apre qui un tema complesso che riguarda la "procreazione medicalmente assistita". È un argomento che sia per le implicazioni biomediche, sia per quelle etiche, consente di essere qui solamente anticipato mediante alcuni interrogativi.

Relativamente al tema della procreazione e del desiderio di un figlio, le problematiche connesse alla fertilità e sterilità hanno sollecitato, attraversato la storia dell'umanità sin dai primordi, riflessioni e ampi dibattiti in ambito filosofico, religioso, biologico, politico e sociale. Nel corso dei secoli e a seconda delle varie tendenze socio-politiche, sono prevalse visioni diverse della concezione della natura e delle scienze della vita. L'avvio di un discorso specifico di quella che si è costituita come la scienza inizialmente detta della inseminazione artificiale risale al lontano settecento, a Lazzaro Spallanzani (1767-1781) e alle sue prime sperimentazioni.

La responsabile principale della sterilità di coppia è stata, nel corso dei tempi, considerata quasi sempre la donna: per l'uomo, la capacità riproduttiva è stata identificata con la potenza sessuale e sulla donna è sceso tutto il peso di quanto viene percepito come difetto, se non come "colpa". Solo nel secolo scorso, la ricerca ha permesso di evidenziare la fisiopatologia del sistema riproduttivo maschile scindendo potenza virile e capacità riproduttiva e sfatando gli antichi pregiudizi. La coppia vede così spartirsi le sofferenze collegate alla impossibilità riproduttiva. È presente tuttavia spesso la tendenza ad assumere un atteggiamento di ricerca del "responsabile", tra l'uno e l'altro dei partner di questa "mancata" prolificità: se entrambi poi risultano "colpevoli", si ricerca chi tra i due lo è di più. Molto spesso il problema della sterilità viene stigmatizzato e diventa una ossessione, quella di un "bambino che deve nascere a tutti i costi".

Esiste una causalità psichica della sterilità: le ragioni interiori di tale tipo di sterilità sono complesse, spesso irripetibilmente individuali e pertanto assai difficili da enucleare: esse agiscono psicosomaticamente sul sistema endocrino, sui tessuti degli apparati riproduttivi e sulla stessa proliferazione delle cellule germinali. Col termine di sterilità "idiopatica" è stata denominata quella sterilità senza cause biologiche riconosciute, che pertanto è stata ricollegata ma non meglio definita peculiarità del singolo (dal

greco idios, peculiare, singolare). La sterilità cosiddetta idiopatica (Nerson-Sachs, 2003) avrebbe la funzione di esprimere un “significante” particolare, proprio di un linguaggio, che può far presupporre un dialogo psichico e psicosomatico entro la coppia. La sterilità, nei suoi aspetti reali e simbolici, può servire come pretesto ai due coniugi per esternare altre difficoltà, forse collegate a delusioni e aggressività (Abraham, Pasini, 1987). In ogni caso la sterilità, che molto spesso ha già a monte cause psichiche, ha anche ulteriori ripercussioni psichiche, sull'uomo e sulla donna, mettendoli a confronto con la sofferenza della presa di coscienza del limite, che denuncia la loro inadeguatezza: la sterilità, come la morte, causa una frattura esistenziale e simbolica. I due partner sperimentano una doppia esclusione: dalla successione delle generazioni e dalle altre coppie cosiddette “normali” (Chevret-Measson, 2003). L'impossibilità sia per l'uomo che per la donna di concepire un figlio, apre una ferita sull'integrità fisica e biologica dell'interno della propria corporeità, con la riattivazione dei vissuti infantili rispetto alle angosce relative ad una ritorsione persecutoria degli attacchi invidiosi fantasmaticizzati nei confronti del corpo materno (Klein, 1932). Attiva inoltre vissuti relativi alla propria identità sessuale, collegata alla capacità di procreare (Balduino Verde, 1987). Se i vissuti relativi ad una integrazione di sé sono “sufficientemente buoni”, l'individuo dovrebbe poter fronteggiare la frustrazione e far emergere “una nuova virtù o forza vitale” (Erikson, 1976). Tale capacità è direttamente collegata alla relazione stabilitasi tra i due membri della coppia e dipendente dai motivi inconsci che hanno portato i due partner a decidere un progetto comune insieme (Balduino Verde, Pallanca, 1984).

Attraverso nuovissime e controverse tecnologie sono state sperimentate diverse possibilità di filiazione per le coppie sterili, alle quali viene data la possibilità di tentare più strade, alternativamente all'adozione: “avere un figlio a tutti i costi”. Non entrando peculiarmente nel merito delle specifiche differenti tecniche e delle relative esperienze, viene evidenziato che, così come per le motivazioni culturali e le tecnologiche contraccettive tendenti a limitare le nascite, anche in queste metodiche sarebbe attiva una tendenza alla scissione tra la sessualità e la riproduzione (Marrama *et al.*, 1987). Di fatto le nuove tecniche di riproduzione separano la riproduzione dalla sessualità. La problematica si presenta dunque speculare, rispetto a quella della contraccezione: non più sessualità senza procreazione, ma procreazione senza sessualità. Il problema sollecita aspetti inquietanti in quanto, oltre al trauma della scissione di quella che è la procreazione da ciò che è un atto di amore tra due individui, le tecniche di fecondazione artificiale consentono la nascita di nuovi esseri umani come “prodotto di una fabbricazione indipendente da ogni rapporto interpersonale tra i protagonisti (Pasini, 1987, p. 10) di tale fabbrica”, i genitori, che in tal modo non genera-

no nel senso pieno del termine, ossia non sono genitori. Nella mitologia la nascita senza accoppiamento, come unica espressione della “riproduzione” di una parte di sé, onnipotente e narcisistica, si ritrova abbastanza spesso e con caratteristiche simili in diverse culture. I miti di procreazione senza sessualità rimandano a vissuti di onnipotenza, a tentativi di ricongiungersi a se stessi senza riconoscenza per l’altro attraverso il dono della sessualità. Meltzer e Harris (1983), sostengono come durante il concepimento e la gravidanza siano fondamentali, in entrambi i genitori, le fantasie di identificazione introiettiva e proiettiva che rimandano a rappresentazioni della coppia genitoriale interna. Ovvero, in sostanza, una buona gravidanza, una buona nascita e un buon futuro individuo non possono essere garantiti se sussistono fantasie narcisistiche partogenetiche onnipotenti.

## **5. Infertilità e mancata transizione alla generatività**

Quando la coppia non riesce a generare figli può fare ricorso a una modalità atipica attuale: la procreazione medicalmente assistita.

In questo contesto non vogliamo entrare nel merito del dibattito attuale sulle possibilità della PMA: omologa ed eterologa. Proponiamo solo alcune brevi riflessioni in ambito psicologico clinico perinatale.

Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) rendono possibile la creazione di una nuova vita anche in situazioni critiche, stravolgendo i cicli naturali e la sottomissione ad essi: tali interventi, non sempre realizzabili e comunque solo attraverso un complicato iter diagnostico e terapeutico, entrano nella vita della coppia e nella sua funzione generativa, sostituendola con un apparato tecnologico. Con la PMA un figlio è volontariamente programmato: si è passati dal figlio come conseguenza della sessualità dell’uomo e della donna, al figlio come oggetto della volontà cosciente.

La PMA è una tecnica terapeutica sintomatica e non eziologica, è utilizzata per indurre gravidanze e non ha come obiettivo di ripristinare una funzione naturale o riparare lesioni organiche: la medicina sembra così eludere il suo specifico compito, eludendo il problema nei suoi reali termini (Bydlowski, 2009a,b). Con la PMA di fatto viene operata una scissione: le possibilità offerte dalle biotecnologie si inscrivono e trascendono la storia della coppia e il loro risultato non dipende dalla coppia ma dal processo interattivo tra questa e l’équipe curante. La tecnologia medica ha un peso rilevante e il legame di dipendenza è soprattutto sentito in modo molto intenso dalla donna: una coppia immaginaria, da cui verrà probabilmente generato il bambino si costituisce tra la donna e la figura medica, tecnologa del concepimento, e tale coppia anomala coesiste e si sovrappone alla cop-

pia dei futuri genitori; si possono rilevare casi abbastanza frequenti in cui la coppia reale riesce a concepire quando riceve la sola accettazione all'intervento medico: questa nuova modalità sembra far mutare una situazione di stallo presente da anni. Paradossalmente, come sottolinea la Vegetti, è il desiderio di consanguineità che dà il permesso a una terza figura di violare l'intimità di una coppia: in questo modo la sessualità è scissa dall'atto di amore che porta alla procreazione (Vegetti Finzi, 1997). Il figlio è parte di sé, non perché nato dall'unione completa tra due "persone", ma per la sua presenza dal momento in cui nasce. Il corpo diviene una sorta di contenitore in cui si fabbrica un figlio e la sua generazione è questione medica.

Numerose sono le contraddizioni intorno a questo tema, perché in fondo è il desiderio di maternità e paternità che conduce a compiere questa scelta, che si propone come cura: quel che è certo è che, se anche si dà un aiuto al corpo della donna, a livello psichico gli accadimenti interiori vengono a complicarsi. Può verificarsi nella donna una sorta di risentimento verso la propria madre che non ha saputo trasmetterle il potere generativo. La riflessione psicoanalitica mette in evidenza come la separazione della sessualità dalla fecondazione disgiunga la linearità simbolica della catena generativa: il generare può diventare un evento totalmente esterno affidato all'istituzione medica, che si gioca fuori dalla coppia e l'introduzione delle tecniche di fecondazione medica assistita (FMA) mettono la persona, generatrice e generata, di fronte alla necessità di vivere la propria individualità (e la propria futura identità, nel caso del figlio) alla luce dell'alterazione dei propri confini personali, spaziali (fecondazione eterologa), e temporali (rapporto alterato con l'origine).

Se consideriamo quello che è stato detto sulla distinzione tra generatività e genitorialità, cioè la differenza tra una struttura psichica che genera il desiderio di creare e in tal creazione anche il mettere al mondo un figlio, e quella di essere capaci di essere davvero genitori, si può mettere l'accento sul fatto che, quando due individui hanno raggiunto la maturità di coppia, sia nel vincolo del matrimonio che di fatto in quanto hanno una relazione sentimentale di scambio accompagnata da una relazione soddisfacente per entrambi, si costruisce una "base sicura" per la nascita di un futuro bambino. Quando entrambi realizzano però di non poter diventare genitori, subentra quella che viene definita come "crisi di infertilità", caratterizzata da un forte sentimento di colpa, sia nella funzione dell'essere maschio, il potere virile fecondante, che nell'essere femmina con il potere della maternità, nonché di vergogna: non si è normali perché non si è come gli altri, e non si può dare al proprio partner quel figlio che tanto si desidera né ai propri genitori i nipotini. Tali vissuti possono intrecciarsi con vissuti di una sessualità non più finalizzata alla procreazione e quindi in qualche modo non collegata a una fantasmatica generativa, cioè non "giusta". Le aspettative

dei partners e del loro microcosmo familiare e sociale vengono disattese, e nell'animarsi di un certo grado di colpa e vergogna ciascuno dei componenti della coppia può sviluppare angoscia: e/o un senso di ribellione alla relazione stessa, perché sterile. Un elemento importante va dunque individuato nello stato emotivo di sofferenza che in genere è presente nella donna e nella coppia, in quanto la situazione di "deficit", vissuta attraverso la non generatività, viene inevitabilmente collegata a problematiche conflittuali che pur sempre in qualche grado fecero parte dello sviluppo psicosessuale e delle strutture di filiazione: ciò può causare una sofferenza sia narcisistica che sociale, spesso accompagnata da stati di disperazione e rabbia contro se stessi o verso chi ha invece realizzato le proprie potenzialità generative. La società non consentirebbe infatti un'alternativa riconosciuta alle donne, rispetto all'infertilità (Bydlowski, 2009a,b).

Riferita alla coppia la sterilità richiama all'infinito i temi conflittuali della sessualità e della filiazione (Bydlowski, 2003): l'incapacità a generare è sempre stata vissuta come una menomazione che pone la coppia in una condizione di emarginazione sociale. Nelle società preindustriali, la coppia sterile era considerata improduttiva dal punto di vista economico, il non avere figli significava non garantirsi forza lavoro indispensabile per la sopravvivenza del nucleo familiare stesso. Per la cura della sterilità si ricorreva ad ogni tipo di rimedio, dalle cure con erbe agli interventi di guaritori, ai quali venivano attribuiti poteri magici e taumaturgici. Enorme importanza assumevano anche tutte quelle credenze e rituali che affidavano alla natura la possibilità di guarire dalla sterilità: esempi sono costituiti dalla pratica in cui le donne ritenute sterili si recavano lungo le rive dei fiumi nelle notti di luna piena nel tentativo di farsi fertilizzare dai raggi lunari (Dini, 1980), o quando si affidavano alla divinità, come nei culti indo-tibetani di adorazione di dei in forma di fallo. L'incapacità a generare costituiva una inguaribile ferita e un danno talmente irreparabile da rendere nullo il vincolo matrimoniale.

L'esperienza dell'infertilità presenta comunque numerosi aspetti psicosociali e sessuali, che possono interferire in modo significativo con il benessere personale e della relazione di coppia. Entrambi i partners vanno incontro a una profonda ristrutturazione della propria identità sessuale e la coppia infertile si trova a condividere un problema medico che inevitabilmente interferisce con la sfera emotiva ed affettiva che modula l'intimità e l'attività sessuale. Il motivo che spinge le coppie a rivolgersi verso questa soluzione è il mantenimento di un vincolo biologico "... che il figlio, sia parzialmente nostro", "... che assomigli almeno a uno dei due. Una donna si sente inutile e menomata: la sua impossibilità a procreare la può portare a un penoso confronto con la propria madre, suscitando atteggiamenti di rivalità o più spesso sentimenti di inferiorità. Un uomo più facilmente può

sentire minacciata la propria potenza sessuale, da sempre associata inconsciamente alla capacità fecondativa.

L'incapacità a generare è un "non evento" critico dell'evoluzione dell'identità maschile e femminile, con un impatto più evidente nella donna. L'impossibilità di divenire genitori costituisce una delle crisi più gravi che una coppia, anche la più affiatata possa affrontare nella vita. Spesso la progettualità fondante la coppia si sostanzia non tanto nel desiderio, quanto nella necessità di avere un figlio: scoprire l'impossibilità di realizzare tale necessità mette allora in crisi non solo i singoli partner, ma la coppia in quanto unità (Lalli, Liberti, 1996). Spesso la contraccezione ha alimentato l'idea che, così come si può volontariamente non avere figli, altrettanto si possa averli sospendendola: il controllo della contraccezione alimenta l'illusione che il concepimento dipenda dalla volontà e questa illusione può portare a grosse delusioni quando si scopre che non è così (Bydlowski, 2009a,b). La non generatività significa confrontarsi con un senso di perdita: per entrambi i membri di una coppia la fiducia e la consapevolezza delle proprie capacità generative costituiscono una componente rilevante dell'immagine di sé, e della propria identità di genere e di coppia (Cecotti, 2004). La scoperta dell'incapacità a generare minaccia il senso di autostima in quanto mette in crisi i contenuti relativi alla propria identità sessuale, con conseguenti ricadute sulle più intime dinamiche del rapporto di coppia: mancando la capacità generativa viene messa in crisi sia l'identità sessuale maschile, i cui elementi cardine sono costituiti dalla potenza sessuale-capacità di riproduzione, sia anche l'identità sessuale femminile nella sua componente legata alla capacità di generare con il proprio grembo, e dunque all'indissolubile legame tra la dimensione corporea e l'identità psichica. Viene minacciata anche la stessa identità della coppia, con un arresto nel suo processo evolutivo dalla diade alla triade, da coppia a famiglia.

La mancata generatività è caratterizzata dall'impossibilità di poter concretizzare realmente il bambino immaginato, è un simbolo di vuoto, è l'impossibilità di allargare l'universo dei propri affetti, è una ferita, un lutto difficile da elaborare, proprio perché la perdita è reale: accompagnata da sentimenti di colpa e vergogna per l'impossibilità di compiere il proprio destino biologico, pone gli individui in una dimensione di incompiutezza che investe tutte le aree della vita, affettiva, relazionale e lavorativa.

Il progetto di avere il figlio sognato è fallito, o se realizzato, avviene attraverso tanti tentativi che inevitabilmente possono snaturare e/o ristrutturare il senso dello stare insieme. Il significato della rinuncia e l'epoca in cui questa può eventualmente verificarsi, fin da subito o dopo pochi o tanti tentativi, ha un significato molto profondo e permea tutte le dinamiche dell'esistenza individuali e di coppia. La non generatività come "crisi di vita" comporta conseguenze affettive emotive e relazionali, che dipendo-

no anche dall'effetto tempo, cioè dalla durata del problema e dal numero di indagini e procedure volte a risolvere il problema, così come dal grado di distress vissuto da entrambi i componenti della coppia, a sua volta fortemente influenzato dal contesto socio-culturale di riferimento.

In ogni caso, anche in considerazione di infertilità dovuta a cause organiche accertate (attenzione, però, all'atteggiamento medico di considerare causa la semplice mediazione di qualche sistema organico, per esempio umorale, che invece è a sua volta originato psichicamente) e comunque, nella più frequente occorrenza di una impossibilità di accertare una genesi psichica piuttosto che primariamente biologica, accade che l'infertilità a sua volta pone l'individuo di fronte a problemi psichici e di sviluppo, comunque essi siano stati preesistenti e latenti. Di qui la cautela che occorrerebbe per tutti gli interventi medici a intento terapeutico, in primis a riguardo della decisione di ricorrere alla fecondazione assistita.

Anche se l'esistenza della sterilità psicogena è accertata, difficile si presenta una sua concreta verifica nel caso singolo, data la molteplicità delle cause che vi concorrono, sia psichiche, che possono agire direttamente sulla fisiologia degli organi riproduttivi (ovogenesi, spermatogenesi), o indirettamente per via umorale sullo stato dei genitali (occlusioni tubariche, difficoltà di impianto dello zigote nell'utero, infezione o virulentazione vaginali, prostatiche), in via ancor più indiretta agendo sulle modificazioni somatiche che permettono un coito ottimale (impotenza, dispareunia ecc.), sia invece effettivamente e originariamente biologiche (morfologiche, infettive, genetiche?). La molteplicità delle concause e la mancanza di strumenti psicologici validi e praticabili (un percorso psicoanalitico non viene per lo più affrontato dagli individui infertili), rendono difficile l'accertamento dell'infertilità psicogena, soprattutto a riguardo del processo psicogenetico (Bydlowski, 2009a,b). La non generatività, soprattutto nell'infertilità femminile, si può ritrovare insieme a manifestazioni di disfunzioni psichiche aspecifiche: è tuttavia molto complesso individuare, nel disagio psichico manifestato, quanto rappresenti una causa o piuttosto una conseguenza.

La letteratura internazionale ha ampiamente analizzato la relazione esistente tra gli aspetti psichici e l'infertilità di coppia con risultati spesso contraddittori. Dalla prospettiva della metà degli anni '80, quando i progressi della medicina riproduttiva hanno ipotizzato la psicogenesi della gran parte dei problemi di infertilità, si è passati a considerare le conseguenze dell'incapacità di generare sulla sessualità, sia sul versante qualitativo sia quantitativo, per entrambi i partners. Esistono però numerosi problemi di metodologia clinica in questo settore di ricerca per cui le conclusioni possono essere spesso contraddittorie: i dati di cui si dispone concordano comunque nel rilevare un generale e immenso distress, cui la coppia deve adattarsi.



Le disfunzioni sessuali, anch'esse di origine psichica, possono essere all'origine di una infertilità di coppia, ma ancora più probabile è che un'infertilità comunque generata possa produrre disfunzioni sessuali, sia maschili sia femminili; la vita sessuale della coppia può venire destabilizzata, mentre tutta la sfera sessuale viene strumentalizzata dal problema della fecondazione. Nella relazione l'elemento sentimentale perde rilievo e la sessualità perde la sua finalità affettivo-relazionale: lo stress emotivo si concentra sull'idea di dover fare un bambino a ogni costo.

Ragioni di causalità psichica della sterilità sono spesso irripetibilmente individuali e pertanto difficili da enucleare sul piano psicologico di una generica osservazione: esse agiscono psicosomaticamente sul sistema endocrino, sui tessuti degli apparati riproduttivi, sulla stessa proliferazione delle cellule germinali.

La Bydlowski (2009a,b), ipotizza che la infertilità femminile possa essere considerata non tanto una patologia ma una modalità difensiva, rispetto a rappresentazioni dell'evento gravidanza e maternità inconsapevolmente percepite come possibili eventi catastrofici per la donna, in una angoscia anticipatrice funzionale all'evitamento di più complessi disturbi psichici. È questa una interessante ipotesi della autrice, rispetto alla causa della non generatività: questa andrebbe ricercata in un meccanismo non di disfunzionamento psichico bensì di funzionamento indiretto, come difesa dalla procreazione consapevolmente voluta ma inconsapevolmente indesiderata.

L'autrice fa riferimento a tre descrizioni psicopatologiche rispetto alla infertilità femminile. Una prima descrizione riguarda l'infertilità che può far seguito a patologie o traumi ostetrici (aborti, morte fetale, gravidanza extrauterina), responsabili di una successiva inibizione alla generatività: una prima fecondazione si è potuta verificare ma poi ha fatto seguito un trauma, che ha provocato una impossibilità generativa secondaria. La non generatività avrebbe pertanto una funzione protettiva per la donna stessa. Queste infertilità femminili presentano, secondo l'autrice, processi psichici analoghi ad altri casi di infertilità, in cui non è in gioco una gravidanza reale ad esito negativo, ma che richiamano una catastrofe che ha coinvolto la generatività in via transgenerazionale (madre, nonna, zia): casi clinici riportati riferiscono di traumi subiti dalla madre o da familiari molto vicini, come i fratelli. Le donne in questi casi ricorrono a una PMA, piuttosto che a una faticosa psicoterapia, che porterebbe a dover affrontare i traumi irrisolti: per queste donne sarebbe indispensabile per poter sopravvivere il non dover ricordare, ed anche il negare la dimensione dello psichismo. Tra gli esempi riscontrati nella clinica (Bydlowski, 1997), anche la data della nascita inconsapevolmente programmata del proprio figlio può essere commemorativa di un fatto emblematico del passato della madre o del padre (morte di un familiare affettivamente importante, perdita di un preceden-

te figlio). L'esempio abbastanza noto nel suo aspetto positivo (si riesce a fare un figlio), vale anche in negativo.

Da altri autori viene inoltre evidenziato come talora l'impossibilità di concepire della donna, ma anche del proprio partner, abbia radici psicosomatiche in conflitti irrisolti con il nucleo familiare di origine: transgenerazionalità di attaccamenti insicuri o evitanti, angosce primarie connesse allo sviluppo psicosessuale. Ancora difficoltà a generare sono correlate a lutti e traumi irrisolti (Liotti, 1996), indicatori di problematiche presenti nella transizione alla generatività/genitorialità: si verificherebbe un rifiuto del corpo a generare un bimbo che prenderebbe fantasmaticamente il posto dell'oggetto perduto (Faure, Pragier, 1989).

Una seconda classificazione psicopatologica della infertilità femminile è riferita dalla Bydlowski alla presenza di meccanismi nevrotici in cui per la donna è necessario evitare un confronto con una rappresentazione mentale inconscia che si riferisce al proprio passato infantile. Possono essere presenti fantasie incestuose in cui l'intervento di PMA aggraverebbe il disturbo psichico, in quanto potrebbero venire proiettati sulla figura maschile del ginecologo gli antichi fantasmi, con una diminuzione del desiderio sessuale anche nei confronti del partner. In altri casi invece il passato infantile può riguardare eventuali conflittualità irrisolte con la propria madre: possono essere prevalenti vissuti di scarsa tenerezza ricevuta da lei, con una identificazione materna carente, che rende queste donne delle "amatridi", senza terra-madre di riferimento (Bydlowski, 1997). Queste donne non possono identificarsi con una madre in quanto è troppo debole e fragile e restano perenni figlie rabbiose e inconsolabili nei confronti della propria madre. Le difficoltà a generare possono anche essere collegate ad una incapacità della donna a identificarsi con una madre in quanto vissuta come distruttiva, dunque non "sufficientemente buona", o ad una figura materna da cui si è ancora troppo dipendenti, oppure ancora legati con una relazione in cui sono ancora attivi altri conflitti e ambivalenze. Ciò di cui necessitano queste donne che non riescono a generare non è tanto un figlio, ma una madre "sufficientemente buona": il desiderare un figlio a tutti i costi rimanda alla ricerca di una relazione che saturi quella non avuta con la propria madre. Ancora altri studi evidenziano che la carenza di relazioni primarie può comportare nella donna la costruzione di un'identità "centrata sulla mancanza" (Zurlo, 2009), testimoniata simbolicamente dalla non generatività.

Infine una terza possibilità di infertilità è analoga a quella dei disturbi psichici connessi all'assunzione dell'alimentazione, come l'anoressia e la bulimia, che comportano problematiche relative all'immagine corporea interna inconsapevole: il corpo viene vissuto come uno straniero che deve essere perennemente controllato nella forma e nel peso, e viene negato come

esperienza vissuta. Viene ricercata la PMA perché consente il controllo del corpo da parte dei medici.

Se incerta e controversa è l'individuazione della processualità psichica che genera l'infertilità femminile, ancora più oscura è quella che concerne le sterilità maschili, anche se vengono riportati, nella letteratura psicoanalitica soprattutto, casi in cui questa viene individuata e pertanto affermata. La letteratura in proposito è però quanto mai esigua. D'altra parte, sia per l'uomo come per la donna, il maggior interesse scientifico riguarda, a nostro avviso, l'interrogativo sui nessi tra dimensione sessuale, intesa come capacità di una struttura neuropsichica di elaborare una determinata, specifica e centrale emozione (che genera gli eventi coscienti del piacere, del desiderio e dell'attrazione e gli eventi somatici nel corpo) e la possibilità di generare entro di essa un figlio: probabilmente nella mediazione dallo psichico al somatico di quanto abbiamo indicato come generatività essenzialmente psichica.

Il fallimento alla procreazione naturale, sia per cause organiche sia psichiche e/o relazionali, è comunque correlato, se non causato, a conflitti e tensioni sul piano relazionale e sessuale. Il problema, difficile da diagnosticare, è individuare quanto la sterilità porti a disturbi relazionali e sessuali e quanto, piuttosto, viceversa, preesistenti e latenti deficit della struttura neuropsichica emotiva, che elabora sia le relazioni sia l'emozione che muoveranno la sessualità, producano l'infertilità. Siamo cioè nel campo della psicosomatica dell'infertilità. Se questa è di origine psichica, è probabile che vi siano prioritariamente deficit o disturbi delle capacità relazionali e della sessualità in particolare. Qui allora si pone una riflessione sulla generatività. Se questa è intesa, non nel suo epifenomeno fisico del fare figli, bensì come sviluppo delle strutture interiori dell'individuo (in altri termini rifacendosi all'originario concetto eriksoniano), c'è da chiedersi se e quanto l'impossibilità di avere figli non sia causa, bensì conseguenza di un disturbo o deficit della generatività psichica. Ci sarebbe allora un disturbo-deficit della sessualità stessa. Possono nascere spunti di riflessione su una vera creatività, anche psichica, senza che ne sia attuata la dimensione causale – sessualità – che questa genera e che quella corrobora e conferma.

Ma altre riflessioni possono presentarsi. Quando la sessualità viene a scollegarsi dalla generazione biologica, o comunque non vi risulta collegata (infertilità), o quando tecniche artificiali la scolleghino, si riscontrano problemi e "disturbi": di coppia, di identità, dell'esercizio sessuale stesso; abbiamo fatto riferimento ad una sessualità vissuta come "non giusta", ovvero non piena. Ci si può allora chiedere: sono questi disturbi e problemi conseguenze della scissione che, per natura o per artificio, si è prodotta, oppure, visto che la sessualità è un'emozione, come tale implicante le strutture

neuropsichiche globali dell'individuo, intrisa di elementi generativi primari (fantasmatica psicosessuale, fare bambini come prototipo di generatività psichica e creativa), è invece una sessualità non ottimale (deficit delle strutture emotive primarie?), ed è la struttura difettosa di tale "emozione" (Imbasciati, 2011) che può generare tutti i disturbi e problemi riscontrati dalla letteratura sull'infertilità? In termini riduttivi ma evidenti, sarebbe una sessualità non ottimale che genera infertilità e altri problemi? Questa e quelli sarebbero allora conseguenza, non cause di disturbi psichici della persona. Una sessualità non adeguatamente sviluppata nelle sue proto strutture di generatività psichica, non intrisa – diremmo – di generatività, ostacola o impedisce la generazione biologica, nonché comporta, più che "porta" a, diverse altre conseguenze, psichiche individuali e relazionali di coppia; e esistenziali.

Queste ultime considerazioni conducono a un interrogativo futurologico. Qualora e quando, come già accennato, venisse per più generazioni scollato artificialmente l'insieme sessualità-generazione, cosa ne sarà nell'intrinseca, quale oggi constatata, sua connessione inconscia con lo sviluppo psicosessuale di ogni individuo? Visto che l'emozione sessuale procede da strutture neuropsichiche costruitesi nell'esperienza primaria, trasmesse dai genitori, quando in tale trasmissione non vi sarà più la connessione sesso-generazione e il "fare bambini", sarà ugualmente possibile uno sviluppo che si possa dire "psicosessuale"? Ma allora, sarà ancora possibile l'emozione sessuale? In altri termini potremmo supporre che, estintasi transgenerazionalmente la connessione sesso-generazione, non si formerebbero più le strutture emotive che governano l'attrazione, il desiderio e le funzioni genitali. Potremmo supporre una società di un lontano futuro (quanto lontano?) in cui gli esseri umani non avranno più manifestazione sessuale alcuna. Forse fino all'atrofizzazione degli organi: fantascienza? Quale etica, allora, per la ricerca scientifica sulla procreazione?

Futuro della ricerca, medica, psicologica e socio antropologica, ci porteranno risposte.

## **6. Genitorialità senza generatività**

Il nostro tempo appare caratterizzato da prospettive inimmaginabili fino a qualche decennio fa circa la possibilità di poter generare, che sembrano concretizzare antichi miti e fantasie profonde dell'animo umano: è diventato possibile generare un figlio in assenza di un padre (e forse in assenza di una madre: si parla di utero artificiale), in assenza di una coppia, o al di là degli ostacoli posti dallo scorrere del tempo, e dalle differenze generazionali, addirittura al di là della morte di uno dei genitori.

Sembra quasi che possano realizzarsi gli scenari mitici della generazione partenogenetica di Athena o della gravidanza della ottuagenaria Sara.

Athena è una dea e così pure Sara partorì per miracolo divino: l'elemento divino, che nel mito permette di operare in modo onnipotente, sembra oggi realizzarsi nell'ambito della riproduzione per tecniche mediche. Si usa dire "fare un figlio", non più "avere un figlio" (Vegetti Finzi, 1997, p. 209), a sottolineare il fatto che ci possono essere altre tecniche per la procreazione al di là dell'atto sessuale. Lo sviluppo delle biotecnologie permette di superare i limiti imposti dalla natura: sessualità, gravidanza, maternità si ritrovano d'improvviso a essere indipendenti l'una dall'altra.

Con la riproduzione artificiale si assiste alla programmazione del processo riproduttivo: le funzioni relative alla fecondità vengono scisse dal corpo. La possibilità di rendere procreativi corpi infertili ha modificato una sequenza generativa che non aveva finora conosciuto cambiamenti. È stata operata una certa non indifferente scissione della sessualità dalla generatività. Era già stato così anche con la contraccezione: anche qui si è avuto sessualità senza generazione, ma era rimasta l'impossibilità di generare senza rapporti sessuali; il controllo artificiale viene effettuato solo per limitare la fecondità. La contraccezione implica solo un periodo, in cui la sessualità non ha generatività, e con questo si ritarda l'età della procreazione: ma con le più moderne tecniche mediche la separazione della generatività dalla sessualità sembra totale.

La contraccezione ha avviato una modificazione profonda nell'immaginario del concepimento, rendendo la sessualità parzialmente indipendente dalla procreazione (Pasini, 1977), ma il concepimento rappresenta una conseguenza sempre possibile dell'atto sessuale e il figlio una potenzialità sempre presente e imprevedibile. Operando una scissione tra atto sessuale e procreazione (Marrama *et al.*, 1987), la tecnica medica ha consegnato all'uomo e alla donna il potere di decidere quando e se fare un figlio, segnando profondamente la cultura della maternità, e, più in generale, della genitorialità nel mondo occidentale. La non generatività "volontaria" può suscitare però la paura di una infertilità che potrebbe anche diventare permanente, e non più dipendente da una propria decisione. Ciò dimostra come una separazione operata a livello di coscienza può non corrispondere a livello delle strutture primarie inconscie: qui permane l'associazione tra sessualità e fecondità, come dimostrato da non pochi studi sull'attrazione sessuale (Imbasciati, Buizza, 2011), e come la corrente psicoanalitica conferma nell'analisi dei vissuti del rapporto sessuale e dello stesso piacere. Ciò può essere riscontrato in positivo o più spesso nel negativo, quando cioè si vuole disgiungere l'atto sessuale dalle sue implicanze generative, come difesa contro una connessione, che peraltro proprio così dà prova di restare.

È questa una connessione insita nello sviluppo umano? O quanto conseguenza del pregresso sviluppo del collettivo, dell'inconscio collettivo? Po-

tremmo affermare che nell'inconscio collettivo regna una qualche icona della Grande Madre primordiale, come nelle statuette preistoriche di molte culture? C'è allora da interrogarsi cosa avverrà, se e quando le scissioni operate oggi dalla tecnica saranno assimilate nelle strutture profonde del collettivo e di qui nell'inconscio individuale: quale avvenire si prospetterà per la sessualità? E soprattutto per tutti gli ordinamenti sociali, espliciti e impliciti, che intorno a tale assetto di inscindibilità sessualità/fecondità sono stati costruiti.

Ciò che caratterizza nello specifico quanto sta accadendo nella scienza di questi ultimi anni non appare più solo la possibilità di limitare la procreazione, ma la possibilità di procreare al di là di qualunque limite. Il potere sulla generatività è stato affidato alla competenza della scienza e della tecnica medica.

Sembra che la scienza attuale sia riuscita a realizzare ciò che sinora era rimasto espresso solo sotto forma di mito: quali conseguenze potrà avere nella struttura psichica delle future generazioni la possibilità di concepire senza l'incontro della coppia attraverso la sessualità e di aver realizzato un fantasma onnipotente? Sembra d'altra parte che l'attuale scenario delle tecnologie riproduttive possa configurarsi come realizzazione della plurisecolare lotta tra i sessi per il controllo del potere generativo: quello descritto nei miti sulle origini del mondo, che tramanda la memoria ancestrale di un desiderio femminile di riproduzione autoctona, e per contro il sopravvento di un potere maschile che ha sequestrato per sé la capacità di dare e formare la vita. Anche tale rappresentazione contiene interrogativi sul futuro dell'umanità.

Tutto ciò fino ad ora è stato modulato dal limite imposto dalla sessualità alla procreazione: questa infatti era stata subordinata all'incontro di due persone. A nostro avviso tale limite ha contribuito a contenere il desiderio onnipotente di una riproduzione autoctona e pertanto ad arginare il narcisismo, mettendo a confronto l'immaginario con la realtà. Ci si può allora chiedere cosa potrà avvenire, in un prossimo futuro, quando l'onnipotenza fantasmatica potrebbe realizzarsi e pertanto confermare e corroborare il narcisismo. Quale effetto sulle future capacità di accudimento e crescita dei figli?

La riproduzione sessuata consegna gli individui alla morte: la riproduzione per clonizzazione può far credere all'immortalità, nello sdoppiamento continuo del medesimo individuo. Potrà questo avere conseguenze allo stimolo che finora ha sorretto il desiderio umano di sfuggire alla caducità lasciando traccia e testimonianza della propria esistenza attraverso la creazione di opere? Inclusa l'impresa di generare figli migliori. Se la procreazione attraverso la sessualità e l'incontro interpersonale che ne deriva costituisce una salvaguardia contro il rischio del desiderio onnipotente e

narcisistico di immortalare se stessi facendo un figlio, con le relative conseguenze che tale desiderio potrà avere sul tipo di crescita di quest'ultimo, quando la tecnica medica avrà realizzato in pieno tale desiderio di clonazione, cosa avverrà della sessualità? E cosa della inoppugnabile e generale necessità di diventare capaci di buone relazioni interpersonali tra esseri diversi?

Cosa avverrà quando il progresso tecnologico avrà completamente scisso, anche nell'inconscio, il fantasma riproduttivo dell'atto sessuale? Fantascienza immaginare un mondo senza sessualità?

## Bibliografia

- Abraham G., Pasini W. (1989), *Introduzione alla sessuologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 1987.
- Baldaro Verde J. (1987), "Avere un figlio o essere genitori?", in Marrama P., Carani C., Pasini W., Baldaro Verde J., *L'inseminazione della discordia*, FrancoAngeli, Milano.
- Baldaro Verde J., Pallanca F. (1984), *Ilusioni d'amore. Le motivazioni inconsce, la scelta del partner*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bucci W. (2007), "New perspectives on the Multiple Corde Theory: the role of bodies experience in emotional organization", in Anderson F.S. (eds.), *Bodies in treatment; the unspoken dimension*, The Analytic Press, Hillsdale, N.Y.
- Bydlowski M. (1997), *Il debito di vita. Itinerario psicoanalitico della maternità*, Quattroventi, Urbino, 2000.
- Bydlowski M. (2003), "Desiderio di un figlio e infertilità: prospettive psicoanalitiche", in Mimoun, Maggioni, *Trattato di ginecologia ostetrica e Psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Bydlowski M. (2004), *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*, Pendragon, Bologna.
- Bydlowski M. (2009a), "I fattori psicologici dell'infertilità femminile", in Zurlo M.C., *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Bydlowski M. (2009b), "Le infertili. Un aspetto della filiazione femminile", in Zurlo M.C., *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Cecotti M. (2004), *Procreazione medicalmente assistita*, Armando, Roma.
- Cena L., Imbasciati A. (2010), "Parenting nella nascita a termine e pretermine: fattori di protezione e rischio", in Cena, Imbasciati, Baldoni, *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile ai nuovi modelli evolutivi dell'attaccamento*, Springer, Milano.
- Chevret-Measson M. (2003), "Fertilità e sessualità", in Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*, vol. I (1945), vol. II (1946), Boringhieri, Torino, 1971.
- Dini V. (1980), *Il potere delle antiche madri*, Boringhieri, Torino.
- Erikson E. (1950), "The problem of ego identity", *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4, 50.

- Erikson E. (1976), "The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labour and delivery", *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 207-210.
- Erikson E. (1981), *L'adulto. Una prospettiva interculturale*, Armando, Roma.
- Erikson E. (1984), *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando, Roma.
- Farri Monaco M., Castellani P.P. (1994), *Il figlio del desiderio: quale genitore per l'adozione*, Boringhieri, Torino.
- Faure S., Pragier G. (1989), "Le ipotesi metapsicologiche di una ricerca psicoanalitica sulla sterilità femminile", in Zurlo M.C. (a cura di), *la filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori, Napoli, 2002.
- Fornari F. (1976), *Codice materno e disturbi della femminilità*, Atti del I Congresso Congiunto della Società Italiana e Francese di Psicoprofilassi ostetrica, Piccin, Padova.
- Freud S. (1916), "Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico", *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1931), "La sessualità femminile", *Opere di Sigmund Freud*, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.
- Green A. (1983), *Narcisismo della vita, narcisismo della morte*, Minit, Paris.
- Groddeck G. (1990), *Il libro dell'Es. Lettere di psicoanalisi a un'amica*, Adelphi, Milano.
- Ikiz T. (2009), "Ho tutto, mi manca solo un figlio. La problematica della sterilità psicogena all'incrocio tra isteria e somatizzazione", in Zurlo M.C. (a cura di), *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano, 50-82.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (2001), "The Unconscious as Symbolopoiesis", *Psychoan. Review*, 88, 737-773.
- Imbasciati A. (2005), *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (2008), "Cure materne e sviluppo del futuro individuo", *Nascere*, XXVI, 104, 4-14.
- Imbasciati A. (2010a), *Perché la sessualità?*, Piccin, Padova.
- Imbasciati A. (2010b), "Cure materne e sviluppo del futuro individuo", *Nascere*, 2.
- Imbasciati A., Buizza C. (2011), *L'emozione sessuale: psicoanalisi e neuropsicofisiologia di un'emozione negata*, Liguori, Napoli.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregivers. metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento*, Borla, Roma.
- Klein M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze.
- Lalli N., Liberti N. (1996), "Problemi psicologici individuali e di coppia connessi alla infertilità", *Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, giugno-dicembre, 28/29, 27-30
- Liotti G. (1996), "Su alcuni fraintendimenti della teoria dell'attaccamento", in Rezzonico G., Ruberti G. (a cura di), *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Mac Dougal J. (1989), *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- Maggioni C. (1997), *Il bambino inconcepibile*, FrancoAngeli, Milano.
- Marrama P., Bazzani M., Grandi F., Agostini M.F., Carani C. (1987), "La sterilità maschile aspetti nosografici e diagnostici", in *L'inseminazione della discordia*, FrancoAngeli, Milano.



- Marty P., de M'Uzan (1963), "La pense'e operateire", *Revue Française de Psycho-analyse*, 27.
- (1968), "A major process of somatization: The progressive disorganisation", *Int. Jf of Psychoanalysis*, 49.
- Marty P., de M'Uzan (1980), *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris.
- Meltzer D., Harris M. (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*, CST, Torino.
- Navone A. (1997), "Il bambino rifiutato: dalla non esistenza all'accoglienza", in Montecchi F. (a cura di), *Il gioco della sabbia, nella pratica analitica*, Franco-Angeli, Milano.
- Nerson-Sachs C. (2003), "Soggetto, oggetto nella procreazione medicalmente assistita: riflessioni psicologiche e psicopatologiche", in Mimoun, Maggioni, *Trattato di psicosomatica ostetrica e ginecologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Pasini W. (1977), *Contraccezione e desiderio di maternità*, Feltrinelli, Milano.
- Pasini W. (1987), "Aspetti psicologici delle filiazioni inabituali e dell'IAD", in *L'inseminazione della discordia*, FrancoAngeli, Milano.
- Vegetti Finzi S. (1997), *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Mondadori, Milano.
- Zurlo M.C. (2009), *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano.