

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Editing a cura di Felicia Burnò e Gaspare d'Este

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2006 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

<u>Ristampa</u>							<u>Anno</u>												
0	1	2	3	4	5	6	7	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017

È vietata la riproduzione, anche parziale, effettuata a qualsiasi titolo, eccetto quella ad uso personale. Quest'ultima è consentita nel limite massimo del 15% delle pagine dell'opera, anche se effettuata in più volte, e alla condizione che vengano pagati i compensi stabiliti dall'art. 2 della legge vigente. Ogni fotocopia che eviti l'acquisto di un libro è illecita ed è severamente punita. Chiunque fotocopie un libro, chi mette a disposizione i mezzi per farlo, chi comunque favorisce questa pratica commette un reato e opera ai danni della cultura.

Stampa: Tipomozza, via Merano 18, Milano.

*A Giovanni, nuova foglia spuntata
nell'albero della vita*

ad Andrea, alito di vento respiro di vita

Indice

Presentazione , di <i>Magda Di Renzo</i>	pag. 11
Introduzione , di <i>Angela Maria Di Vita</i> e <i>Maria Garro</i>	» 17
Riferimenti bibliografici	» 28
1. La nascita in una prospettiva transgenerazionale , di <i>Manuela Errante</i> , <i>Maria Garro</i> e <i>Angela Maria Di Vita</i>	» 33
1. Dalla famiglia d'origine al nuovo nucleo	» 33
2. La transizione alla genitorialità	» 37
3. La ricerca	» 38
4. Conclusioni	» 46
Riferimenti bibliografici	» 48
2. Psicodinamica della famiglia a doppia carriera: un modello di ricerca crossculturale , di <i>Giancarlo De Grazia</i> , <i>Aluette Merenda</i> e <i>Paola Miano</i>	» 48
1. Mercato, autoipoiesi e reale	» 48
2. La coppia come "sistema"	» 49
3. Una coppia "in carriera"	» 50
4. La ricerca	» 55
5. Metodologia della ricerca	» 55
6. Conclusioni	» 60
Riferimenti bibliografici	» 61
3. Legittimità psicologica nel processo adottivo. Una ricerca qualitativa su un gruppo di genitori , di <i>Alessandra Salerno</i> e <i>Daniela Ajovalasit</i>	» 65
1. Introduzione	» 65

2. La costruzione della genitorialità adottiva	pag. 67
3. I figli dell'adozione	» 76
4. La verità sulle origini	» 83
5. La ricerca	» 85
6. Conclusioni	» 116
Riferimenti bibliografici	» 117
Allegato	» 122
4. Il corpo “smarrito”: ridefinizione dell'identità corporea nella coppia sterile, di Alessandra Salerno e Carmela Piccolo	» 124
1. Introduzione	» 124
2. Aspetti organici e psicologici dei disturbi della fertilità	» 125
3. Le reazioni psicologiche suscitate dal corpo sterile	» 126
4. Percezione corporea e sterilità	» 128
5. Identità di genere: l'incertezza di un corpo sterile	» 131
6. La sfera sessuorelazionale nelle coppie con difficoltà procreative	» 135
7. Fecondazione medicalmente assistita: i vissuti psicologici del superamento dei limiti del corpo sterile	» 138
8. Il “corpo vissuto” tra sterilità e fecondazione assistita: un'esperienza narrata dai suoi stessi protagonisti	» 141
Riferimenti bibliografici	» 149
Sitografia	» Errore. Il segnalibro non è definito.
5. L'identità di genere nel percorso psico-affettivo verso la genitorialità, di Alessandra Salerno e Anty Intorcia	» 154
1. Introduzione	» 154
2. Rilevanza psico-giuridica e vissuti simbolico-affettivi nell'esperienza dell'aborto	» 160
3. Rilevanza psico-giuridica e vissuti simbolico-affettivi nell'esperienza della fecondazione assistita	» 167
Riferimenti bibliografici	» 175
6. Il disagio e l'abuso: gruppi di musicoterapia con bambini e mamme maltrattati, di Flora Inzerillo	» 178
1. Introduzione	» 178
2. Perché la musicoterapia?	» 179
3. Il gruppo: contenitore trasformativo	» 182
4. La metodologia	» 184
5. Conclusioni	» 195
Riferimenti bibliografici	» 196

7. Genitorialità difficile: genitori di bambini con fibrosi cistica , di <i>Fiorella Monti, Francesca Gobbi e Francesca Lupi</i>	pag. 198
1. La fibrosi cistica	» 198
2. La comunicazione della diagnosi	» 200
3. Modalità di reazione genitoriali	» 203
4. Genitorialità divisa: figli con fibrosi cistica e figli sani	» 204
5. Contributo di ricerca	» 206
6. Conclusioni	» 211
Riferimenti bibliografici	» 215
Note sugli autori	» 219

Presentazione

di Magda Di Renzo*

Ho accolto con piacere la richiesta di presentare questo libro sia per attestare la mia stima nei confronti della curatrice e dei vari autori sia per la scelta dell'argomento che costituisce un punto di costante riflessione nella mia pratica clinica.

La famiglia, che da anni occupa in modo preponderante lo scenario di quanti si occupano di infanzia, continua a essere l'osservatorio fondamentale per comprendere il significato e il senso degli attuali percorsi evolutivi. Le riflessioni costanti su questo tema si impongono, infatti, non solo per continuare ad approfondire teoricamente i vari temi evidenziati dalla letteratura al riguardo, ma anche per accompagnare, con nuovi approfondimenti, le costanti trasformazioni della struttura stessa di famiglia. Trasformazioni che richiedono un'attenta valutazione e un'adeguata comprensione per non rischiare di perdere quel senso di continuità che definisce un percorso evolutivo pur nelle sue molteplici innovazioni. Il difficile equilibrio tra tradizione e trasgressione, che oggi le famiglie sono costrette a rimettere sempre in discussione, può essere facilmente perso in tutti i momenti critici generando forti disagi se non addirittura patologie.

Al di là dell'adattamento alle nuove richieste sociali, la famiglia si trova oggi di fronte a un cambiamento radicale di paradigmi e tutto ciò può determinare un panico epistemologico sia tra chi la famiglia la vive, sia tra chi, oltre a viverla, è chiamato a osservarla e a teorizzarla.

La pratica clinica mi mette tutti i giorni a confronto con forti disagi che coinvolgono bambini e ragazzi ma che riguardano la famiglia nel suo insieme rendendo la genitorialità un terreno di confusioni e di scontri anche per i temi più banali. Vivendo in prima persona le ansie, le preoccupazioni e le

* Analista junghiana, responsabile del Servizio di psicoterapia dell'età evolutiva dell'Istituto di ortofonologia di Roma.

inadeguatezze del bambino si è colpiti dalla confusività e dalla mancanza di limiti che caratterizza la maggior parte dei comportamenti. Come se mancassero quei confini entro i quali è possibile esplorare il mondo dispiegando la propria curiosità senza rischiare distruzioni inutili o dannose dispersioni di energie. Bambini sempre più incapaci di reggere la sia pur minima frustrazione e ragazzi sempre più pretenziosi che mettono costantemente in discussione l'autorità dei genitori per attestare le proprie necessità e ottenere il soddisfacimento immediato di ogni bisogno. Genitori sempre più impauriti che tentano di comprendere i presunti bisogni dei figli, spesso al di là delle proprie possibilità rischiando il vissuto di inadeguatezza anche nel normale accadimento quotidiano. Ne emerge spesso un quadro di famiglia in costante affanno, alla ricerca di validazioni esterne sul proprio operato, incapace di utilizzare le risorse interne e dubbiosa persino sui valori che potrebbero caratterizzarla. Come testimone dei tanti racconti dei genitori e come ricettacolo delle loro ansie mi sembra di poter dire che le richieste collettive, più o meno esplicite, hanno incrinato il senso della genitorialità e della famiglia senza proporre alternative valide cui far riferimento nei momenti di crisi. Le immagini edulcorate di famiglie felici, la richiesta del benessere a tutti i costi e la presentazione di cambiamenti illimitati in ogni settore non consentono infatti l'accettazione del disfunzionale, del contrasto e delle manchevolezze che accompagnano l'evoluzione di un sistema complesso com'è quello familiare.

In nome di un'eccessiva idealizzazione dell'infanzia che inneggia alla libera espressività dei bambini come antidoto a possibili esperienze traumatiche è come se i genitori, e gli adulti in senso alto, avessero perso la capacità di porre linee di demarcazione tra generazioni e tra i vari comportamenti compatibili con i diversi momenti dello sviluppo. E così accade che bambini e ragazzi stiano là, in quell'area senza confini, in attesa che qualche adulto si ponga come una guida capace di attivare, attraverso il proprio modello, un senso di responsabilità e che sia in grado di proporre conflitti costruttivi da cui emergere con nuove individualità. Ma accade anche che i genitori stiano là, in quel mondo di infinite illusioni, in attesa che il figlio incarni il modello desiderato e rispecchi l'ideale di un adulto capace di corrispondere a ogni desiderio del bambino.

Nel primo capitolo Manuela Errante, Maria Garro e Angela Maria Di Vita sottolineano l'importanza del passaggio dalla famiglia d'origine al nuovo nucleo come momento in cui si costituisce una nuova identità grazie alla delimitazione di spazi e alla definizione di distanze. "Il mancato equilibrio nella definizione della vicinanza/lontananza è spesso alla radice della fragilità di un matrimonio" dicono le Autrici, in quanto una comunicazione significativa necessita di quello scarto capace di superare sia la simbiosi sia

l'estraneità. Il *limen* inteso come "feconda fascia di relazione permeabile al passaggio di persone e merci" diventa, in questa prospettiva, il garante delle identità di ogni membro all'interno della famiglia e il promotore della crescita di ciascuno. Solo garantendo un sano senso di appartenenza a una tradizione familiare i genitori possono infatti favorire nel figlio la fiducia e la responsabilità nei confronti della propria vita aiutandolo a trovare nuovi spazi. Responsabilità che non va però confusa con l'attribuzione al figlio del ruolo genitoriale né con la richiesta di adesione a modelli prestabiliti perché entrambe queste prospettive definirebbero una distorsione di limiti e distanze. Nell'ottica transgenerazionale evidenziata dalle Autrici, il *limen* nei confronti della famiglia d'origine sembra costituirsi in modo più chiaro proprio quando una coppia decide di affrontare la nascita di un figlio ricercando un nuovo spazio simbolico oltre che accettando nuove responsabilità. Soltanto distaccandosi dalla propria famiglia d'origine una coppia può vivere il difficile passaggio da figlio a genitore accettando quella generatività che al contempo crea individualità e accettazione dell'altro.

Nel secondo capitolo Giancarlo De Grazia, Aluette Merenda e Paola Miano affrontano il complesso problema dei cambiamenti di ruolo maschile e femminile all'interno della famiglia sottolineando la complessità delle nuove famiglie rispetto a quelle tradizionali. Attraverso una ricerca effettuata sul campo, gli autori sottolineano come, nonostante i tanti cambiamenti di atteggiamenti per ciò che riguarda soprattutto il ruolo della donna all'esterno e all'interno della famiglia, non si sia modificata la determinazione culturale del ruolo. Questo dato risulta particolarmente significativo nella comprensione della conflittualità che caratterizza la coppia genitoriale e la relazione con i figli e, a mio avviso, aiuta anche a comprendere la perdita di autorevolezza che caratterizza negli ultimi anni la figura paterna. Il doppio ruolo sembra, infatti, attribuire un maggiore potere alla donna all'interno della famiglia riducendo spesso il padre al ruolo di compagno di giochi e non di co-responsabile dell'andamento familiare. Per non semplificare eccessivamente il problema vorrei sottolineare che al depotenziamento dell'autorevolezza paterna hanno contribuito anche altri fattori come ad esempio il notevole cambiamento in ambito tecnologico che ha reso i figli i depositari del sapere scalzando la capacità del padre di farsi promotore dei processi cognitivi del sistema o la perdita di una chiara identità lavorativa che non facilita i passaggi di competenza. Nel passaggio dalla famiglia di tipo "normativo" a quella di tipo "affettivo" sia il padre che la madre hanno dovuto cioè ridefinire i propri spazi e le proprie competenze e questo ha portato alla perdita della "funzione paterna" intesa come principio ordinatore della famiglia. Il codice affettivo, infatti, è stato sempre riconosciuto culturalmente come appannaggio della dimensione femminile e quindi, mentre per le donne si è trattato di aggiungere dell'al-

tro alla propria identità di madre, per gli uomini si è trattato di operare una sostituzione creando dal nulla una nuova modalità. La maggior parte dei padri denuncia una paura di perdere il contatto con il figlio e teme l'identificazione con il ruolo del proprio padre considerato solo come fonte di frustrazioni. La maggior parte delle madri invece denuncia la propria difficoltà ad incarnare l'unico ruolo autoritario all'interno della famiglia e si sente in colpa di infliggere frustrazioni al proprio figlio alternando così momenti di rigidità assoluta a momenti di totale accoglienza. In entrambi i casi sembra dunque mancare quel sano equilibrio che consente di proporre al figlio, con fermezza e continuità, le regole entro cui trovare una propria dimensione individuale. Questa dinamica conflittuale è spesso l'origine dei disagi del bambino che non possono essere affrontati isolatamente proprio perché iscritti in un disagio più ampio di tutta la famiglia.

Sembra, a tale riguardo, particolarmente interessante quanto emerso dalla ricerca, perché potrebbe aprire nuove riflessioni anche sulla determinazione culturale del ruolo paterno, aiutando a trovare nuove strade costruttive nei percorsi familiari di oggi.

Nel terzo capitolo Alessandra Salerno e Daniela Ajovalasit affrontano il complesso tema dell'adozione sottolineando ancora una volta la necessità di una chiara differenziazione di ruoli per evitare pericolosi invischiamenti. L'adozione presuppone e pone molti ostacoli nella ricerca di un'affiliazione affettiva per la difficoltà ad elaborare il dolore della propria ferita narcisistica e quello di un figlio senza origini. La ricerca di una giusta distanza richiede infatti, in questo caso, la capacità di integrare differenze e la forza di confrontarsi con l'immagine di un genitore "cattivo" non meritevole di una filiazione naturale. L'inadeguatezza che ogni genitore è costretto a provare nel tentativo di comprendere i bisogni del figlio diventa a volte, nel processo di adozione, un sentimento cronico che rischia di annichilire qualsiasi tentativo. Il confronto con un bambino già grande, con il quale non è stato possibile condividere i primi momenti di vita, depaupera il genitore della possibilità di sentirsi il decodificatore dei primi messaggi e quindi il mediatore con il mondo esterno. La differenza di cultura e di lingua lo pongono poi in una situazione di reale inadeguatezza che può seriamente minacciare il costituirsi di una relazione di fiducia e di scambio. Anche il contenimento della dimensione corporea, come messo in evidenza dalle Autrici, può risentire profondamente della iniziale estraneità che i genitori sono costretti a provare rendendo molto più complesso il processo di riconoscimento di una individualità familiare. Nella pratica clinica ho incontrato molti genitori adottivi inermi di fronte all'aggressività del figlio, incapaci di accogliere il suo dolore non commensurabile alle loro inadeguatezze. L'entusiasmo iniziale di poter finalmente ridare una famiglia al bambino rega-

lando anche a se stessi una famiglia lascia posto gradualmente a un sentimento di delusione e offesa per l'ingratitude mostrata dal figlio ed è necessaria una buona dose di equilibrio personale per non sprofondare in quella dimensione abbandonica di cui il bambino è portatore. Sarebbe auspicabile e necessario un sostegno adeguato al percorso adottivo dei genitori, oltre che del figlio, perché il processo simbolico di affiliazione possa prender vita dall'elaborazione delle difficoltà quotidiane e non da un'immagine pre-costituita del percorso.

Ancora più delicato il tema affrontato da Alessandra Salerno e Anty Intorcia nel quarto capitolo perché ci pone di fronte al tema della procreazione assistita per il quale non esistono parametri di riferimento nel nostro immaginario collettivo. L'idea di poter superare i limiti posti dalla natura e di poter decidere quando avere un figlio apre infatti scenari sconosciuti da un punto di vista psicologico e mette seriamente in crisi il concetto stesso di limite. Travalicando il tema del transgenerazionale sembra infatti che la fecondazione assistita apra a dimensioni "altre" non compatibili con i nostri paradigmi teorici e culturali. Mentre infatti la contraccezione poteva essere compresa (parlo ovviamente solamente in senso psichico e non in riferimento a canoni morali) come un ampliamento della consapevolezza della genitorialità, la fecondazione assistita porta nuovi problemi. Come sottolineano le Autrici, "l'originaria scissione tra sessualità e riproduzione assicurata dalla contraccezione, con la recente introduzione di tecniche di fecondazione assistita, è stata sostituita dalla scissione tra riproduzione e fertilità (ben più rilevante in termini psicologici e sociali) ovvero l'indipendenza tra chi è portatore del desiderio e chi invece è portatore del materiale genetico". È evidente che questa scissione porta con sé numerosi fantasmi inconsci non elaborabili in base ad attuali quadri teorici di riferimento e genera nuovi conflitti che necessitano di seri approfondimenti da parte di quanti si occupano della famiglia. L'alea di miracolo che accompagna un evento così atteso e desiderato promuove spesso nei genitori atteggiamenti di onnipotenza nei confronti del figlio considerato meritevole di ogni soddisfacimento in quanto risanatore di una profonda ferita narcisistica. "L'ho desiderato così tanto..." o "È stato un tale miracolo..." sono le frasi attraverso le quali più frequentemente i genitori mi esprimono la loro inadeguatezza a confrontarsi con quel lato biologico che è stato scisso nel loro percorso e che quindi non consente loro di essere in rapporto con il limite nel processo di sviluppo del bambino. Tutto si gioca intorno all'area del desiderio e del suo soddisfacimento e il bambino rischia di rimanere incastrato in quell'universo "uroborico" delle infinite possibilità che non consente alcuna crescita individuale.

Il capitolo di Alessandra Salerno e Carmela Piccolo entra poi nel merito dell'area psicologica riguardante la fecondazione assistita aggiungendo im-

portanti riflessioni psicologiche sull'identità corporea della coppia sterile. Per comprendere a pieno le problematiche relative a questa nuova possibilità di superare i limiti biologici è infatti necessario prendere in considerazione i sentimenti e i vissuti che si generano in una coppia quando deve fare i conti con la sterilità. A partire dal sentimento di perdita si delinea un dolore che, come brillantemente sottolineano le Autrici, inizia ad iscriversi sul corpo alterando il senso profondo del rapporto oltre che, ovviamente, l'immagine di sé. Le pratiche relative alla fecondazione assistita medicalizzano infatti il rapporto sessuale tra i coniugi e l'impossibilità a mentalizzare il dolore spesso si traduce in sintomi psicosomatici. Oltre che con il sentimento di perdita la donna sterile deve fare i conti anche con una inadeguatezza profonda sul piano della maternità che è archetipicamente connessa alla gestazione. Prendendo in esame i contributi teorici in ambito psicoanalitico le Autrici sottolineano la profonda connessione che esiste tra i due aspetti fin dalla prima infanzia. "Fantasie, sogni, giochi, sensazioni sono volti, fin dall'infanzia, alla preparazione del 'grembo psichico'" permettendo la definizione dell'identità di genere. Così anche per l'uomo i vissuti di sterilità si scontrano con la fantasia procreativa che dà vita all'identificazione maschile sia in termini di virilità che di paternità.

Il sostegno psicologico, di cui una coppia che affronta la fecondazione assistita ha bisogno, deve mirare quindi ad elaborare il senso della perdita per far sì che il desiderio di un figlio non contenga unicamente un bisogno riparativo.

Gli ultimi capitoli, dedicati al maltrattamento e all'abuso (Flora Inzerillo) e ai genitori di bambini con fibrosi cistica (Fiorella Monti, Francesca Gobbi e Francesca Lupi), mettono l'accento su una possibile operatività nei confronti di eventi traumatici di ordine psicologico e biologico. In entrambi i casi viene sottolineata l'importanza di un adeguato supporto da parte degli operatori basato su una conoscenza approfondita della situazione e su un buon livello di empatia nei confronti dei partecipanti. Le esperienze e le ricerche in ambiti specifici, come quelli presi in esame nei due contesti, assumono, a mio avviso, un valore particolare nel definire nuove modalità di intervento e aprire una riflessione di più ampio respiro su temi che ancora necessitano di approfondimenti teorici e clinici.

Il libro si pone quindi come uno spaccato di tutti i temi più importanti che impegnano oggi la famiglia e come un contenitore di riflessioni fondamentali in sede teorica e in ambito clinico. Il suo valore risiede proprio in questo e, come si addice a un buon lavoro, fornisce risposte ma consente nuove aperture.

Introduzione

di Angela Maria Di Vita e Maria Garro

Questo volume, che rappresenta un ulteriore avanzamento delle nostre ricerche sulla coppia genitoriale (Di Vita, Giannone, 2002; Salerno, Di Vita, 2004), focalizza l'attenzione sugli aspetti cardine delle fasi del ciclo di vita familiare e, in particolar modo, della genitorialità e delle continue prove che questa funzione deve affrontare.

A parere di Houzel la genitorialità si struttura lungo i tre assi dell'esercizio, dell'esperienza e della pratica, dove il primo riguarda l'accezione giuridica, nel senso dei diritti e dei doveri e, in particolare, l'aspetto dell'appartenenza, della filiazione e dell'alleanza nel contesto sociale. Concerne, altresì, l'evoluzione della giurisdizione che ha perso alcuni aspetti della sua funzione fondatrice e organizzatrice considerando situazioni più contingenti, come per esempio la realtà psichica e la realtà esterna che non obbediscono alle stesse regole; una demarcazione che può essere risolta sul piano psicologico considerando gli effetti sullo sviluppo del bambino che l'esercizio della genitorialità assume in situazioni particolari. Il secondo asse si riferisce ai ruoli e ai vissuti strettamente connessi all'esperienza della genitorialità; in tal senso l'Autore distingue il desiderio di avere un bambino ed il processo di genitorializzazione, quest'ultimo fondato sui contributi originali di Winnicott (preoccupazione materna primaria) e di Stern (costellazione materna). Infine la pratica, terzo asse che riguarda le cure materne, o meglio le cure parentali che oggi vengono rielaborate attraverso la teoria dell'attaccamento sottolineando l'interazione genitore-bambino. Segno della complessità di tale teoria riguarda la distinzione in interazioni comportamentali, affettive, fantasmatiche e simboliche (Houzel, 2002).

La funzione genitoriale, dunque, ha subito dei mutamenti che hanno coinvolto i diversi sistemi ad essa strettamente connessi, come quello spiri-

tuale, quello fisiologico e quello del legame affettivo, in relazione ai quali, rispettivamente, si può decidere di diventare o meno genitori, stabilire di ricorrere alla fecondazione assistita o all'aborto volontario, all'adozione o alla scelta della contraccezione, e ancora per ciò che riguarda il valore fisiologico, desiderare di diventare madri, per esempio, senza un partner e, di conseguenza, senza l'obbligatorietà di una convivenza in assenza di un legame affettivo (Spagnolo Lobb, 2004).

Il volume prende in considerazione quella che Spagnolo (2004) non esita a definire sfida, vale a dire l'uscita da casa dei figli che hanno raggiunto l'adulthood, e quindi il desiderio di autogestirsi, contrapposto alle resistenze manifestate dai genitori che vorrebbero continuare a mettere in atto un atteggiamento di protezione nei loro confronti.

La fase preliminare dell'evoluzione della genitorialità è, certamente, quella che vede la formazione della cosiddetta "famiglia nuova" i cui membri, come evidenziano Errante, Garro e Di Vita, devono sia distanziarsi dalla famiglia d'origine con lo scopo di acquisire una propria autonomia e identità, sia rimanere ad essa vicina per continuare a beneficiare di un importante scambio affettivo. Un periodo, questo, che rappresenta un evento critico, seppur normativo, che mette a dura prova l'equilibrio relazionale del gruppo familiare allargato, poiché richiede una nuova ricerca di armonia basata sull'antinomia vicinanza-distanza, nonché una rinegoziazione dei ruoli. Il matrimonio, o comunque l'uscita dei figli dalla famiglia, rappresenta un evento interno atteso capace di provocare delle trasformazioni a cui i singoli componenti sono necessariamente chiamati ad adattarsi; una mutazione strutturale che implica anche distanza e prossimità, differenza ed uguaglianza, che richiede ancora una flessibilità dei ruoli maschili e femminili ed, infine, una disponibilità a mettersi in discussione e a scoprire nelle differenze risorse preziose di unità che verrà dinamicamente costruita nel tempo (Di Nicola, 2000).

Adeguarsi ad un nuovo sistema implica altresì apportare delle modifiche ed è in tal senso che, nel contributo oggetto di riflessione, le Autrici evidenziano la necessità di tutelare il nuovo sottosistema, non solo attraverso un'assenza di interferenza proveniente dalla famiglia estesa, ma anche attraverso una sorta di evitamento di triangolazioni, dovute allo stretto rapporto che si tesse all'interno di un nucleo familiare.

L'essere umano infatti, come riferiscono Fruggeri e Bastianoni (2005), è capace di gestire dinamiche relazionali di tipo triangolare non solo per la condivisione degli affetti ma anche per un riferimento sociale, offrendo la base allo sviluppo della formazione di alleanze familiari che possono avere una natura di tipo funzionale, cooperativo, o di tipo disfunzionale, disturbato o collusivo.

Si tratta di una famiglia che mette in rilievo il rapporto con origini, storie e miti, nonché di lealtà visibili e invisibili e, ancora, di una sorta di debiti tra le generazioni (Andolfi, Cigoli, 2003).

La funzione dei ruoli, dei confini e delle distanze pone attenzione sull'equilibrio dei vissuti personali e sulle interpretazioni familiari, nonché su una consapevolezza che può portare ad una padronanza di sé (Mazzoleni, 2004). Perché, se esiste un vincolo con le generazioni precedenti, ciò non implica il soffocamento del singolo da parte dello stesso, ma uno spazio di libertà entro il quale sperimentarsi.

Queste riflessioni, dunque, divengono importanti per procedere alla riflessione sul passaggio dalla diade coniugale alla genitorialità, spesso vissuto in maniera differente in relazione al genere di appartenenza. I dati emersi dall'analisi dei dati della ricerca, infatti, rilevano tale differenza specie in relazione alla capacità individuale di svincolo dal nucleo d'origine, predisposizione maggiormente individuabile negli uomini, soprattutto in seguito alla nascita del primo figlio.

E lo svincolo dalla famiglia d'origine potrebbe rappresentare un processo lento a causa delle nuove esigenze che movimentano le dinamiche familiari, ovvero l'attività lavorativa che va caratterizzando una percentuale sempre più alta di donne. Queste ultime, infatti, impegnate sia in ambito familiare sia professionale possono trasformarsi, insieme ai propri partner, in attori di conflitti causati dal minor tempo disponibile da dedicare alla propria professione e, ancora, dalla difficoltà di abbandonare le vecchie modalità relazionali in favore di nuove più funzionali. Ciò, probabilmente, è dovuto a quello che Cigoli definisce il nuovo destino della persona, non più chiamata ad avere e a fare famiglia quanto piuttosto alla realizzazione individuale, ponendo in secondo piano la genitorialità nonché i ruoli che la accompagnano (Cigoli, 2003). Ruoli parentali che mutano in relazione al contesto storico attuale dove, in particolare, lo stile materno risponde alle nuove esigenze che promuovono l'indipendenza della donna, una precoce socializzazione del bambino, ed una relativa riduzione del contatto fisico madre-bambino, a favore di un incremento di richiesta di supporto da parte delle figure adulte vicarianti e istituzionali (Farri, Simonetto, 2004).

In tal senso Fisher (2001) propone l'esistenza di stati del Sé relazionale: quello narcisistico e quello matrimoniale ove, rispettivamente, l'individuo si relaziona con l'altro non accettandone, o meno, l'indipendenza, il tutto attraverso l'alternanza, il conflitto e, ancora, la ricerca dell'esclusiva (Cigoli, 2003).

Questo è quanto analizzato da De Grazia, Merenda e Miano nel contributo di ricerca svolta su coppie con figli di età non superiore ai 12 anni. In esse si riscontra una buona coesione familiare dettata dal ruolo genitoriale,

la cui influenza positiva appare rilevabile anche sulla stima nel proprio ruolo, soprattutto in virtù dell'organizzazione familiare, ove si realizza un'equa distribuzione dei compiti nonostante *siano comunque gli uomini a vivere in una condizione di vantaggio tale distribuzione*. In tal senso, in ambito sociologico si fa riferimento al lavoro familiare di tipo squilibrato e a priori. "È il non detto del matrimonio che mina il modello della parità e reciprocità tra i coniugi, indebolendo la posizione delle donne sia nei rapporti coniugali sia nel mercato del lavoro" (Saraceno, Naldini, 2001, 196).

Ciò che infatti viene denunciato dal gruppo femminile è altresì la necessità di occuparsi solo parzialmente della propria carriera, a causa dell'impegno familiare. La divisione dei ruoli e, in particolare, l'attribuzione delle mansioni familiari alla donna possono essere rintracciate già nelle società degli anni Settanta, quando la "pienezza" della presenza maschile nel mercato del lavoro richiedeva un'analoga presenza delle donne nel lavoro intrafamiliare, specie nelle prime fasi del ciclo di vita della famiglia: figli piccoli, in età prescolare e scolare (Saraceno, Naldini, 2001). Il lavoro femminile si sviluppa lentamente grazie al part time, il quale permette di coniugare le esigenze dell'uno e dell'altro ambito, creando parallelamente la cosiddetta figura delle "doppio-lavoratrici", fenomeno contenuto in Italia anche a causa della scarsa disponibilità dei servizi e all'alta percentuale di disoccupazione maschile (*ibidem*).

Cambiamenti, quindi, che sembrano aver creato un nuovo obiettivo, quello del nuovo "ideale dell'io femminile" che comporta l'acquisizione di potere personale e sociale attraverso il lavoro. Un percorso che implica non solo la percezione di transitorietà dei ruoli che la stessa deve ricoprire nelle diverse fasi del ciclo di vita, seppur attraverso un vissuto di piena consapevolezza, ma anche una facoltà di avvertire l'esigenza di non ancorarsi definitivamente a nessuno di questi (Guccione, 2001).

Il lavoro femminile, come riferiscono gli autori, è attualmente una realtà sempre più presente nelle famiglie, spesso considerato ad esclusivo beneficio e vantaggio della donna, contrariamente a come può essere inteso il lavoro del marito sul quale, invece, sembra ricadere la responsabilità di provvedere economicamente alla famiglia; un *provider father*, contrapposto alla nuova immagine di padre maggiormente coinvolto nella relazione con i figli e alla gestione domestica.

Una prospettiva, questa, affrontata da Cigoli e Giuliani, che danno rilievo ad una possibile presenza di distorsione, vale a dire quella connessa ad una sorta di apparenza più che realtà: uno scarto tra la percezione di un cambiamento del ruolo maschile all'interno del nucleo familiare, ove sembra essere presente una simmetria nella divisione dei compiti e delle responsabilità uomo-donna correlata ad un'intercambiabilità dei ruoli ma-

schili e femminili, e tra la sfera privata dove prevalgono ancora differenziazioni (Cigoli, Giuliani, 1997).

In particolare, sostengono gli Autori, il mito ugualitaristico della coppia sembra subire delle modifiche in occasione della nascita del primo figlio, come introdotto inizialmente, in occasione della quale si assiste ad un incremento delle mansioni femminili, e ad una marginalità del ruolo maschile sempre più recluso ad un'attività ludica piuttosto che di cura; uno stato di cose che difficilmente aiuta la donna a distanziarsi dal nucleo familiare d'origine da cui poter trarre vantaggi, come un aiuto quotidiano nelle incombenze domestiche. Questo aspetto, nonché quello connesso al lavoro extrafamiliare, sono anche gli elementi sui quali si focalizza l'attenzione nel contributo di Salerno e Intorcia che, in questo volume, sottolineano anche l'esigenza di effettuare un'analisi critica della sessualità alla luce dell'interrelazione tra mondo culturale e naturale, tra corporeità e psiche, tra struttura biologico-anatomica e aspetto psico-sociale.

Un gruppo primario, come quello familiare, ove le differenti esperienze dei componenti familiari possono contribuire ad incrementarne e migliorarne la qualità delle risorse, insieme alla differenza dei sessi e delle generazioni, che è caratterizzato come un luogo sociale e simbolico, in cui l'appartenenza di sesso diviene, e così è sperimentata, collocazione sociale (Saraceno e Naldini, 2001). Si assiste ad un processo di simbolizzazione della sessualità utilizzato per la costruzione di un sistema di attribuzioni di ruolo e di codici valoriali, ove una eventuale maternità non desiderata può essere connessa a difficili dinamiche psicologiche. Salerno e Intorcia, in tal senso, sottolineano l'assenza di coincidenza tra fecondità fisica e psichica: ove la generatività implica un investimento di desiderio, non un grembo fisico ma un grembo psichico dove l'altro possa essere concepito simbolicamente ed affettivamente, in modo da consentire il passaggio dal figlio immaginario al figlio reale. La nascita di un figlio è un evento che, prima ancora di attuarsi in concreto, promuove modificazioni del campo relazionale fra i due partner, risvegliando problematiche conflittuali, consce e inconsce, la cui evoluzione risulta di fondamentale importanza per lo sviluppo psichico del bambino e per il futuro stesso della coppia (Leonardi, 2004).

Un accesso alla nuova fase del ciclo di vita familiare favorito, dunque, se il figlio rientra in un progetto condiviso dalla coppia che provvede a collocarlo nel "posto giusto", insieme ai progressi che l'intero nucleo affronta, come l'acquisto di un'abitazione più confortevole o un miglioramento della posizione professionale (Brustia, 2004).

Quello di diventare genitori, dunque, sembra essere un obiettivo perseguito da molte coppie, e si tratta anche di un'esigenza che implica, come

sottolineano gli studiosi, non solo l'affermazione dell'infertilità ma anche un'immagine deteriorata della genitorialità.

Il fallimento generazionale, afferma Cigoli (2003), rappresenta una delle più grandi tragedie della coppia: senza figli non è permessa la continuità della storia familiare.

È, inoltre, utile poter parlare in questo contesto dell'aspirazione di essere madri o padri per una sorta di conformismo sociale e, di conseguenza, della reale capacità di trovare uno spazio adeguato per un terzo, specie se questo non rispecchia la fisionomia della famiglia, come nel caso dell'adozione. Tamez Morales (2002), infatti, occupandosi di valutazione delle coppie e della loro idoneità genitoriale, sottolinea l'importanza della dimensione relativa all'accettazione dell'infertilità e dell'adozione considerata come soluzione ad essa. Ancora, prende in considerazione i rapporti di coppia ed il loro soddisfacente grado di maturità; seguono l'indipendenza dalla famiglia d'origine ed eventuali conflitti con quest'ultima e, successivamente, la capacità di immaginare un terzo. Questo aspetto assume notevole importanza come il grado di accettazione del percorso adottivo, del senso del bambino, della sua educazione. Appare importante, nella valutazione, anche la possibilità che la coppia possa rivelare al minore di essere stato adottato o provare vergogna. Lo studioso, infine, sottolinea aspetti importanti come la funzione riflessiva del processo adottivo, di cui parla Fonagy, che consente alla coppia di riconoscere il senso della propria vita, e sottolinea il disagio a cui quest'ultima viene sottoposta a causa di queste indagini approfondite, ove compare la tendenza a fornire una buona immagine e a mentire, come reazione normale e non come manifestazione patologica (Tamez Morales, 2002).

Ed è per tal motivo che Salerno e Ajovalasit segnalano, a loro volta, l'importanza di una necessaria assunzione di responsabilità da parte della coppia impegnata in un percorso di adozione internazionale, certamente superiore a quanto attivato nei casi di adozione nazionale, sia perché dettato dal precoce sviluppo dell'identità razziale, sia perché strettamente correlato ad un'assunzione di responsabilità legata ad uno scarso consenso sociale o alla presenza di pregiudizi (Dell'Antonio, 1994). Le Autrici sottolineano come il patto affettivo tra genitori e figli adottivi si costruisce o a partire dall'accettazione e dalla condivisione della diversa storia familiare o, al contrario, viene negato da coloro i quali fanno della diversità motivo di turbamento e vergogna. E se si ipotizzasse che le difficoltà collegate alle differenze di natura etnica, potrebbero essere affrontate attraverso il supporto offerto dall'ambiente scolastico, spesso considerato come uno dei luoghi privilegiati dell'inserimento sociale dei gruppi minoritari e della prevenzione del pregiudizio etnico, è pur vero che, in al-

cune situazioni, lo stesso potrebbe chiamare in causa tutte le rappresentazioni delle diversità.

In nessun caso, però, l'attività professionale Istituzionale viene reputata pienamente soddisfacente. Ma cosa, in realtà, una famiglia che persegue un progetto adottivo chiede ai servizi? È indubbio che la richiesta di supporto venga influenzata dalla natura delle rappresentazioni o schemi ingenui posseduti dai nuclei familiari, e probabilmente non sempre sono chiare le funzioni che un servizio può o deve espletare, in virtù del proprio mandato. In tal senso, Fruggeri e Bastianoni sottolineano le differenze che scindono tra loro le diverse agenzie sociali, in base al tipo di prestazioni. In questo contesto, dunque, si può rivolgere l'attenzione a quei servizi che svolgono un ruolo di supporto alla famiglia che vive un evento critico e che, come nel caso dell'adozione, sono intente a cercare la migliore via al fine di facilitare uno sviluppo delle proprie capacità adattive, o per migliorarle, in relazione ad un evento critico come la presenza di un figlio. Si parla, dunque, di interventi di sostegno atti a compensare le risorse mancanti per fronteggiare le nuove dinamiche dettate dalla nuova situazione intesa come stressante. Tali interventi implicano, qualunque sia la loro natura, tempi e significati correlati tra loro e arricchiti dalle capacità relazionali possedute da ciascun operatore (Bastianoni, Fruggeri, 2005). Quest'ultimo aspetto appare particolarmente utile per la valutazione e per l'attivazione delle risorse familiari, a volte anche adombrate o non sufficientemente valorizzate dagli stessi componenti il nucleo familiare, un'attività questa che può essere senz'altro supportata e resa possibile dal desiderio manifestato dagli interessati, come affermano Salerno e Ajovalasit, ad affidarsi ad una figura competente per consigli, chiarimenti o anche solo per poter parlare della propria esperienza. Ma, come anticipato, le coppie lamentano una sorta di senso di abbandono per non essere state seguite. Ciò che si richiede ad un professionista che opera nel settore dei servizi di sostegno alla comunità, dunque, è la capacità di accogliere e di comprendere le emozioni, di accedere a dei percorsi non più di tipo istruttivo, bensì interattivo (Brustia, 2004; Fruggeri, 1997).

Un vissuto che ha alcuni punti comuni alle coppie che ricorrono alla procreazione assistita, nel contributo di Salerno e Piccolo, che riferiscono ed ampliano riflessioni di nostri precedenti lavori (cfr. Di Vita, Catalano, Ingrassia, 2004). La transizione alla genitorialità, infatti, si presenta come connotata da alcune caratteristiche sia di tipo strutturale, sia di tipo socio-culturale, legate ai cambiamenti di significato che il figlio assume per la coppia. In tal senso, allora, Scabini sostiene il notevole cambiamento che ha investito la rappresentazione del bambino: probabilmente meno "figlio" a causa dell'indebolimento della percezione di appartenenza ad una genea-

logia familiare, ma sempre più correlato ad un'esigenza di realizzazione personale. Un aspetto, continua l'Autrice, amplificato dall'opportunità che si presenta oggi alla coppia di scegliere e controllare la procreazione. "I limiti e la scelta procreativa sembrano dilatarsi sempre più come documentato dal ricorso, sempre, più frequente, a varie tecniche di riproduzione assistita per avere un figlio a tutti i costi" (Scabini, 2003).

La difficoltà ad avere un figlio si iscrive in un'area psicoemotiva e culturale come un marchio, un segno di imperfezione o di malformazione di cui ci si sente colpevoli, a causa di un corpo che nega una libertà di scelta ed una possibilità evolutiva, acuendo i limiti dell'Io (Campana, 1987).

Alla fase di accettazione di diagnosi dell'infertilità, un tempo semplicemente accettata e non contrastata, generalmente segue quella di ricorrere al TRA, spesso seguita da un calo di desiderio o, al contrario, da un aumento dei rapporti sessuali, carichi di ansia e privi di desiderio, mirati alla riproduzione. Ed è così che mentre agli operatori dei centri specializzati viene delegata la responsabilità della riproduzione, il figlio fantasticato diviene oggetto di lutto, cedendo spazio al bisogno di un figlio e non al desiderio di un figlio (Carbonari, 2004).

L'obiettivo di un intervento, afferma Brustia (2004), potrebbe essere l'elaborazione di un modello di sostegno alla genitorialità, diretto al singolo e alla coppia con particolare attenzione alla prevenzione. Ciò vale sia nei casi in cui l'utenza deve affrontare dei percorsi articolati come la procreazione assistita, l'adozione o l'affidamento di minori, sia nei casi di normalità ove, cioè, è richiesto un sostegno teso a migliorare l'esercizio della funzione genitoriale (*ibidem*), attraverso programmi di prevenzione atti ad identificare e ad assicurarsi le risorse, ancora devono possedere la qualità della comprensibilità ed essere presenti nelle istituzioni e nelle strutture già presenti sul territorio (L'Abate, 1988).

L'accento sul momento preventivo era già stato posto dal Sistema sanitario nazionale (legge 833/1978), che ne reclamava l'inserimento nella quotidianità dell'individuo nonché della famiglia, per la formazione della coppia, per l'educazione dei figli o della vita di relazione, e per arricchirne comunque le potenzialità; un obiettivo che è rimasto vago anche a causa del successivo ampliamento delle specificità dei consultori familiari (Cusinato, Panzeri, 2005). E la tematica su cui si è spesso rivolta l'attenzione è quella degli strumenti ritenuti più opportuni per un percorso preventivo, tra cui quelli appartenenti al non verbale. La danza o il gioco, per esempio, si presentano come mezzi ottimali per raggiungere determinati obiettivi, come afferma Inzerillo che, attraverso il suo contributo relativo ad un intervento di musicoterapia rivolto a bambini "a rischio" di abuso e maltrattamento e alle loro mamme, afferma l'utilità dell'uso di mediatori simbolici, che favorisco-

no l'espressione spontanea delle emozioni del bambino, dei propri vissuti e delle proprie fantasie; tutti spesso mascherati da un senso di profonda vulnerabilità. In tal senso, l'esperienza musicoterapica è pensata come l'instaurarsi di uno spazio "transizionale", un'area tra interno ed esterno, area d'incontro e di scambio comunicativo. Ciò assume una valenza terapeutico/trasformativa considerando l'area "transizionale" come "area del gioco", luogo di creatività. Un'attività che trova una sua cornice nel gruppo, entro cui si determinano le riattivazioni dei "gruppi interni" e i processi identificativi e proiettivi nei confronti dei suoi membri, specie in presenza della figura adulta, capace di favorire una vicinanza e di ripristinare una funzione adulta avvertita come incapace di alleviare il dolore, o percepita in modo distorto, a causa di una precoce relazione corporea/sessualizzata. In tal senso, si inserisce la figura materna, a cui si può richiedere una sorta di mediazione e, contemporaneamente, offrire l'opportunità di elaborare il proprio vissuto ed il proprio ruolo spesso di *protector*, non sottovalutando l'importante aspetto, e le relative ripercussioni, strettamente connesso alla capacità del bambino di trasferire i suoi sentimenti o evocare forti risposte affettive in chi gli è vicino (Heineman, 1998). Rievocherà, inoltre, costantemente l'esperienza, la riellerà e la riformulerà in relazione ai numerosi paesaggi interni. In alcuni momenti, l'influenza dell'abuso sul comportamento, sui pensieri, sui sogni e sulle fantasie del bambino sarà piuttosto evidente, mentre in altri periodi i suoi effetti potranno rimanere sullo sfondo della vita psichica del bambino in modo meno evidente (*ibidem*, 20).

A ciò, si aggiunge il rischio di nutrire un costante senso di colpa per l'incapacità di impedire l'abuso, o di non esserne resi conto immediatamente, che porta alcuni genitori a percepirsi come inadeguati e impotenti e, dunque, ad assumere anche comportamenti che si adeguano a tale immagine (*ibidem*, 166). Recentemente, l'attenzione dei ricercatori e dei clinici si è focalizzata sul concetto di "trascuratezza", cioè un disturbo in cui il genitore, secondo Ethier, non è disponibile emozionalmente a rispondere ai bisogni del bambino. Le domande che si pongono gli operatori sono: quali sono le situazioni che, con più probabilità possono provocare condotte genitoriali negligenti e violente verso i bambini? Quali sono le caratteristiche associate ad una probabilità più elevata di far emergere una trascuratezza "cronica" verso i bambini (Ethier *et al.*, 2000)?

I fattori che favoriscono la trascuratezza sono di tipo sociale, economico e psicologico. Secondo gli autori, la trascuratezza si associa a violenza fisica, psicologica e sessuale nel quasi 50% dei casi. In tal senso, allora, si può inserire il lavoro del terapeuta che si pone anche l'obiettivo di far distinguere l'impotenza reale da quella percepita, rendendo possibile il necessario supporto affettivo dell'adulto più vicino al minore abusato.

L'agire professionale riguarda, dunque, il lavoro con le famiglie al fine di attivare la potenziale competenza dei soggetti che accedono ai servizi di aiuto, pur nel travaglio che accompagna alcune circostanze o fasi del ciclo di vita familiare (Mazzoleni, 2004).

Occorre, però, valutare anche quanto sottolineato da Pietropoli Charmet, che pone l'accento anche sui casi in cui, a causa di una valutazione negativa della competenza genitoriale, si rende necessario l'allontanamento dei figli dalla famiglia. Ciò implica certamente la morte simbolica dei propri genitori e lo spostamento della responsabilità ad un ente anonimo.

“La comunità deve riuscire ad organizzare la speranza che la dimissione dal ruolo affettivo di figlio verrà compensata dalla nascita di un nuovo ruolo, quello di membro di diritto di una rete di relazioni sociali con coetanei e adulti competenti (...) in grado di erogare un buon nutrimento affettivo e un adeguato sostegno per affrontare la crescita che si preannuncia difficile ma che verrà protetta e tutelata dalla comunità” (Pietropoli Charmet, 2004, 123).

In tali circostanze, dunque, il nucleo familiare sembra venir meno ad un importante ruolo quello, cioè, di offrire al singolo componente l'opportunità di fronteggiare gli eventi critici, grazie ad un legame inteso come risorsa e ricchezza e, di conseguenza, ben valorizzare le risorse esterne offerte dai servizi. In tal senso, Mazzoleni (2004) sottolinea l'importanza di due accezioni fondamentali, ovvero quella di rischio e quella di risorsa; in particolare, la prima allorché si verifica un evento critico, richiede un adeguamento strutturale e funzionale della famiglia *pena sofferenza dell'intero gruppo*, rischio inteso come possibilità di cambiamento in occasione del quale attingere alle risorse insite nel familiare significa, anche, poter creare la possibilità di prendersi cura del legame e di ricostituire o consolidare il benessere (Mazzoleni, 2004; Scabini, 1985, 1995). In tal senso, ancora, Rodrigo Lopez suggerisce il concetto di resilienza genitoriale, inteso come atteggiamento educativo adeguato, nonostante la criticità delle pressioni sociali che rendono difficile il compito educativo. È interessante, dunque, strutturare la ricerca e gli interventi confrontando genitori resilienti, genitori che trascurano e genitori con condotte appropriate.

Queste prospettive riconducono ad una visione dei progetti che si propongono di aiutare i genitori a partire non tanto dalle loro difficoltà, quanto piuttosto dalle loro risorse e competenze, attivando strategie di intervento non clinico, ma educativo-promozionale (Milani, 2000). Questi, dunque, prevedono un programma che si costruisce con il genitore e non sul genitore, utilizzando un humus culturale di condivisione delle esperienze.

Quello del benessere è il cardine attorno al quale ruota anche il contributo di Monti, Gobbi e Lupi, che rilevano la qualità delle dinamiche fami-

liari che possono svilupparsi in occasione di un evento particolarmente critico, come il momento diagnostico. Conoscere l'esistenza di una patologia specifica di cui è oggetto il proprio figlio, infatti, significa produrre la nascita di emozioni spesso ambivalenti, che inducono altresì ad un'amnesia che aiuta il genitore a sviluppare una sorta di difesa da quello che le Autrici definiscono colpo durissimo, quello inferto all'autostima genitoriale e alla capacità di generare un figlio sano, garantendone anche la continuità generazionale.

Si può considerare a tal proposito il concetto di genitorialità parziale proposto da Houzel, la cui valorizzazione potrebbe attenuare la forte ferita narcisistica che i genitori subiscono rispetto a dei loro fallimenti, nonché favorire nel bambino l'introyezione di imago parentali coerenti. Ciò anche al fine di orientarlo, in caso di inadeguatezza genitoriale, a squalificare i propri genitori e a vivere positivamente le figure sostitutive (Houzel, 2002).

È in questo caso utile il supporto offerto dagli operatori, specie per garantire al bambino giusto accudimento e amore da parte dei genitori, nonché uno stile di vita il più possibile normale¹. Nella maggior parte dei casi, non è nota l'evoluzione del caso, e tale incertezza sembra essere l'esperienza vissuta con maggiori difficoltà dai genitori, creando anche una sorta di paralisi dovuta all'impossibilità di poter progettare un futuro (Galesi, 2004).

La fibrosi cistica, in questo lavoro oggetto di studio e di intervento, rimanda comunque alle posizioni occupate dai nuclei familiari ove sono presenti patologie differenti, accomunate da reazioni abbastanza omogenee, spesso rintracciabili nell'isolamento sociale, nelle incomprensioni e nella carenza di risorse interne.

La presa di coscienza della realtà differente da quella idealizzata, gli assetti familiari che la situazione spesso destabilizza, sono elementi che richiedono una continua ricerca di equilibrio nella distribuzione delle mansioni genitoriali, poiché è spesso la madre a dover caricarsi della responsabilità delle cure e la puntualità ed il rispetto delle visite mediche. Il padre, infatti, appare coinvolto in misura minore, seppur impegnato nel problema. La risposta dei servizi, allora, dovrebbe avere l'obiettivo di provvedere ad una corretta costruzione di risposte ai bisogni, scoprire le risorse interne al familiare o, ancora, valorizzare il potenziale delle relazioni parentali e sociali (Ghezzi *et al.*, 1996).

La possibilità di riflettere su se stessi e sullo svolgimento della propria vita è sempre strettamente legata al trovare uno spazio sia fisico che mentale, idoneo a tale attività (Parasporo, Scavuzzo, 1999). Uno spazio di riflessione, dunque, utile per creare una stabilità di coppia, basato anche su

¹ Cfr. legge 285/1997.

accordi relativi ai comportamenti reciproci, gli stessi da Jackson (1978) definiti regole atte a prescrivere e limitare comportamenti individuali all'interno di una interazione stabile; si tratta di regole flessibili da sottoporre ad una continua negoziazione da parte dei membri della coppia, al fine di evitare anche l'annullamento reciproco.

L'intervento degli operatori riveste notevole importanza in termini di accompagnamento e di sostegno dei genitori nelle varie tappe dell'esperienza. Accompagnare i genitori nell'esperienza significa innanzitutto, per il personale medico, essere disponibili ad una comunicazione sincera sulla realtà del bambino, in tempi e spazi che corrispondono a criteri di accoglienza e di riservatezza (Massaglia, 1998, 92).

Si tratta di modalità di intervento centrato su un modello di contenimento mentale, che risulta terapeutico poiché capace di promuovere processi mentali evolutivi in una situazione in cui esistono forti spinte regressive (Gandione, 1998, 99).

In tal senso, dunque, Beaumatin, a proposito della relazione famiglia-servizi, si chiede se quest'ultima si configura attualmente come complessa e indefinibile, a causa anche della giusta distanza tra la collaborazione e le intrusioni, la giusta misura della relazione reciproca, entro uno scenario di contraddizioni politiche, culturali, istituzionali, ove confluiscono le rappresentazioni dei diversi attori.

Il volume lascia aperta la questione delle modalità plurime degli interventi sulla famiglia, delle metodologie e delle tipologie di attività. Alcuni interventi, infatti, come afferma anche Catarsi, tendono a modificare il contesto educativo in una prospettiva verticale (nel tempo), altri in una prospettiva orizzontale che focalizza la relazione genitori-professionisti, considerando differenti saperi e differenti esperienze. Alcuni interventi vengono strutturati nell'ottica dell'empowerment, altri privilegiano l'approccio ecosistemico ecc. La diversità di queste impostazioni rinvia al tema della valutazione dell'efficacia, sia rispetto ai reali bisogni delle famiglie, sia rispetto alle diverse ecologie familiari. Anche perché, come sostengono Farri e Simonetto, diventare genitori oggi non è più o meno faticoso rispetto al passato, ma profondamente differente (Farri, Simonetto, 2004).

Riferimenti bibliografici

Aielli S., Polleggioni O., Gallo S., Lezzi S., Mangiapelo M.C., Pecorella S., 2005, "Il servizio di consulenza e intervento psicologico alle famiglie del Centro Famiglie Villa Lais: un'indagine empirica", in Malagoli Togliatti M., Tafà M.,

- Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca*, FrancoAngeli, Milano, 47-71
- Amata M.T., Greco A., 2004, "Il figlio con ritardo mentale: problemi educativi", in Di Nuovo S., Buono S., a cura di, *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Enna, 125-144
- Andolfi M., Cigoli, 2003, *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*, FrancoAngeli, Milano
- Bastianoni P., Fruggeri L., 2005, *Processi di sviluppo e relazioni familiari*, Unicopli, Milano
- Brustia, P., 2004, "Il sostegno alla genitorialità: aspetti psicologici e risposte istituzionali", in De Piccoli N., Quaglino G.P., *Psicologia sociale in dialogo. Scritti in onore di Piero Amerio*, Unicopli, Milano, 419-436
- Buono S., Di Nuovo S., Lo Re P., Zagara T., 2004, "Il figlio con ritardo mentale: percezioni e atteggiamenti delle famiglie", in Di Nuovo S., Buono S., a cura di, *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Enna, 111-124
- Campana A., 1987, *La sterilità fra scienza e società*, Casagrande, Bellinzona
- Carbonari F., 2004, "Dal figlio sognato al bambino reale. Il viaggio della procreazione assistita", in Farri M., Simonetto A., *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*, Boringhieri, Torino, 71-94
- Cigoli V., 2003, "La coppia tra scenari di origine e nuova nascita", in Andolfi M., Cigoli V., *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*, FrancoAngeli, Milano, 125-146
- Cigoli V., Bozzoli C., Marta E., Tamanza G., 2004, "Generatività familiare", in Di Nuovo S., Buono S., a cura di, *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Enna, 13-49
- Cigoli V., Giuliani, C., 1997, "La possibile trasformazione", in *Famiglia Oggi*, 10 in www.stpauls.it/fa_oggi00
- Cirillo S., 2005, *Cattivi genitori*, Cortina, Milano
- Crisma M., 2004, *Affrontare l'adozione. Strumenti per operatori e genitori*, McGraw-Hill, Milano
- Cusinato M., 1988, *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino, Bologna
- Cusinato M., Panzeri M., 2005, *Interventi e valutazione nel lavoro con le famiglie*, Il Mulino, Bologna
- Di Nicola G.P., a cura di, 2000, *Prendersi cura delle famiglie. Nuove esperienze di sostegno alla genitorialità*, Carocci, Roma
- Di Nuovo S., Buono S., a cura di, 2004, *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Enna
- Di Vita A.M., Catalano R., Ingrassia R.R., 2004, "Concepire un desiderio. Viaggio nell'immaginario di coppia in attesa con riproduzione assistita", in Salerno A., Di Vita A.M., a cura di, *Genitorialità a rischio. Ruoli, contesti e relazioni*, FrancoAngeli, Milano, 213-240
- Ethier Louise S., Couture G.I., Lacharité C., Gagnier J.P., 2000, "L'impact d'un programme de prevention ecosistemique pour familles a risque parentale", in *Child Abuse Review*, 9, 1, 19-36

<p>Se è possibile, sarebbe meglio mettere solo il sito</p>
--

- Farri M., Simonetto A., 2004, "La genitorialità come processo dinamico tra natura e cultura", in Farri M., Simonetto A., *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*, Boringhieri, Torino, 25-36
- Fava Vizziello G., Simonelli A., 2004, *Adozione e cambiamento*, Boringhieri, Torino
- Finicelli C., Piccoli G., Varrani E., a cura di, 1998, *La nascita patologica. La perdita del bambino reale e/o desiderato in gravidanza*, Unicopli, Milano
- Fisher J., 2001, *L'ospite inatteso. Dal narcisismo al rapporto di coppia*, Cortina, Milano
- Fruggeri L., 1997, *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*, Carocci, Roma
- Fruggeri L., 2005, *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*, Carocci, Roma
- Galesi L., 2004, "Stress familiare e figlio disabile", in Di Nuovo S., Buono S., a cura di, *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Enna, 102-110
- Gandione M., 1998, "L'accoglimento della sofferenza mentale dei genitori di fronte alla nascita di un bambino malato", in Finicelli C., Piccoli G., Varrani E., *La nascita patologica. La perdita del bambino reale e/o desiderato in gravidanza*, Unicopli, Milano, 97-103
- Ghezzi D., Vadiolonga F., 1996, *La tutela del minore*, Cortina, Milano
- Guccione K., 2001, "Pianeta donna: percorsi per l'identità di genere nel lavoro", in Celi S.M., a cura di, *La comunità e l'altro. Contributi sul lavoro sociale, Quaderni di Es/7-8*, Palermo, 75-96
- Heineman T.V., 1998, *Il bambino abusato. Comprensione e trattamento in una prospettiva psicodinamica*, Fioriti, Roma
- Houzel D., 2002, "Les Enjeux de la parentalité", in Solis-Ponton L., *La parentalité défi pour le troisième millénaire*, Le fil rouge, Paris, 61-70
- Jackson D.D., 1978, "Lo studio della famiglia", in Watzlawick P., Weakland J., *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma
- Johnson M.M., 1988, *Madri forti. Mogli deboli. La disuguaglianza del genere*, Il Mulino, Bologna
- L'Abate L., 1988, *Le risorse della famiglia. Prospettive di prevenzione primaria e secondaria*, Il Mulino, Bologna
- Leonardi S., 2004, "Psicodinamica delle relazioni familiari", in Farri M., Simonetto A., *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*, Boringhieri, Torino, 37-58
- Lis A., Mazzeschi C., 2005, *Modelli di intervento nella relazione familiare*, Carocci, Roma
- Lombardo C., 2000, "La consulenza ai genitori", in Latmiral S., Lombardo C., a cura di, *Pensieri prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pretermine*, Borla, Roma, 129-153
- Malagoli Togliatti M., Tafà M., 2005, *Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca*, FrancoAngeli, Milano
- Malagoli Togliatti M., a cura di, 1996, *La psicologia della famiglia. Sviluppi e tendenze*, FrancoAngeli, Milano

- Massaglia P., 1998, "L'équipe curante di fronte alla nascita patologica: utilità dell'approccio multidisciplinare", in Finicelli C., Piccoli G., Varrani E., *La nascita patologica. La perdita del bambino reale e/o desiderato in gravidanza*, Unicopli, Milano, 91-96
- Mazzoleni C., 2004, *Empowerment familiare. Il lavoro psicosociale integrato per promuovere benessere e competenze*, Erickson, Trento
- Merenda A., Salerno A., 2005, "Gli scenari della famiglia a doppia carriera in Italia e in Europa. Una ricerca transculturale", in Di Vita A.M., Giambalvo E., a cura di, *Figure della differenza. Corpi, generi culture*, Cisu, Roma, 201-211
- Milani P., "Analisi dei progetti rivolti al sostegno della genitorialità", in *Area progetti sostegno alla genitorialità. Esperienze e buone pratiche con la Legge 285/97, Quaderno 26*, in www.minori.it
- Nicolò Corigliano A., a cura di, 1999, *Curare la relazione: saggi sulla psicoanalisi e la coppia*, FrancoAngeli, Milano
- Oxman-Martinez J., Rowe W.S., Straka S.M., Moreau J., 1998, "La negligence: une dimension negligee en recherche et en pratique", in *Canadian Social Work Review*, vol. 15, 2, 125-144
- Parasporo C., Scavuzzo G.B., 1999, "Le attività con i genitori", in *Obiettivo famiglia: diventare genitori competenti, Quaderni di Es/4*, Palermo
- Piccone Stella S., Saraceno C., a cura di, 1996, *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Il Mulino, Bologna
- Pietropoli Charmet G., 2004, "La 'valutazione' della genitorialità", in Farri M., Simonetto A., *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*, Boringhieri, Torino, 111-126
- Poderico C., Venuti P., Marcone R., 2003, *Diverse culture, bambini diversi? Modalità di parenting e studi cross-culturali a confronto*, Unicopli, Milano
- Polizzi C., *in press*, "Un 'calediscopio' per i genitori. Il laboratorio di 'tecniche di osservazione e sostegno alla genitorialità'", in Giambalvo E., Mignosi E., a cura di, *Nuovi percorsi di formazione universitaria: imparare attraverso il fare*, FrancoAngeli, Milano
- Rogoff B., 2003, *La natura culturale dello sviluppo*, Cortina, Milano
- Saraceno C., Naldini M., 2001, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna
- Scabini E., 1985, *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, FrancoAngeli, Milano
- Scabini E., 1995, *Psicologia sociale della famiglia*, Boringhieri, Torino
- Scabini E., 2003, "La famiglia, le sue trasformazioni socioculturali e le sue prospettive di sviluppo", in *Atti del Convegno. Insieme alla famiglia costruiamo una società migliore*, Roma, 9 Giugno 2003, in www.marucci.it/scabini
- Siegel D.J., Hartzell M., 2003, *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori*, Cortina, Milano
- Solis-Ponton L., 2002, "La construction de la parentalité", in Solis-Ponton L., *La parentalité défi pour le troisième millénaire*, Le fil rouge, Paris, 23-47
- Spagnuolo Lobb M., 2004, "Diventare genitori nella società postmoderna", in Romano R.G., *Ciclo di vita e dinamiche educative nella società postmoderna*, FrancoAngeli, Milano, 211-228

<p>Casa editrice? O è una rivista e si può togliere la città?</p>

- Tafà M., 2005, "Introduzione", in Malagoli Togliatti M., Tafà M., *Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca*, FrancoAngeli, Milano, 7-15
- Tamez Morales A., 2002, "Prédiction de la parentalité adoptive", in Solis-Ponton L., *La parentalité défi pour le troisième millénaire*, Le fil rouge, Paris, 309-323
- Torriani M.G., 2000, "Nascere prima del tempo: un evento che coinvolge sia il corpo che la mente", in Latmiral S., Lombardo C., a cura di, *Pensieri prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pretermine*, Borla, Roma, 73-97
- Villano P., 2005, *Pregiudizi e stereotipi*, Carocci, Roma
- Vitale A., Stein M., Berry P., Hillman J., 2003, *Padri e madri*, Moretti e Vitali, Bergamo

1. La nascita in una prospettiva transgenerazionale

di Manuela Errante, Maria Garro e Angela Maria Di Vita

1. Dalla famiglia d'origine al nuovo nucleo

La famiglia è un sistema in costante trasformazione; ciò che la caratterizza è il tema del cambiamento, il suo costante divenire e mutare, la dinamicità che le dà forza. Il suo percorso evolutivo vede il succedersi di alcune “fasi”, in base agli “eventi critici” che le caratterizzano, durante le quali le diverse generazioni vanno incontro ai “compiti di sviluppo” ad esse connessi. Con l'avvento dell'evento critico, l'equilibrio precedente dell'intero gruppo familiare viene abbandonato per raggiungerne uno nuovo, in quanto le usuali modalità di funzionamento familiari si rivelano essere inadeguate. “Gli eventi critici sono perciò potenzialmente induttori di ‘crisi’ e di cambiamenti di rilievo” (Scabini, 1995, 100). Il passaggio da una fase ad un'altra è una necessità fisiologica per la famiglia, che sente il bisogno di organizzarsi e di mutare, in relazione alle domande interne ed esterne; un buon funzionamento familiare è dunque in costante trasformazione, adattandosi la famiglia alle difficoltà transitorie che si presentano nel tempo. “La crisi dei passaggi, quando ha uno sbocco evolutivo, sembra dunque il cardine o la cerniera fondamentale che permette di aprire nel tempo le porte successive della vita, il territorio di confine fra due stati, che sancisce contemporaneamente la continuità e la differenza. Si tratta perciò di un'esperienza fondamentale e di grande vitalità, un ‘guado difficile’ che una volta attraversato arricchisce il nostro bagaglio di vita e ci permette non solo di arrivare a un'altra tappa, ma di arrivarci più attrezzati che in precedenza” (Marcoli, 2003, 37). Facendo riferimento al modello proposto da John Byng-Hall, possiamo dire che il variare delle circostanze rende necessaria la continua revisione degli script, e pertanto un margine di improvvisazione. E la vita familiare è anche un palcoscenico per l'improvvisazione, per la sperimentazione di script di transizione.

Il matrimonio costituisce un momento in cui la coppia si trova ad una difficile svolta, “al crocevia di una sfida esigente che va ben al di là dell’obiettivo di perseguire un buon adattamento affettivo e sociale. Nella giovane famiglia vengono portati alla luce i processi generativi e/o degenerativi che attraversano le generazioni e che facilitano od ostacolano la trasmissione della qualità etico-affettiva propria del familiare” (Scabini, Regalia, 2000, 28).

Quando ognuno di noi parla dei figli, dei genitori, dei nonni, utilizza implicitamente alcune categorie (età, ruoli, funzioni, compiti), operando contemporaneamente anche una differenziazione in termini di spazio, tempo e funzioni. Tracciamo, cioè, nella nostra mente dei confini tra una generazione e l’altra, collocandole, nella nostra mappa cognitiva, come aree geografiche, o regioni confinanti e appartenenti, però, ad uno stesso stato. La famiglia si presenta come un insieme non solo di individui, ma anche di generazioni. La coppia, con il matrimonio, alla ricerca di nuovi equilibri, deve tracciare un proprio confine, all’interno del quale trovare stabilità. Sebbene pensando al concetto di confine si sia portati a considerare subito l’aspetto negativo del termine, in riferimento a delle limitazioni che esso impone, come sinonimo di separazione o di chiusura, in realtà la natura di tale concetto è complessa ed in esso albergano significati effettivamente opposti: separazione ed unione, chiusura ed apertura. I romani ne erano tanto consapevoli da usare due termini distinti: *limes* e *limen*. Il primo descriveva il confine in tempo di guerra, limite invalicabile ed evidente strumento di difesa da un estraneo ritenuto nemico; in tempo di pace invece il confine acquistava una connotazione di soglia, una feconda fascia di relazione permeabile al passaggio di persone e merci. Osservando il mondo interno della famiglia, si può sempre ritrovare una particolare zona di confine condivisa tra le due generazioni, zona che graficamente si dovrebbe rappresentare con una linea tratteggiata, per indicare proprio la sua permeabilità.

Ogni generazione ha il diritto al rispetto ed alla non invasione del proprio spazio, ma ha anche il dovere di rispettare e non invadere lo spazio altrui. Ciascuna generazione, affacciandosi poi su tale linea di confine, troverà un territorio idoneo alla comunicazione, al cambiamento, allo scambio.

Eppure, non sono poche le difficoltà che la giovane coppia incontra nell’erigere tale demarcazione. Il passaggio dalla famiglia d’origine alla costituzione di un nuovo nucleo, implica una riorganizzazione delle rappresentazioni mentali circa la propria e altrui collocazione dentro/fuori un perimetro simbolico, nonché la ricerca di un nuovo equilibrio e una forma di lealtà verso la famiglia “nuova” e la famiglia “vecchia”. In tal senso, uno

dei nuovi compiti con cui la coppia deve confrontarsi è quello della distanza rispetto alle famiglie d'origine, elaborando quindi un equilibrio tra lontananza e vicinanza: una lontananza che non tolga la possibilità di una comunicazione significativa e la gratificazione affettiva della presenza dei genitori nella propria vita, una vicinanza che non sia limitante rispetto all'autonomia di coppia. Il mancato equilibrio nella definizione della vicinanza/lontananza è spesso alla radice della fragilità di un matrimonio, in quanto la relazione tra gli sposi entra in conflitto con la relazione che ognuno ha con la propria famiglia d'origine.

Tanti sono i contributi in letteratura che evidenziano come non sempre l'uscita da casa sia un evento con esito evolutivo. Pensiamo al modello strutturale proposto da Minuchin (1977) che sottolinea come la chiarezza dei confini è fondamentale perché il sottosistema genitoriale possa garantirsi il proprio territorio psicosociale e tutelarsi dalle interferenze provenienti dalla famiglia estesa; al modello strategico di Haley (1983), il quale adotta come criteri che contraddistinguono una famiglia ben funzionante, la definizione dei confini e della gerarchia del potere. Al contrario, segni di patologia sono dati da coalizioni tra membri appartenenti a due diversi sottosistemi gerarchici, dove quindi c'è una confusione tra i diversi livelli relazionali. Il mantenimento dei rapporti con la famiglia d'origine in modo equilibrato è una delle variabili che salvaguardia il nuovo nucleo da sintomi patologici.

Nella comprensione delle relazioni familiari assume notevole importanza il concetto di "lealtà" (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1983), dalla radice francese *loi* che vuol dire "legge", che rimanda ai temi del "dono" e del "debito". La responsabilità, la fiducia, l'adempimento dei doveri, sono tutti termini che la lealtà abbraccia, guidando l'atteggiamento e il comportamento di genitori e figli lungo l'intero ciclo di vita. Così, anche la gratitudine, il riconoscimento dei meriti, la riconoscenza per ciò che si è ricevuto sono tutti implicati nelle relazioni e vincolano un figlio al "corpo familiare" (Cigoli, 1997): "gli impegni di lealtà sono come fibre invisibili ma solide che tengono uniti parti complesse del 'comportamento' relazionale delle famiglie e della società" (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1983, 155). In questa chiave di lettura è possibile comprendere le modalità del legame, proprie dei membri di una famiglia, così come di una coppia, rispetto alle famiglie d'origine, e come un giovane possa non riuscire a svincolarsi dai propri legami di lealtà originari e sostituirli con un nuovo impegno relazionale. Potrebbero infatti insorgere sensi di colpa nei confronti della propria famiglia d'origine, dal momento che il matrimonio può portare alla procreazione e ciò vorrebbe dire "perdere" il proprio ruolo di figlio. Inoltre, la dinamica di lealtà vuole che un figlio si senta "debitore" verso i ge-

nitori che, avendogli impartito un sistema di norme e valori, sono divenuti “creditori” verso di lui.

Altro possibile ostacolo in questa delicata fase di passaggio può essere dato da una dinamica familiare patologica che assegna al figlio un ruolo genitoriale, impedendogli in tal modo l’individuazione, concetto che si riferisce “al processo mediante il quale una persona si differenzia sempre più da un contesto relazionale presente o passato” (Karpel, 1983, 71), superando quella dipendenza affettiva, caratteristica della infanzia. Per soddisfare il desiderio dei genitori, che inconsciamente attribuiscono al figlio un ruolo parentale, quest’ultimo è costretto a crescere prematuramente; ciò comporterà pertanto delle difficoltà nella separazione emotiva e nel successivo coinvolgimento con l’eventuale partner. Tale tipologia di famiglia viene definita da Boszormenyi-Nagy (1969, 122) famiglia “fusa”, e necessita di un intervento terapeutico volto a separare emozionalmente i membri in modo che acquisiscano la capacità d’essere persone autonome; i genitori dovranno quindi ricominciare a “fare” i genitori, permettendo ai figli di andare per la loro strada. In tal senso, l’impegno per la coppia consiste nel regolare queste distanze familiari a una distanza accettabile per entrambi i partner fino a trovare un equilibrio tra la lealtà dovuta alla famiglia d’origine e quella dovuta al coniuge.

Pertanto, nella formazione della nuova identità di coppia hanno un’influenza determinante le famiglie di origine. È qui che ognuno di noi apprende il modello di famiglia, cosa significhi essere figlio, cosa significhi essere padre o madre; qui apprendiamo altresì cosa significhi essere coniuge e genitore. È nella famiglia che l’individuo, secondo modalità caratteristiche alle diverse fasi di crescita, costruisce la propria identità: nell’immagine che i genitori gli riflettono egli impara a riconoscere sé stesso, a modellarsi nel costante confronto con lo specchio che essi gli mettono davanti. Vivendo l’appartenenza e sperimentando la possibilità di separarsi, l’individuo procede per la strada dell’individuazione, con tutte le potenzialità e i limiti che la sua famiglia gli può offrire. La famiglia si pone anche come il luogo dove ciascuno apprende la capacità di porsi in relazione con il mondo esterno e i valori di riferimento per le scelte che la vita chiamerà a fare lungo l’arco dell’esistenza. Il passaggio di tradizioni, miti, credenze e valori, dal sistema genitoriale a quello filiale, caratterizza ogni famiglia: ciò implica che al momento dello svincolo i due partner portino con sé un patrimonio di credenze, mai identico a quello dell’altro. Infatti, nessuna coppia inizia un rapporto a partire dal niente, essendo non solo l’incontro di due persone, ma un incastro di due storie familiari i cui confini si estendono lungo le diverse generazioni. Ogni partner veicola un patrimonio di credenze, espressione del proprio sistema familiare, certamente diverso da

quello dell'altro. Tali differenze non rappresentano un ostacolo allo sviluppo della coppia; i due partner dovranno individuare delle regole di relazione che tengano conto delle reciproche differenze e somiglianze, creando una propria identità, data da un vero e proprio incastro, all'interno di un immaginario comune, specifico della coppia. Tale sistema di credenze condiviso è dato da un processo di modellamento reciproco, lungo tutto l'arco evolutivo della coppia, nel quale rivestono un ruolo determinante anche le famiglie d'origine dei coniugi.

Caratteristiche delle nuove famiglie di oggi sono sicuramente l'età dei partner, i quali lasciano i genitori sempre più tardi: gli studi vengono completati intorno ai 26-27 anni senza andare fuori sede, poi si cerca una stabilità economica e psicologica, quindi si cerca una casa, infine ci si sposa e si mette al mondo un figlio. Tra le ragioni di tale situazione sicuramente hanno un loro peso la carenza d'abitazioni a basso costo e la possibilità di avere un lavoro stabile e adeguatamente retribuito; a ciò si aggiunge probabilmente quella cura senza condizioni, fatta d'attenzioni, d'affetto, di comprensione che nella nostra cultura è molto forte.

2. La transizione alla genitorialità

Secondo Scabini (2002), il senso della famiglia è racchiuso nella parola generare: “nella sua etimologia (*genos*), fa riferimento all'origine, sia nel senso della differenza originaria (il genere maschile e femminile) sia nel senso della appartenenza-comunanza, la famiglia come stirpe e come genealogia. La generatività umana è un evento non solo biologico, ma anche simbolico e culturale. Esso è teso non solo alla continuazione della specie, ma soprattutto alla continuazione e innovazione della storia familiare e sociale, tramite la nascita di un nuovo essere che è sempre irripetibile da un punto di vista non solo biologico, ma anche psicoantropologico. Egli infatti può emergere e svilupparsi psichicamente in quanto rispettato e ‘riconosciuto’ entro un rapporto di filiazione specifico. Porterà così i segni della appartenenza e unicità attraverso il cognome (della famiglia) e il nome proprio”.

Il passaggio alla condizione di genitore, ovvero la così detta fase della transizione alla genitorialità, appare molto complessa all'interno del ciclo di vita dell'individuo. La nascita di un figlio è, infatti, una vera e propria rivoluzione che può rappresentare l'inizio di uno sconvolgimento della vita. Ha inizio un nuovo ciclo di vita con compiti nuovi e relativamente più complessi; il sistema familiare assume un valore di maggiore stabilità.

In un'ottica intergenerazionale, le transizioni sono connesse ai processi

di trasmissione tra le generazioni; punto cruciale di tale passaggio è dunque la capacità della coppia di acquisire una identità genitoriale in continuità con le famiglie d'origine, ma allo stesso tempo anche in modo creativo, differenziandosi dalle generazioni precedenti. È possibile in tal senso individuare un continuum che va da una continuità caratterizzata dalla trasmissione di valori positivi ad un'assenza di continuità e dunque ad una rottura.

L'arrivo del figlio comporta il passaggio da una situazione teoricamente diadica, dato che esiste sempre un terzo elemento, fantastico o reale (pensiamo ad un genitore dell'uno o dell'altro, o anche alla stessa dinamica della coppia parentale di origine concretizzata nella nuova relazione) ad una situazione triadica. I due coniugi devono far posto al bambino nel sistema familiare, preparandogli uno spazio non solo fisico, ma anche simbolico ed emotivo: questo processo implica una profonda ristrutturazione della relazione coniugale. Il diventare genitori comporta l'elaborazione, all'interno della coppia, di tutta una serie di cambiamenti, di perdite, di ristrutturazioni sia della realtà esterna che del proprio mondo interno.

Per i neogenitori è necessario costruire una nuova immagine di sé: quella di adulto in grado di trasmettere la vita e di prendersene cura. “Nella società contemporanea diventare genitori rappresenta probabilmente il fondamentale *‘rito di passaggio’ all'età adulta*” (Scabini, Greco, 1999, 76). È importante che possano sentire di avere il permesso dei propri genitori, e che gli vengano riconosciute in tal senso capacità e competenza. La chiarezza di ruoli e il rispetto di questi permette ai nonni di fare i nonni e ai genitori di fare i genitori. Anche il bambino ha bisogno di sentire che i suoi genitori hanno l'autorità per essere genitori e di avere in loro il suo punto di riferimento.

Per le famiglie d'origine, accettare che i propri figli diventino genitori significa riconoscerli sullo stesso piano, farli entrare a pieno titolo nel mondo degli adulti; inoltre, significa sentire che ora la propria vita sta entrando in una dimensione nuova (di spazio, tempo e funzioni), diversa, da accettare e da costruire. È il processo evolutivo che continua.

3. La ricerca

Oggetto della nostra indagine è proprio la coppia, lungo il suo ciclo evolutivo, dalla sua formazione alla nascita del primo figlio. Tale contributo si innesta in un percorso di ricerca intrapreso al fine di indagare la fase di svincolo della neo-coppia dalla famiglia d'origine (Di Vita, Errante, 2002; Garro, Errante, 2005): le donne, sposate da non più di un anno, con e senza

figli, apparivano per lo più vincolate alle famiglie d'origine, manifestando particolari difficoltà ad abbandonare il ruolo di "figlio", diversamente dai coniugi. Alcune coppie, poi, erano state incontrate a distanza di un anno, al fine di analizzare gli eventuali cambiamenti nella rappresentazione delle famiglie, in relazione sia a processi di maturazione e crescita della coppia, sia in relazione a modificazioni strutturali del nucleo familiare. Sul versante femminile, dalla seconda somministrazione, a distanza di un anno, dopo la nascita del primo figlio, era emerso che l'avvento della nuova generazione e lo sviluppo della generatività rendevano possibile in alcuni casi, o ancor più marcato in altri, lo svincolarsi della donna dal nucleo d'origine, e l'emergere di una identità coniugale accanto a quella genitoriale. L'aver assunto il medesimo ruolo, quello di genitore, sembrava consentire alle neo-mamme infatti, nel rapporto con le generazioni, la creazione di uno spazio simbolico proprio, all'interno del quale erano ben chiari le distanze ed i posti occupati da ciascuno.

Partendo da tali considerazioni, abbiamo voluto indagare le dinamiche relazionali, sia sull'asse orizzontale che su quello verticale, in giovani coppie che vivono un duplice cambiamento, la coniugalità e la genitorialità. In particolare, oggetto di interesse sono state due variabili: le modalità di accesso alla genitorialità e l'appartenenza/svincolo dalle famiglie d'origine.

Le famiglie oggetto dell'indagine sono trenta, tutte con un figlio nato da non più di un anno, sposate da non più di quindici mesi. Si tratta di coppie di età compresa tra i 25-40 anni, di livello culturale medio.

3.1. Metodologia

La ricerca è stata realizzata mediante la somministrazione congiunta del test "La doppia luna" (Greco, 1999), tecnica proiettiva grafico-simbolica che si rifà al Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare (Gilli, Greco, Regalia, Banzatti, 1990). Lo strumento, prezioso nella ricerca e nell'intervento clinico, permette la valutazione del tema dell'appartenenza e della rappresentazione familiare e dunque consente di cogliere "il grado attuale di elaborazione individuale e familiare del problema dei confini familiari" (Greco, 1999, 53).

Per ciò che concerne l'utilizzo dello strumento, sono state seguite le indicazioni date dall'Autrice, che propone cinque consegne successive, la prima delle quali vuole che il soggetto collochi se stesso liberamente mediante un simbolo. Successivamente, viene invitato a disegnare, sempre con lo stesso procedimento, le persone per lui più importanti. Poi, il sog-

getto è invitato a racchiudere entro un cerchio le persone che secondo lui fanno parte della stessa famiglia, avendo anche la possibilità di disegnare più cerchi. Il soggetto, ha in tal senso, la possibilità di esplicitare diverse aree familiari, tracciando i confini della o delle famiglie di cui si sente di far parte.

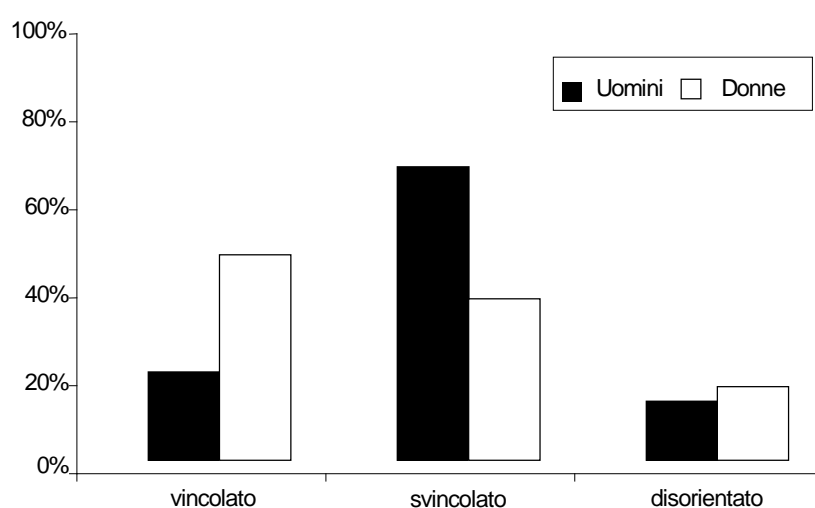
La quarta consegna prevede poi che il soggetto collochi l'elemento mancante, se c'è, dove vuole; le diverse modalità di risposta a tale consegna possono fornire preziose informazioni, in quanto i casi di resistenza o rifiuto mostrano quanto il riferimento all'elemento mancante costituisca fonte di disagio. Infine, l'ultima consegna prevede che venga chiesto al soggetto, o ai soggetti, nel caso di una somministrazione congiunta, cosa cambierebbe nel disegno appena realizzato qualora disponesse di una bacchetta magica. In tal senso, viene data la possibilità di inserire qualcuno che non è stato ancora rappresentato o ad esempio di spostare qualcuno dentro o fuori un cerchio.

L'analisi delle produzioni dei soggetti è stata svolta in parallelo rispetto alla produzione verbale. Le fonti di informazione sono state molteplici: le modalità con cui i soggetti hanno svolto il compito, le interazioni con il ricercatore stesso, i commenti verbali indicatori di sofferenza, disagio, difficoltà, oltre che i dati relativi alla storia di ciascuna coppia, raccolti mediante una breve intervista libera.

3.2. Analisi dei risultati

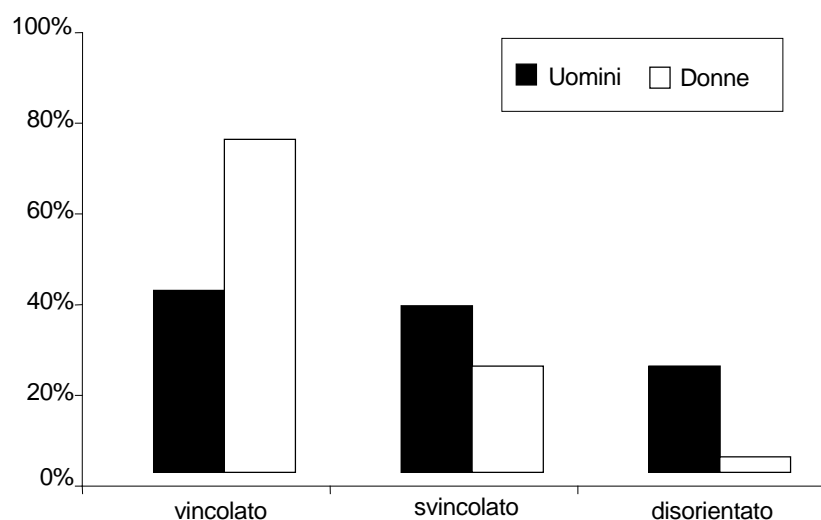
Dai dati raccolti, emergono delle differenze tra uomini e donne nelle modalità di affrontare la transizione alla coniugalità ed alla genitorialità, così come nelle nostre precedenti ricerche (Di Vita, Errante, 2002; Garro, Errante, 2005). Complessivamente infatti, si può affermare che i conflitti relativi allo svincolo e le difficoltà relative alla separazione dal nido appaiono più chiaramente individuabili nel gruppo femminile. I mariti mostrano minori difficoltà rispetto alle mogli nel tracciare i confini e definire chi sta dentro e chi sta fuori. Tuttavia, confrontando il gruppo oggetto d'analisi con il gruppo di coppie senza figli estrapolato dai presenti contributi (trenta coppie con le medesime caratteristiche), è possibile notare delle differenze. I grafici 1 e 2 sono stati elaborati in base ad alcune tipologie principali che emergono dall'analisi qualitativa, focalizzando l'attenzione sulle linee tracciate dai soggetti alla consegna n° 3 ("ora racchiuda con uno stesso cerchio le persone che, secondo lei, fanno parte della stessa famiglia. Può disegnare uno o più cerchi, come ritiene più vero per sé"). In particolare, è stata focalizzata l'attenzione sui commenti verbali durante l'esecu-

zione del disegno, sulle risposte d'accompagnamento e sulla qualità dell'interazione con il partner. Il termine "vincolato" indica tutti coloro i quali appaiono emotivamente molto vicini alla propria famiglia d'origine; al contrario "svincolato" si riferisce a coloro che sembrano avere raggiunto un'autonomia e che dunque mostrano un certo grado di differenziazione. Infine, il termine "disorientato" è stato usato per indicare un'incertezza rispetto alla propria collocazione dentro/fuori i confini familiari.



Graf. 1 – Tipologia di giovani in relazione al legame con i genitori. Coppie con figli

Osservando il grafico 1 e il grafico 2, risalta subito come **le donne** con figli ancora "vincolate" siano numericamente di meno rispetto a quelle vincolate del gruppo senza figli. Raramente viene "omesso" il marito o il figlio; la donna, inoltre, poche volte rappresenta se stessa in prossimità del simbolo con cui ha indicato i genitori, che però, in questi casi, vengono rappresentati spesso per primi. Sono più frequenti infatti i disegni in cui la prima persona importante che viene rappresentata da queste donne è la madre e solo in un secondo momento il marito e il figlio, così come spesso, al momento di tracciare i confini, vengono cerchiati insieme il marito e il figlio, e solo dopo viene tracciata un'altra linea che comprende anche se stessa e la famiglia d'origine, risolvendo in tal modo il conflitto di appartenenza.



Graf. 2 – Tipologia di giovani in relazione al legame con i genitori. Coppie senza figli

Per ciò che concerne le donne “disorientate”, dall’analisi dei disegni emerge chiaramente la difficoltà per queste di raggiungere un equilibrio; rimangono dunque al di fuori di ogni famiglia, come se guardassero i loro cari ma non sapessero dove collocarsi. Ciò può fare ipotizzare un’impossibilità non solo di rappresentarsi nel ruolo di mogli, ma anche in quello di madri: è come se queste donne assumessero una “posizione critica”, così come questa viene definita da Cigoli (1999), denegando il “problema” *in toto*. Tale condizione spesso è in accordo con lo stile relazionale reciproco delle coppie, caratterizzato da scarsa complicità ed affiliazione, che probabilmente indica un’assenza di un’identità di coppia.

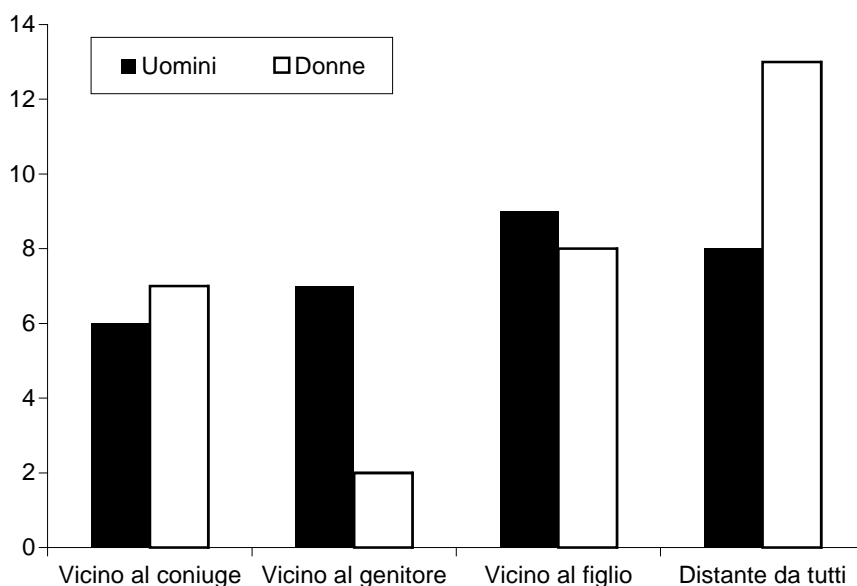
Le donne “svincolate” sono coloro che stanno affrontando con serenità i passaggi oggetto d’analisi: hanno raggiunto ormai un equilibrio ed un proprio grado di differenziazione.

Anche per ciò che concerne **gli uomini** è possibile fare un confronto tra i due gruppi: mentre il numero di coloro i quali non hanno ancora un figlio ed appaiono “vincolati” è pressoché equivalente a coloro che, al contrario, hanno raggiunto una propria autonomia, nel gruppo con figli predomina decisamente la categoria “svincolato”. Dai dati emerge chiaramente, infatti, come questi, pur rappresentando molto vicini a sé i genitori, traccino poi con molta sicurezza i confini, inserendosi insieme alla

moglie e al figlio, definendo in tal senso chi sta dentro e chi sta fuori la propria famiglia.

Anche il numero dei casi di uomini “disorientati” è decisamente inferiore rispetto ai casi in cui ancora non è avvenuto il transito alla genitorialità. Manifestano una incertezza, un momento di confusione, probabilmente evitano il conflitto relativo alla propria collocazione, ai propri ruoli ed alla propria identità.

Nel grafico 3 i neo-genitori sono distribuiti in relazione a dove hanno rappresentato se stessi nel foglio, se più vicino al coniuge, ai genitori, oppure al figlio, o se infine si sono collocati distanti da tutti, estraniandosi da essi.



Graf. 3 – Distribuzione dei soggetti in relazione alla rappresentazione di se stessi nel disegno

È interessante notare che frequenti sono i casi in cui le donne si collocano vicino al figlio ed ancora più frequenti sono i casi in cui si collocano lontano sia dalla famiglia d’origine sia dalla nuova famiglia. Sono i casi di non definizione relativa alla propria collocazione, prevalentemente gli stessi in cui appariva vincolata (traccia il cerchio che comprende sé e la famiglia d’origine) o disorientata (non si inserisce in nessun cerchio). Per ciò che riguarda gli uomini, invece, i figli appaiono frequentemente tra le persone significative “disegnate” per prime, e vengono collocati vicino al simbolo con cui hanno rappresentato se stessi.

Riportiamo adesso tre casi dai quali si evince il conflitto legato alle transizioni oggetto d'analisi, ed il rischio ad esso connesso. I nomi dei soggetti sono stati modificati.

3.3. Casi esemplificativi

3.3.1. Disegno 1

Esemplificativo appare il disegno congiunto eseguito da Diego e Alessandra (fig. 1), i quali si conoscono da tre anni, sono sposati da 13 mesi ed hanno un bambino, Davide, di due. Dopo il matrimonio sono andati a vivere in un appartamento nello stesso edificio dei genitori di Alessandra.

La prima valutazione che offre l'osservazione del disegno è la lontananza dei due coniugi, i quali si collocano ai due lati opposti del foglio (lui con un cubo e lei con un cuore); spicca infatti la parte bianca centrale del rettangolo che separa i partner e le loro rappresentazioni. La lontananza grafica dei coniugi è in accordo con lo stile relazionale mostrato nel corso dell'esecuzione del test, eseguito individualmente, senza alcuna interazione tra i due; è emersa una sofferenza, soprattutto della donna, la quale afferma "in questo periodo siamo un po' distanti". I segni grafici usati sono tradizionali, e distribuiti in modo uniforme.

Alla seconda consegna Alessandra rappresenta prima la madre, poi il padre, la sorella, non il marito, e, solo dopo essere stata sollecitata, rappresenta il figlio, dicendo "non ci avevo pensato... ancora è troppo piccolo... certo è importante per me". Anche Diego non rappresenta la moglie: disegna prima il figlio, poi la madre e altre persone significative, procedendo dal basso, in prossimità del cubo che lo rappresenta, verso l'alto. Su tutti domina il suo papà, che ha perso da piccolo.

Al momento di tracciare i cerchi, lei rappresenta un'unica grande famiglia della quale anche lei fa parte, negando in tal modo gli aspetti conflittuali; il marito, invece, indica per ogni persona una famiglia, escludendosi da tutte. Una chiara manovra di evitamento del conflitto dove, a differenza dalla moglie, preferisce prendere le distanze da tutti.

Infine, altra caratteristica subito evidente è la freccia, da lei disegnata, con la quale alla quinta consegna indica il suo desiderio di un riavvicinamento al marito, collegando i simboli che li rappresentano.

3.3.2. Disegno 2

La coppia formata Pippo e Maria (fig. 2) mostra le difficoltà, per lui, ad affrontare il distacco dalla famiglia d'origine; ciò provoca delle sofferenze in Maria, la quale, al contrario, occupa in modo sicuro e deciso un posto, nettamente staccato dalla famiglia d'origine e saldamente ancorato al marito. Tale malessere è subito evidente osservando la produzione grafica: colpisce infatti la disposizione nel rettangolo e la simbologia dei segni da lei utilizzati. Maria si rappresenta mediante una figura geometrica (un rettangolo) fuori dal rettangolo, poiché afferma di non avere trovato una propria dimensione, a causa dell'eccessivo attaccamento del coniuge ai genitori. Alla consegna n° 2 rappresenta quindi il marito, anche lui con un disegno geometrico (un triangolo), strettamente vicino a sé fuori dal rettangolo, come se esprimesse il suo desiderio di maggiore attenzione e volesse portarlo lontano da tutto ciò che lo distoglie dalla nuova famiglia. Disegna poi, dentro il rettangolo, il figlio con un grande sole, e successivamente la famiglia d'origine, mediante un grappolo d'uva che vuole simboleggiare tutti i membri che ne fanno parte.

Pippo si rappresenta mediante un piccolo cerchio e, subito dopo, indica con un grande albero dalle solide radici la famiglia d'origine; quindi, rappresenta il figlio ed infine la moglie. L'importanza della famiglia d'origine ed il suo stretto legame con essa è confermato dalle linee da lui tracciate, le quali racchiudono in un primo momento se stesso insieme al figlio ed alla famiglia d'origine, ed in seguito tutti i simboli in un'unica famiglia. Infine, Pippo mediante un cerchio che ingloba tutti i simboli da lui segnati, esprime il desiderio che i due insiemi familiari diventino maggiormente uniti.

3.3.3. Disegno 3

Massimo e Rita (fig. 3) si conoscono da 8 anni e da un anno e mezzo si sono sposati, tempo durante il quale è nata la loro bambina Sara. Massimo, per motivi di lavoro, adesso vive distante dalla sua famiglia d'origine, diversamente da Rita, i cui genitori abitano in un appartamento di fronte.

Da una prima valutazione del disegno eseguito congiuntamente, e dalla loro modalità di affrontare il test, emerge un certo grado di autonomia di entrambi: durante la somministrazione si mostrano tranquilli, scherzano, anche se non interagiscono tra loro nella produzione grafica.

Alla prima consegna, lei rappresenta se stessa al centro del foglio, con due fedeli nuziali, commentando verbalmente "sempre legata a mio marito". Massimo disegna invece un cerchio, simbolo differente da quelli che utilizza in seguito.

Successivamente, Rita rappresenta il marito e la figlia, i suoi genitori, i cognati, gli amici e i parenti più lontani; sono tutti legati, mediante una catena che li unisce e che indica la forza del legame. Massimo, invece, alla consegna numero 2 pensa subito alla figlia, poi ai genitori, ai fratelli, ai nipoti, ai suoceri, agli amici. Tra tutti, la moglie non viene rappresentata. Tuttavia, dalle linee tracciate, sembra che abbia consapevolezza del loro essere famiglia: Massimo, infatti, al momento di racchiudere con un cerchio la/le famiglie, abbraccia insieme a sé e alla figlia anche il simbolo con il quale Rita si era rappresentata. Poi, con altri due cerchi individua altri nuclei familiari.

Lei, invece, comprende nello stesso cerchio il marito, la bambina e la sua famiglia d'origine, indicando così il suo sentirsi ancora fortemente legata ad essa.

Infine, alla consegna della bacchetta magica, Massimo esprime il suo desiderio: meno distanze con i suoi familiari, che abitano lontano.

4. Conclusioni

L'analisi dei risultati ottenuti dimostra come la delicata fase dello svincolo dalle famiglie d'origine da parte della neo coppia avviene in misura maggiore dopo la nascita del bambino.

La nascita di un figlio porta infatti ad una ridefinizione dell'identità di ognuno dei due genitori, ma anche ad una ridefinizione dell'identità di coppia, comporta cioè la ridefinizione di se stessi e di se stessi nella relazione. Dalla diade si passa alla triade e tutto diventa più complesso. Ogni nascita è dunque un evento grandioso ma anche misterioso e "rischioso". Possono emergere delle difficoltà, come abbiamo riscontrato in alcune coppie, legate alla definizione di una nuova identità: quando nasce un figlio, si sale nella catena familiare di un anello e dunque si devono ri-modulare i legami con la famiglia di origine. Non si è più solo figli ma anche genitori. Nel momento in cui si diventa padre o madre ci si affianca ai propri genitori, non si rimane più un gradino sotto, ma si sale e si deve ripartire sia nelle relazioni con la famiglia di origine sia nelle relazioni con gli amici.

Infine, sembra importante sottolineare il dato relativo al confronto tra i due gruppi: sia gli uomini che le donne con figli ancora vincolati appaiono numericamente di meno rispetto a quelli vincolati del gruppo senza figli. Ciò è in accordo con i contributi teorici relativi alle dinamiche inerenti lo svincolo: il prendersi cura della nuova generazione favorisce la creazione di uno spazio simbolico proprio all'interno del quale trovare una propria definita collocazione.

Riferimenti bibliografici

- Boszormenyi-Nagy I., 1969, "Il processo della terapia familiare intensiva", in Boszormenyi-Nagy I., Framo J.L., a cura di, *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 115-170
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G., 1983, "La lealtà", in Cigoli V., a cura di, *Terapia familiare: l'orientamento psicoanalitico*, FrancoAngeli, Milano
- Cigoli V., 1997, *Intrecci familiari. Realtà interiore e scenario relazionale*, Cortina, Milano
- Cigoli V., 1999, "Prefazione", in Greco O., *La doppia luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari*, Vita e Pensiero, Milano, 7-14
- Di Vita A.M., Errante M., 2002, "La nascita della famiglia, un'indagine sulla coppia tra appartenenza e svincolo", in *Ciclo evolutivo e disabilità*, lug-dic, 199-212
- Garro M., Errante M., 2005, "La coppia tra appartenenza e svincolo: una ricerca con il test 'La doppia luna'", in Di Vita A.M., Salerno A., a cura di, *La valutazione della famiglia. Percorsi di ricerca-intervento*, FrancoAngeli, Milano
- Gilli G., Greco O., Regalia C., Banzatti G., 1990, *Il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare*, Vita e Pensiero, Milano
- Greco O., 1999, *La doppia luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari*, Vita e Pensiero, Milano
- Haley J., 1983, *Il distacco dalla famiglia*, Astrolabio, Roma
- Karpel M., 1983, "Individuazione. Dalla fusione al dialogo", in Cigoli V., a cura di, *Terapia familiare: l'orientamento psicoanalitico*, FrancoAngeli, Milano, 68-88
- Marcoli A., 2003, *Passaggi di vita. Le crisi che ci spingono a crescere*, Mondadori, Milano
- Minuchin S., 1977, *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma
- Scabini E., 1995, *Psicologia sociale della famiglia*, Boringhieri, Torino
- Scabini E., 2002, *Incrementare il 'famigliare': il compito perenne della famiglia in un mondo che cambia*, in http://www.chiesacattolica.it/ci_new/documenti_cei/2002-03/25-17/Scabini.tr
- Scabini E., Greco O., 1999, "La transizione alla genitorialità", in Andolfi M., a cura di, *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*, Cortina, Milano, 73-97
- Scabini E., Regalia C., 2000, "Alla radice dell'identità familiare", in *Famiglia Oggi*, 4, 23-28

2. Psicodinamica della famiglia a doppia carriera: un modello di ricerca crossculturale

di Giancarlo De Grazia, Aluette Merenda e Paola Miano

1. Mercato, autopoiesi e reale

Una delle caratteristiche tipiche del progresso tecnologico consiste nella velocità esponenziale con la quale è in grado, storicamente, di influenzare lo sviluppo della società ai vari livelli, dal globale fino al singolo individuo; si pensi ad esempio alla diffusione dei discorsi (le telecomunicazioni) fino alla diffusione di se stessi (la rete internet) nel giro di venti anni, che rappresentano un periodo storico relativamente breve. Del resto tutta la vita delle società nelle quali predominano le condizioni moderne di produzione si presenta come un'immensa accumulazione di spettacoli. Tutto ciò che era direttamente vissuto si è allontanato in una rappresentazione (Debord, 1967).

Nella trattazione specifica delle evoluzioni dei nuclei familiari nel contesto delle società occidentali (nelle quali predominano le condizioni moderne di produzione...), è particolarmente evidente che l'istituzione familiare, nel brevissimo periodo, è a sua volta interessata da profonde e repentine trasformazioni, sia a livello strutturale che a livello funzionale (Scabini, Cigoli, 2000) tanto che si può affermare che oggi la famiglia nucleare ha assunto quasi tutte le forme possibili: lo si può verificare tramite la quantità di definizioni (Scabini, Donati, 2002) che gli psicologi che se ne occupano hanno trovato e utilizzano per cercare di inquadrare un fenomeno – la famiglia, appunto – che necessita di prospettive psicologiche integrate: la comprensione delle dinamiche psico-sociali implica l'integrazione delle costruzioni di senso fornite dagli sconvolgimenti sociali (esterni) quanto dalla auto definizione del "nucleo" stesso.

È evidente insomma che la velocità e la complessità che caratterizzano la società risultano in una articolazione piuttosto variegata di strutture familiari presenti allo stesso tempo nella medesima comunità, e che anche a

parità di estrazione culturale queste rappresentano molti modi di “reinterpretare” continuamente l’istituzione familiare.

2. La coppia come “sistema”

Si può rilevare, ad esempio, che il grado di coincidenza tra matrimonio e famiglia sia certamente diminuito in favore di forme “altre” di convivenza: tralasciando eventuali descrizioni statistiche di questo fenomeno, si considerino alcuni fatti recenti della storia del diritto di famiglia in Italia: nel 1975 con la riforma n. 151 del diritto di famiglia si è posto in essere l’equiparazione dei diritti dei figli naturali e dei figli legittimi. Inoltre, è attualissima non solo la discussione sul matrimonio tra coppie omosessuali (recentemente in Spagna) ed, in Italia, anche la questione sull’equiparazione dei diritti delle coppie di fatto.

Un altro fenomeno, o meglio un’altra condizione, che tuttora influenza la “contrattazione familiare” è rappresentato dalla crescita costante della partecipazione scolastica e dell’occupazione femminile e, più in generale, dell’accesso delle donne in universi tradizionalmente maschili che hanno favorito l’idea di emancipazione della donna (Di Vita, Marino, 1998). Si noti che il progressivo abbandono, da parte della donna, del ruolo tradizionale e il suo ingresso nel mondo del lavoro può essere attribuito tanto a dinamiche storiche come la rivoluzione sociale configuratasi alla fine degli anni ‘70, quanto a una situazione economica come quella attuale in cui un’unica fonte di reddito non è sufficiente al mantenimento della famiglia secondo gli standard imposti da una società incentrata sul consumo.

Secondo gli autori che si occupano di definire le dinamiche familiari, in una prospettiva sociale e psicologica, il modello familiare tradizionalmente considerato efficace e funzionale, in cui il marito lavora e la moglie si occupa della casa e dei figli, non è più adeguato e sufficiente a descrivere la totalità delle esperienze di convivenza, in quanto non descrive la pluralità delle dinamiche di determinazione dei ruoli nella coppia e le aspettative sul contratto familiare (Carlson, 2000; Bruck, Allen, 2003). Ne è un esempio visibile la conseguente progressiva crescita di esperienze di “famiglia a doppia carriera”, in cui entrambi i genitori, o comunque i partner, a dispetto dei ruoli tradizionali culturalmente definiti si ritrovano ad assumere in egual modo, ruoli definiti dal *quid pro quo* familiare (Walsh, 1999).

Simili cambiamenti psico-sociali hanno portato a mettere in discussione, attraverso forme di negoziazione più o meno esplicite, i precedenti standard relazionali e i ruoli attribuiti a ciascun partner all’interno della famiglia, allo scopo di risolvere i problemi pratici relativi all’organizzazione

della vita quotidiana e di raggiungere soluzioni più equilibrate ed un più alto livello di soddisfazione per entrambi i coniugi.

Specificando il significato del concetto di ruolo sociale, ci si riferisce al complesso di aspettative, generalmente condivise, all'interno di una comunità, relative al comportamento di una persona appartenente ad un determinato gruppo (Collura, 1997). L'attribuzione dei ruoli, determinata culturalmente, esercita una influenza potente, e spesso inconsapevole, sulla strutturazione dell'identità; i ruoli di genere definiscono ciò che in una determinata cultura significa essere uomini o donne, e ciò che è appropriato per gli uni e per le altre (Berger, Luckmann, 1969; Markus, Kitayama, 1991).

Attualmente ruoli e funzioni, maschili e femminili, sono definiti in modo sempre più elastico e la tradizionale distribuzione dei compiti non è più condivisa, in quanto poco funzionale a un valore affettivo importante quale la soddisfazione coniugale (Mikula, Freudenthaler, 2002).

In ogni coppia, come in ogni relazione, l'identificazione dei diversi ruoli e la costruzione delle regole diventa un processo circolare di influenza reciproca di prospettive archeologiche e teleologiche: in questo processo nessuna coppia parte da zero, in quanto ciascun individuo porta con sé un sistema di credenze e di aspettative nei confronti del matrimonio che ha strutturato a partire dalle proprie esperienze nella famiglia d'origine, e dall'esperienza di altre relazioni intime; questi valori permeano i nostri modi di pensare alla coppia, e condizionano i nostri modi di essere partner (Walsh, 1993).

Ogni coppia sviluppa, quindi, una costruzione della realtà condivisa cosicché le premesse di base che gli individui portano nella relazione vengono modellate, rinforzate o modificate nel tempo attraverso l'esperienza condivisa. Ciascuno dei membri della coppia svolge nei confronti dell'altro funzioni complementari e reciproche, che risultano necessarie non più al livello delle singole unità ma per determinare una diversa nuova unità che produrrà un pensiero e una costruzione del senso "di coppia". Questa nuova "realtà" per essere compresa deve essere considerata un sistema, un nuovo sistema dotato di caratteristiche e regole peculiari, che non sono più rappresentabili nella somma delle caratteristiche e delle regole dei membri che la compongono (Bertalanffy, 1976; Bramanti, 2001).

3. Una coppia "in carriera"

Una caratteristica peculiare, dovuta sia a ragioni economiche sia a motivazioni personali, riguarda il fatto che la maggior parte delle donne che ha obiettivi professionali, sceglie di perseguire parallelamente degli obiettivi familiari (Walsh, 1999). Tali aspirazioni individuali sono inevitabili.

mente vincolate da un insieme di fattori strutturali e istituzionali, quali la disponibilità di servizi sociali per l'infanzia, le condizioni di impiego delle donne nei vari settori del mercato del lavoro e non ultimo, anche se in misura minore che in passato, il condizionamento dei modelli culturali e di identità di genere prevalenti in una determinata società.

Già a partire dagli anni '70, seguendo una linea di tendenza che non si è arrestata dagli anni '20, il tasso di attività femminile ha sempre manifestato un trend positivo sebbene, parallelamente, quello maschile sia rimasto stabile o in leggero declino.

Emerge oggi la necessità di delineare un nuovo modello di coppia si basato su un presupposto condiviso di "ridistribuzione" dell'investimento lavorativo e affettivo-relazionale di ciascun partner, di conseguenza, in base ad un principio di equità, i partner condividono le responsabilità relative alle risorse economiche, all'accudimento dei figli e alla gestione della casa.

Di contro oggi la negoziazione affettiva, la percezione delle altrui responsabilità rispetto alla famiglia e il mercato del lavoro fanno sì che la dialettica coniugale imponga alla donna, nonostante i cambiamenti sociali, parecchie rinunce rispetto alla carriera, poiché il lavoro femminile continua ad essere considerato un'occupazione che si aggiunge al tradizionale carico d'impegni (Erickson, 2000). La molteplicità di questi fattori e le strutture di pensiero tradizionali fanno sì che, nella maggior parte dei casi, gli uomini le cui mogli lavorano, hanno ben poche responsabilità domestiche in più, rispetto a coloro i quali provvedono da soli al sostentamento economico della famiglia. Da ciò deriva un forte squilibrio strutturale nella coppia, nella quale è possibile rintracciare una significativa disparità tra le aspettative e i propositi dell'accordo iniziale tra i partner ed il modello di vita esperito nella quotidianità (Iafrate, 1997; Kluwer, Mikula, 2002).

La nascita dei figli rappresenta un indicatore importantissimo nell'analisi della gestione delle risorse e degli stressor della vita quotidiana; per ogni coppia, la nascita di un figlio rappresenta così, oltre che un traguardo, anche una sfida nel campo dell'organizzazione familiare e della valorizzazione delle risorse personali e relazionali. Infatti, nella rappresentazione sociale, l'arrivo del primo figlio trasforma la coppia in famiglia, introducendo ruoli e legami inediti: la dialettica della "coppia di partner senza figli" che ha una valenza prevalentemente dialogica, viene sostituita dalle ben più complesse dinamiche triangolari della famiglia formata da genitori e figli (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 2000).

Tutto questo può risultare particolarmente evidente per le coppie a doppia carriera; sul piano concreto dell'organizzazione della vita familiare, cambia la gestione dei compiti e del tempo – a scapito soprattutto di quello dedicato a sé stessi –, e aumentano le esigenze della vita comune e dell'e-

ducazione dei figli. Diventa necessario riorganizzare la dimensione personale e quella sociale in funzione degli orari e delle esigenze del bambino, adattare a lui i propri ritmi, rinegoziare una divisione del ménage domestico e del tempo libero (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, Kaprinis, 2003; Strazdins, Korda, Lim, 2004). Tutto ciò insomma attiene alle modificazioni della relazione di coppia: i cambiamenti nella qualità delle dinamiche esterne e interne spesso sono così evidenti che possono contribuire a cementarla o a dissolverla.

I membri della coppia possono, da un lato, sentire accrescere il senso di competenza e di fiducia reciproca determinati dalla esperienza dell'essere genitori e dal sentirsi uniti da un compito comune che aumenta la coesione familiare e l'autostima all'interno del proprio ruolo, dall'altro lato però, accanto a questi effetti di gratificazione personale e di coppia, possono presentarsi elementi di difficoltà derivanti dalle cure che il bambino richiede; le risposte ai bisogni del bambino rappresentano le prime forme di relazione triangolare, che possono aumentare le tensioni e i motivi di conflitto tra i partner, evidenziando la difficoltà ad abbandonare vecchie modalità relazionali per acquisirne nuove più funzionali al ruolo genitoriale (Di Vita, Giannone, 2002).

Importanti studi sulla transizione alla genitorialità rivelano come questa sia associata ad una generale diminuzione della soddisfazione coniugale e ad un ritorno a ruoli sessuali tradizionali, anche nelle coppie in cui entrambi i partner svolgono un'attività professionale; a tale fenomeno si associa, inoltre, un abbassamento del livello di autostima da parte delle donne (Cowen C.P., Cowen H., 1985; Di Vita, Salerno, 2004).

La caratteristica di questa riorganizzazione è insita nel fatto che sia ancora una volta la donna a farsi carico delle responsabilità della vita domestica, compromettendo o sacrificando la propria carriera, mentre il marito continua a perseguire pienamente i suoi obiettivi (Sabbadini, Palomba, 1993; Kinnunena, Vermulst, Gerris, **Ma" kikangasa**, 2003). Spesso accade che la donna scelga di restare a casa finché i figli sono piccoli; viceversa, è meno frequente che siano i mariti a lasciare il lavoro, il che appare legato all'idea che l'identità maschile e il suo valore siano misurati, in termini di successo sul lavoro (Ventimiglia, 1996; Zoja, 2003), ma anche che, a sua volta, il valore dell'identità femminile – anche a parere di molte donne – derivi primariamente dalla crescita e dall'educazione dei figli. Questo fraintendimento, del resto, è tipico della società occidentale in cui i concetti di maschile e femminile sono fortemente cementati rispettivamente ai concetti di uomo e di donna.

A questo proposito è molto indicativo uno dei primi studi condotto da Weiss (1985) sugli uomini di successo: si evidenziava che tutti i soggetti

Attenzione alla grafia di questo nome

avevano un matrimonio tradizionale e, pur considerando famiglia e lavoro le cose più importanti della loro vita, rivelavano come i loro impegni lavorativi li distogliessero dalla partecipazione attiva alla vita familiare. Il fatto che la maggior parte delle mogli lavorasse, perlomeno part-time, era considerato un loro esclusivo beneficio, mentre il lavoro del marito veniva considerato più importante; poiché la responsabilità di provvedere economicamente alla famiglia veniva considerata esclusivamente del marito, questi uomini pensavano che dedicarsi al lavoro fosse il solo modo di dimostrare la loro preoccupazione per la famiglia.

Bernardi (1999) ha osservato che in Italia il rischio di (ri)diventare casalinga diminuisce proporzionalmente all'allungarsi della durata dell'impiego precedente al matrimonio; è stata messa in evidenza una correlazione inversa tra il livello di istruzione e lo status occupazionale, e la probabilità che le donne abbandonino definitivamente la propria carriera. Inoltre, mentre uno status occupazionale elevato risulta correlato ad un maggiore attaccamento al lavoro, è stato rilevato che il livello di istruzione sembra assumere un'influenza autonoma sulla partecipazione delle donne al mercato del lavoro, indipendentemente dalla posizione lavorativa raggiunta.

Nonostante alcune ricerche dimostrino, dunque, la propensione di molte donne ad essere buone madri e lavoratrici soddisfatte, molti lavori condotti negli Stati Uniti descrivono situazioni non sempre ottimistiche: sono in gran parte le donne ad allontanarsi dalla carriera lavorativa e tale interruzione tende ad essere definitiva. "Più lui fa carriera più lei abbandona la sua, quanto più il contributo economico conferisce importanza e legittimazione al lavoro, tanto meno ci si aspetta che il marito partecipi al funzionamento quotidiano della famiglia. Quanto più centrale diviene la posizione della moglie nel funzionamento della famiglia, tanto minori sono le energie che questa ha per la propria carriera" (Walsh, 1999, 55-72). Per l'Autore si tratta, dunque, di un processo circolare di feed-back: gli imperativi biologici della gravidanza e dell'accudimento dei figli ed il significato che la nostra cultura attribuisce al legame madre-bambino, fanno sì che le donne rinuncino agli altri impegni, concentrandosi sull'allevamento dei figli, e che a questo segna l'esclusivo farsi carico dei lavori domestici.

Anche nei casi in cui la scelta non ricada sull'abbandono del lavoro da parte della donna, la situazione rimane altrettanto complessa e, talvolta, persino più difficile: "la 'doppia presenza' negli ambiti sociali e privati dell'esistenza non è certamente estranea all'universo maschile ma, mentre agli uomini è consentito di operare nette separazioni nell'ambito, ad esempio, della propria inaccessibilità temporale sul luogo di lavoro o, stabilire una priorità tra gli scopi e gli interessi individuali rispetto a quelli familiari, l'investimento emotivo con cui le donne presenziano i luoghi significa-

tivi della loro esistenza e il ruolo attivo loro richiesto sia nella sfera lavorativa che in quella familiare non consentono tale separazione, piuttosto ne confondono continuamente i confini, sfumando i caratteri dell'azione" (Calabrò, 1997, 206-207).

La auspicata conciliabilità di lavoro e famiglia ha ispirato studi comparativi (Bernardi, 1999) che mettono in risalto quanto sia importante, ma al contempo di difficile realizzazione, una corretta divisione dei compiti e dei ruoli all'interno delle famiglie, in cui entrambi i membri adulti sono impegnati nella carriera professionale (Greenhaus, Powellb, 2003). Una ricerca svolta su un gruppo di "donne in carriera" (Mancuso, Di Vita, 2000) ci mostra, invece, come la realizzazione professionale femminile non passi necessariamente attraverso l'estromissione dal ruolo domestico-familiare. Il campione della ricerca di Mancuso e Di Vita (2000) è composto da donne che hanno trovato la propria realizzazione professionale in ambiti diversi da quelli tradizionalmente femminili, ad alto contenuto tecnologico e/o scientifico; inoltre, poco meno della metà del campione, è sposata, o vive una dimensione familiare con un compagno e dei figli.

Dai risultati della ricerca emerge come la quasi totalità delle intervistate (94,4%) ritenga che sia possibile conciliare i propri ruoli privato-familiare e pubblico-lavorativo puntando, soprattutto, su una maggiore organizzazione familiare e, secondariamente, sulla collaborazione del coniuge.

È innegabile che l'impegno professionale sottragga tempo alla dimensione familiare, ma questo non risulta essere vissuto dalle donne del campione con particolare preoccupazione, perché ad una minor quota di tempo trascorsa tra le pareti domestiche corrisponderebbe, in qualche modo, una migliore qualità della presenza e della collaborazione alle attività familiari da parte degli altri componenti.

Alla luce di questi risultati sembrerebbe che mentre la realizzazione maschile implichi ancora il sostegno di una figura femminile che si occupi interamente della gestione familiare, il raggiungimento del successo da parte di una donna implichi una redistribuzione dei ruoli in grado di favorire una più equa gestione del tempo e delle risorse.

Sebbene si abbia la percezione che la tradizionale divisione, che vede l'uomo protagonista del lavoro e procacciatore di denaro (*breadwinner*) e la donna custode e responsabile della casa e della vita domestica (*homemaker*), sia pienamente superata, molte ricerche mostrano come l'idea comune di un'equa ripartizione delle responsabilità economiche e familiari non sia acquisita definitivamente, ma continui a creare conflitti tra la realtà e le aspettative di due individui che decidono di "metter su famiglia".

4. La ricerca

Su questi presupposti nasce il progetto “Famwork-family life and professional work: conflict and synergy” (*Fam work – frame program 5- IHP-KA4-00-1*), finanziato all’interno del V programma quadro dell’Unione Europea, al quale prendono parte le università di Monaco di Baviera (D), Friburgo (CH), Graz (A), Nijmegen (NL), Porto (P), Mons (B) e Palermo (I) il cui obiettivo principale è osservare come nei differenti contesti socioculturali europei si affronti la sfida di combinare gli impegni familiari con quelli professionali in coppie a doppia carriera. Specificando, di volta in volta, le soluzioni adottate, le possibilità di supporto offerte dalle istituzioni, in forma sia di offerte di aiuto realmente presenti e accessibili sul territorio, sia nelle forme di tutela del genitore lavoratore percepite dai soggetti coinvolti. Il progetto vuole delineare un quadro della vita familiare di queste coppie, dell’avvenuta o meno redistribuzione dei ruoli auspicata sulla base dei cambiamenti sociali avvenuti, dell’equilibrio raggiunto, delle aspirazioni e della soddisfazione personale di ciascuno tanto all’interno che all’esterno della famiglia, al fine di confrontare le differenze evidenziate nei sette diversi contesti socio-culturali in cui i dati sono stati registrati.

La finalità principale della ricerca riguarda la modalità in cui uomini e donne, ricoprono i rispettivi ruoli di marito/moglie, padre/madre, professionisti; una valutazione di tipo qualitativo concerne il modo in cui la presenza di un adeguato contesto socio-culturale, fatto di figure di supporto (familiari, amici, professionisti ecc...) e di istituzioni specializzate, permette alla coppia di “defamilitizzare” (Orloff, 1993) parte dei propri compiti, e di dedicarsi sia alla propria realizzazione individuale che alla famiglia (Bromera, Henlyb, 2004; Behson, 2005).

5. Metodologia della ricerca

I dati di seguito proposti si riferiscono ad un gruppo d’indagine formato da 200 coppie selezionate tenendo conto dei seguenti criteri:

- coppia sposata o convivente;
- entrambi i partner con un impegno di almeno 15 ore settimanali;
- presenza di un figlio di età compresa tra 1 e 5 anni;
- assenza di figli di età maggiore di 12 anni.

I soggetti sono tutti residenti in Sicilia e la loro età è compresa tra i 27 e i 57 anni per gli uomini, e i 24 e i 52 anni per le donne.

La ricerca si è svolta in due fasi. Nella **prima fase** all’intero campione è stato somministrato un questionario *self-report* appositamente costruito,

presentato in forma cartacea. Il questionario, formulato nelle due versioni maschile e femminile, comprende 446 *items* articolati in 8 sezioni, inerenti le seguenti aree:

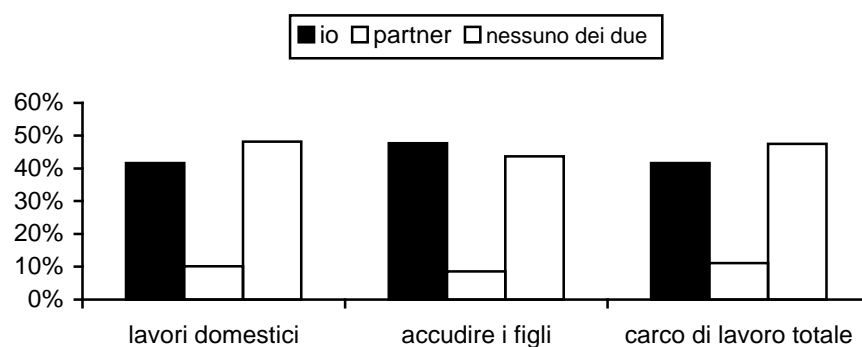
- *lavoro*: impegno lavorativo e livello di gratificazione; flessibilità degli orari; impegni tra lavoro e famiglia;
- *convivenza*: percezione del rapporto di coppia, le dinamiche di potere e la conflittualità;
- *ripartizione dei compiti domestici*: distribuzione delle mansioni domestiche e di cura dei figli, percezione di equità/iniquità della distribuzione partner;
- *assistenza ai familiari inabili*;
- *famiglia*: dinamiche relazionali; rapporto genitori-figli;
- *offerte d'aiuto alla famiglia*: presenza/assenza; possibilità di usufruire delle risorse;
- *aspetti personali*: filosofie personali; tratti caratteriali, autopercezione di sé;
- *dati demografici*.

Nella **seconda fase**, a un sottogruppo di circa 40 coppie, è stato proposto l'utilizzo di computer palmari appositamente programmati per somministrare un ulteriore questionario interattivo strettamente legato ai temi della ricerca. In particolare, il software, sviluppato dai ricercatori dell'università di Friburgo, è stato poi adattato nelle varie lingue. I questionari, presentati attraverso i palmari (uno per partner), hanno permesso di registrare, nell'arco di tempo di una settimana, gli stati d'animo, le differenze nell'altrui percezione e della distribuzione dei compiti, le reciproche aspettative rispetto alla famiglia e al lavoro e la gestione dei conflitti, la tipologia di lavoro svolto da sé e dal partner nelle ultime quattro ore, il relativo grado di soddisfazione. Il vantaggio sensibile di tale tipologia di somministrazione risiede nel fatto che si possono mettere in correlazione le risposte dei due partner stabilendo un livello di indagine che riguarda la percezione dell'altro confrontata con l'autopercezione. In altre parole una tecnologia utile a integrare la prospettiva dinamica con la ricerca scientifica. L'analisi dei dati rilevati nel gruppo di indagine italiano, prendendo come valori di riferimento le frequenze relative percentuali, mostra come, per quanto riguarda la distribuzione dei lavori domestici, dei compiti di cura e di accudimento dei figli, sia che se ne occupino personalmente sia che ricorrano ad altre figure di riferimento (colf, babysitter, nonni, amici, vicini di casa), entrambi i partner si aspettano che siano ancora le donne a occuparsi della quasi totalità dei lavori domestici e di cura. Gli uomini non sembrano considerare questa divisione iniqua, mentre le donne risultano più generose nel riconoscimento del lavoro effettuato dal partner e più eque nella percezio-

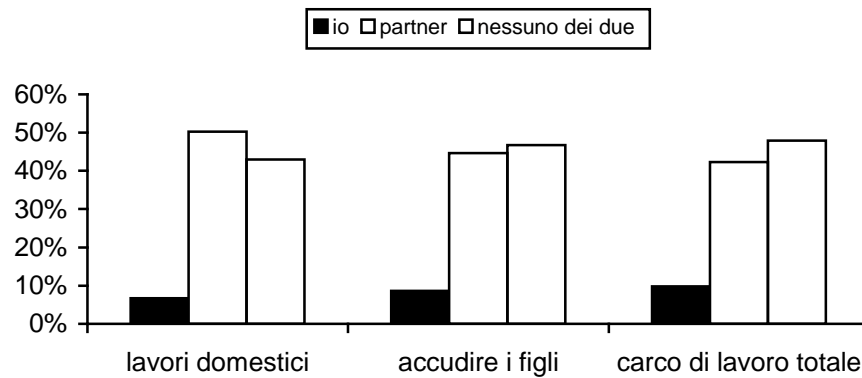
ne dello squilibrio, riconoscendo spesso ai partner una collaborazione persino maggiore di quella che questi ultimi attribuiscono a se stessi. Ben il 50,50% delle donne del campione dichiara di occuparsi da sola della totalità dei compiti di cura, mentre solo il 43,87% degli uomini riconosce una tale disparità. Viceversa, mentre è soltanto l'11,79% degli uomini a dichiarare di svolgere da solo tali compiti, è il 14,79% delle donne a riconoscergliene il merito. Allo stesso modo, quando il 24,10% degli uomini identifica il proprio contributo in un valore che si attesta abbastanza in alto, cioè al quarto posto della scala da “nessuno” a “tutti”, trova il sostegno di ben il 30,10% delle donne. Ciò potrebbe essere spiegato alla luce di un inevitabile confronto con la propria esperienza familiare, considerata nel contesto di una generazione precedente.

Nello specifico, indagando i sentimenti di equità, giustizia e soddisfazione percepiti rispetto alla ripartizione dei compiti, i dati raccolti dimostrano che gli uomini ritengono per lo più da “abbastanza” a “molto equa” tale distribuzione; e che la maggioranza delle donne, sebbene manifesti una più marcata sensibilità rispetto alla percezione dell'ingiustizia della distribuzione dei compiti, peraltro quasi esclusivamente a loro svantaggio, risulta, comunque, abbastanza soddisfatta, affermando di trarre dallo svolgimento di tali compiti più soddisfazione dei propri compagni.

La situazione cambia, però, se viene espressamente menzionato il concetto di “vantaggio”. Per quanto in linea generale la gran parte sia degli uomini che delle donne concordi nell'affermare che “nessuno dei due” appaia avvantaggiato rispetto all'altro nella distribuzione dei compiti, tuttavia una notevole percentuale, tanto degli uni che delle altre, ritiene che siano gli uomini a vivere in una condizione di vantaggio tale distribuzione.

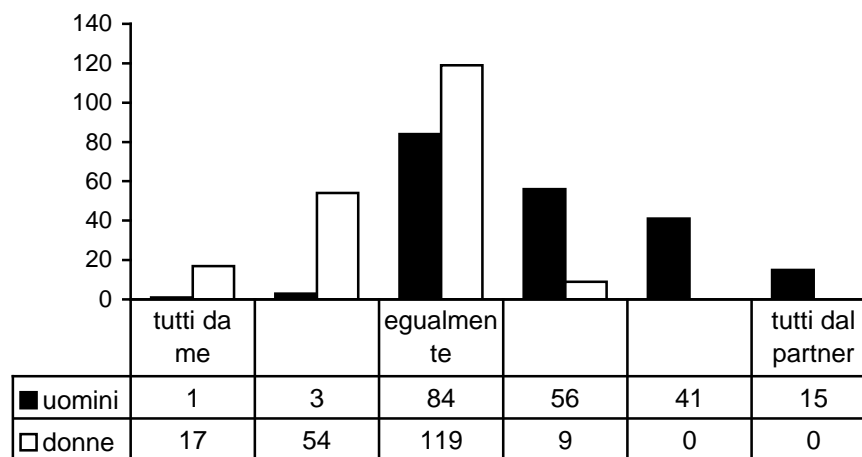


Graf. 1 – Percezione personale di vantaggio nella ripartizione dei compiti familiari (uomini)



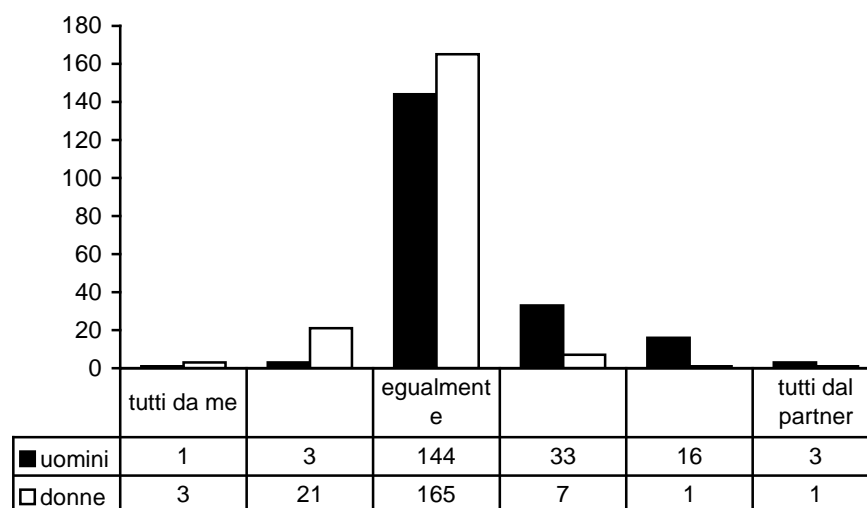
Graf. 2 – Percezione personale di vantaggio nella ripartizione dei compiti familiari (donne)

Un'ulteriore domanda del questionario riguarda la richiesta di prospettare la propria soluzione ideale relativamente alla divisione dei compiti; le risposte a questo item permettono di rilevare come la maggioranza delle donne (circa il 60%) aspiri ad una maggiore collaborazione del compagno per i compiti domestici, e auspichi che questi possano essere svolti in egual misura da entrambi. La maggior parte degli uomini, invece, ritiene che sia la donna a dover svolgere, per lo più da sola, l'intero carico del lavoro domestico.



Graf. 3 – Ripartizione ideale dei lavori domestici

Per quanto riguarda la cura dei figli, l'aspirazione quasi univoca appare immediatamente quella di una ripartizione egualitaria dell'impegno; risultano, inoltre, rilevanti le risposte sia maschili sia femminili che affermano come esista ancora un buon numero di soggetti che ritiene le mansioni di cura di competenza quasi esclusiva delle donne.



Graf. 4 – Ripartizione ideale dei compiti di cura dei figli

Attraverso un ulteriore item viene chiesto ai soggetti di valutare la possibilità, tanto propria quanto del partner, di coniugare i compiti e gli impegni familiari con quelli professionali, rispetto alla flessibilità degli orari e dell'impegno, indagando il modo in cui ciascuno si comporta di fronte all'impossibilità di tale coniugazione. I risultati evidenziano come quasi la metà degli uomini del nostro gruppo di indagine, non incontri alcuna difficoltà a conciliare l'impegno domestico con il lavoro (46%) a differenza delle donne, che più spesso si trovano in difficoltà a coniugare le due cose (circa il 27,54% lo trova da "abbastanza" a "molto difficile"). Ed è sempre una percentuale più alta di donne, quella che non riesce a dedicare alla carriera il tempo che vorrebbe a causa degli impegni domestici (circa il 31,11% contro il 7,5% degli uomini). Le cose cambiano se, ribaltando la prospettiva, si chiede "quanto l'impegno professionale impedisca di trascorrere con la famiglia il tempo che si vorrebbe", in questo caso sono gli uomini a dimostrare un maggiore malcontento (il 45% contro un 25,92% delle don-

ne). Quando si affronta il tema delle rinunce possibili oltre che necessarie, risulta che tanto gli uomini, quanto le donne preferiscono rinunciare in primo luogo al tempo libero e ai compiti domestici, poi al rapporto di coppia e, per ultimo, al tempo dedicato al lavoro e a quello con i figli. In queste due ultime categorie ancora una volta le percentuali assumono valori divergenti, poichè gli uomini ritengono di dover sacrificare più spesso il tempo da dedicare ai figli per dare più spazio al lavoro, mentre si assiste all'esatto contrario nel gruppo delle donne.

Infine, viene analizzata la percezione che ciascun partner ha delle difficoltà e delle rinunce dell'altro. I risultati ci mostrano come le donne siano abbastanza sensibili nei confronti delle rinunce cui vanno incontro i partner, i quali sacrificano il tempo da poter trascorrere con la famiglia a favore di quello dedicato al lavoro.

Nelle situazioni in cui ci si trova a dover rinunciare a qualcosa per coniugare lavoro e famiglia, uomini e donne concordano su quanto sia difficile per il partner diminuire gli impegni lavorativi e di cura dei figli, e quanto l'unica possibilità sia sacrificare il tempo libero, il tempo per i lavori domestici e quello dedicato al rapporto di coppia. Anche in questo caso, però, per quanto le percentuali indichino una tendenza comune, nello specifico, risultano ancora una volta ribaltate: gli uomini ritengono, infatti, che le donne rinuncino poco al lavoro, ma ancor meno ai figli; più del 50% delle donne crede, invece, che gli uomini non rinuncino per niente al lavoro e rinuncino di più al tempo da passare con i figli. Inoltre, non sorprende che le donne mettano i lavori domestici al primo posto nella scala delle "rinunce" dei propri compagni, ma piuttosto quanto, al confronto, appaia irrisoria la percentuale che gli uomini attribuiscono a tale rinuncia da parte delle donne.

6. Conclusioni

I risultati dell'analisi dei dati ci conferma come nel nostro gruppo di indagine, la divisione dei compiti sia rimasta quella tradizionale, e la definizione dei ruoli in base al sesso, continui esercitare una forte influenza. A differenza degli uomini che vedono, grazie al consenso delle partner, principalmente nel lavoro extradomestico e nella carriera professionale la propria prerogativa, la gran parte delle donne si trova a operare in situazioni di reale difficoltà relativamente alla gestione dei vari compiti, trovandosi a dovere e a volere conciliare il proprio desiderio di realizzazione professionale a quello di essere genitori e partner.

Nonostante ciò, sono ben poche le donne che decidono di affidarsi ad

un aiuto privato per far fronte all'impegno domestico e familiare, o che possono contare sull'aiuto dei compagni che, sebbene dimostrino un forte desiderio di avere più tempo da dedicare ai figli, sono spesso ancora convinti che la gestione dei compiti domestici sia appannaggio femminile. Può essere sorprendente osservare quanto poco il nostro campione ricorra ad aiuti esterni organizzati in privato; tanto la gran parte degli uomini che delle donne asserisce, infatti, di non ricorrere ad alcun aiuto, né per quanto riguarda lo svolgimento dei compiti domestici né per quanto concerne l'accudimento e la cura dei figli. D'altronde, gli uomini, non solo ammettono che l'impegno lavorativo toglie loro tempo che preferirebbero dedicare ai figli (54%), ma nella ripartizione ideale dei compiti di cura, il 72% vorrebbe occuparsi dei figli nella stessa misura in cui lo fanno le donne, dividendo l'impegno in maniera più equa. Interessante è osservare come la stessa convinzione coinvolga anche 71 donne tra le 200 intervistate, a dimostrare come la determinazione culturale del ruolo sia dura a cadere anche nella rappresentazione femminile.

In un'altra direzione va il dato secondo cui le donne riescono a trarre dalla vita domestica una soddisfazione maggiore rispetto a quella dei partner; questo, in qualche modo, ci aiuta a comprendere la paradossale percezione dell'ingiustizia o meglio la sua mancata percezione. La percentuale di donne che percepisce il vantaggio degli uomini nella ripartizione dei compiti domestici (50,27%), è appena superiore a quella (43%) che trova invece equa tale suddivisione, ma se si passa poi a valutare la ripartizione dei compiti di cura e dell'impegno totale allora le due percentuali incredibilmente si invertono, essendo più le donne che trovano la ripartizione equa (rispettivamente il 46,70% e il 47,93%) rispetto a quelle che la trovano assolutamente più vantaggiosa per gli uomini (rispettivamente il 44,67% ed il 42,26%).

In linea generale, infatti, le donne appaiono abbastanza soddisfatte dell'organizzazione del ménage familiare, anche se aspirano ad una maggiore collaborazione da parte dei partner soltanto per quanto riguarda la cura e l'educazione dei figli. Questi cambiamenti sembrano costituire un primo e importante passo lungo il cammino verso la costruzione di un nuovo paradigma familiare connotato da un'imparziale distribuzione dei ruoli, caratterizzato da uno stile relazionale più maturo e al passo con la nuova condizione economica e sociale della famiglia.

Riferimenti bibliografici

Bassi G., Zamburlin R., 1998, *La comunicazione nel rapporto di coppia*, San Paolo, Cinisello Balsamo

- Behson S.J., 2005, "The relative contribution of formal and informal organizational work-family support", *Journal of Vocational Behavior*, 66, 487-500
- Bernardi F., 1999, *Donne tra famiglia e carriera. Strategie di coppia e vincoli sociali*, FrancoAngeli, Milano
- Bertalanffy L.V., 1976, *General System Theory*, Braziller, New York
- Berger P.L., Luckmann T., 1969, *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna
- Bromera J., Henlyb J., 2004, "Child care as family support: caregiving practices across child care providers", in *Children and Youth Services Review*, 26, 941-964
- Bramanti D., a cura di, 2001, *La famiglia tra le generazioni*, Vita e Pensiero, Milano
- Calabrò A.R., 1997, *L'ambivalenza come risorsa*, Laterza, Roma-Bari, 206-207
- Carlson D.S., 2000, "Construction and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Work-Family Conflict", in *Journal of Vocational Behaviour*, 56, 249-276
- Carly S.B., 2003, "The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type a behaviour, and work-family conflict", in *Journal of Vocational Behaviour*, 63, 457-462
- Chodorow N., 1978, *The Reproduction of Mothering*, Berkeley, University of California Press; tr. it. 1991, *La funzione materna: psicanalisi e sociologia del ruolo materno*, La Tartaruga, Milano
- Cigoli V., 1997, *Intrecci familiari*, Cortina, Milano
- Collura S., 1997, "Differenze di genere e differenze di potere", in *Età Evolutiva*, 58, 116-125
- Cowen C.P., Cowen H., 1985, "Transitions to prethood: His, hers, and theirs", in *Journal of Family Issues*, VI, n° 4, 451-481
- Cusinato M., 1988, *Psicologia delle relazioni familiari*, Il Mulino, Bologna
- D'Amico R., 2002, *Quando la dipendenza diventa disfunzionale*, <http://www.apc.it/articoli/5.htm>, 23/02/2002
- Debord G., 1967, *La società dello spettacolo*, Baldini Castaldi Dalai Editore, Milano
- Drawer P.O.C., Xiaohe Xu, et al., 2001, *Resources, gender ideologies, and marital power: the case of Taiwan*, <http://www2.mstate.edu/~xhx/power.html>, 17/12/2001
- Di Vita A.M., Giannone F., a cura di, 2002, *La famiglia che nasce. Rappresentazione e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio*, FrancoAngeli, Milano
- Di Vita A.M., Salerno A., 2004, *Genitorialità a rischio. Ruoli, contesti e relazioni*, FrancoAngeli, Milano
- Di Vita A.M., Marino E., a cura di, 1998, *La ruota e il gelsomino. Memoria e progetto nell'identità femminile*, Unicopli, Milano
- Erickson R.J., 2000, "Family Influences on Absenteeism: Testing an Expanded Process Model", in *Journal of Vocational Behavior*, 57, 246-272
- Francescato D., 1998, *Amore e potere*, Mondadori, Milano
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., 2000, *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*, Cortina, Milano

Perché c'è il numero di pp?

- Garancini G., 1985, "Il 'nuovo' diritto di famiglia: un decennale da non dimenticare", in Donati P., Scabini E., a cura di, *L'immagine paterna nelle nuove dinamiche familiari*, Vita e Pensiero, Milano
- Greenhaus J.H., Powell G.N., 2003, "When work and family collide: Deciding between competing role demands", in *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 90, 291-303
- Greenstein T.N., 2000, "Economic dependence, gender, and the division of labor in the home: a replication and extension", in *Journal of Marriage and the Family*, 62, 2, 322-335 (<http://tsw.odyssey.on.ca/-balancebeam/Discrimination/division.htm>), 17/09/2001
- Iacovides A., Fountoulakis K.N., Kaprinis St., Kaprinis G., 2003, "The relationship between job, stress, burnout and clinical depression", in *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221
- Jackson Don D., 1978, "Lo studio della famiglia", in Watzlawick P., Weakland J., *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma
- Iafra R., 1997, "Aspettative e bisogni della nuova famiglia: divisione dei compiti ed atteggiamento verso il futuro", in Binda W., a cura di, *Diventare famiglia*, FrancoAngeli, Milano
- Johnson M., 1995, *Madri forti mogli deboli*, Il Mulino, Bologna
- Kinnunen U., Vermulst Ad., Gerris J., Ma" kikangasa A., 2003, "Work-family conflict and its relations to well-being the role of personality as a moderating factor", *Personality and Individual Differences*, 35, 1669-1683
- Kluwer, E.S. & Mikula, G., 2002, "Gender-related inequalities in the division of family work in close relationships: A social psychological perspective", *European Review of Social Psychology*, 13, 185-216
- Kluwer E. S., Heesink J.A.M., Van De Vliert E., 2000, "The division of labor in close relationship: an asymmetrical conflict issue", in *Personal Relationship*, 7, 263-282
- Korth B.B., Pittman J.E., 1999, *Children's involvement in housework: the impact of structural and relational factors*, Department of Human Development and Family Studies, Auburn University
- Mancuso R., Di Vita A.M., 2000, "Scelte professionali e identità di genere in un contesto palermitano. Un'indagine preliminare", in Mancuso R., Di Vita A.M., a cura di, *Oltre Proserpina*, FrancoAngeli
- Markus H., Kitayama S., 1991, "Culture and the self: implications for cognition, emotion and motivation", *Psychological review*, 98, 144-156
- Mikula G., 1998, "Division of household labor and perceived justice: a growing field of research", in *Social Justice Research*, Vol. 11, 3, 215-241
- Mikula G., Freudenthaler H.H., 2002, *Division of tasks and duties and the perception of injustice: the case of household chores*, University of Graz, Graz (A)
- Orloff A., 1993, "Gender and social rights of citizenship", in *American Sociological Review*, 58, 303-328
- Parson T., Bales R.F., 1953, *Family, Socialisation and Interaction Process*, Free Press, Glencoe (IL); tr. it. 1974, *Famiglia e Socializzazione*, Mondadori, Milano

- Sabbadini L.L., Palomba R., 1993, "Differenze di genere e uso del tempo nella vita quotidiana", in Paci M., a cura di, *Le dimensioni della disuguaglianza*, Il Mulino, Bologna
- Scabini E., Cigoli V., 2000, *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Cortina, Milano
- Scabini E., Donati P., a cura di, 2002, *Nuovo lessico familiare. Studi interdisciplinari sulla famiglia*, Vita e Pensiero, Milano
- Slepoy V., 2002, *Le ferite delle donne*, Mondadori, Milano
- Steil J.M., 2000, "Contemporary marriage: still an unequal partnership", in Hendrick C., Hendrick S.S., *Close Relationships*, Sage Press, 125-136
- Steil J.M., 2001, "Family forms and member well-being: a research agenda for the decade of behavior", in *Psychology of Women Quarterly*, 25, 344-363
- Steil J.M., Turetsky B.A., 1987, "Marital influence levels and symptomatology among wives", in Steil J.M., *Spouse, parent, worker on gender and multiple roles*, Yale University, Crasby, Faye (Ed.), Yale, 74-90
- Strazdins L., Korda R.J., Lim L.Y., Broom D.H., D'Souza R.M., 2004, "Around-the-clock: parent work schedules and children's well-being in a 24-h economy", in *Social Science & Medicine*, 59, 1517-1527
- Vella G., Solfaroli Camillocci D., 1997, "Potere e impotenza tra i coniugi nella coppia coniugale", in *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 6, 5-25
- Vella G., Solfaroli Camillocci D., 1999, "Sessualità e alleanza coniugale", in Andolfi M., a cura di, *La crisi della coppia*, Cortina, Milano, 119-149
- Von Bertalanffy L., 1976, *General System Theory*, Braziller, New York, 55 sgg.
- Walsh F., 1995, *Ciclo vitale e dinamiche familiari. Tra ricerca e pratica clinica*, FrancoAngeli, Milano
- Walsh F., 1999, "Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?", in Andolfi M., a cura di, *La crisi della coppia*, Cortina, Milano
- Weiss B.S., 1985, "Man and the family", in *Family Process*, 24, 49-58
- Willi J., 1975, *La collusione della coppia*, FrancoAngeli, Milano
- Ventimiglia C., 1996, *Paternità in controllo*, FrancoAngeli, Milano
- Zanardi C., 2001, *Tra amore e potere: la relazione tra sessi*, <http://www.psychomedia.it/pmrevs/journrev/psu/psu-1999-1-b.htm>, 16/06/2001
- Zoja L., 2003, *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*, Boringhieri, Torino

Manca la città di edizione

3. Legittimità psicologica nel processo adottivo. Una ricerca qualitativa su un gruppo di genitori

di Alessandra Salerno e Daniela Ajovalasit

1. Introduzione

Adottare significa “attribuire, nei limiti e nelle forme di legge, la posizione di figlio a chi è stato procreato da altri”. Significa, anche, “far proprio, scegliere, seguire” (Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*).

È interessante notare come, da questa definizione, emergano alcuni aspetti caratterizzanti l'adozione: “il figlio dell'altro”, la “somialianza” e la “scelta”.

Nella trasposizione dal latino, da cui deriva il termine, alla lingua italiana si è, però, perso uno degli aspetti più degni di attenzione: “adottare”, dal latino *ad-optare*, significa “desiderare” (Bianchi, *Vocabolario di lingua latina*). Il desiderio, estremamente presente nella scelta adottiva, rappresenta uno degli elementi più importanti sottesi all'adozione. Assumendo i punti emersi dall'analisi dell'etimologia, si può tentare di dare una prima definizione. Adottare è il modo mediante il quale, attraverso un atto affiliativo improprio, un individuo realizza il desiderio di genitorialità. Tale comportamento, determinante una relazione parentale-filiale, rende simile, ma non identico, tale legame con quello naturale. La similitudine tra il legame adottivo e quello naturale, ma l'ovvia impossibilità a far coincidere le due forme di relazione, spesso spinge a considerare l'adozione, come qualcosa di diverso dal normale legame genitori-figli, cui tutti siamo abituati a pensare quando ci riferiamo al concetto di “famiglia”.

Indubbiamente essere una famiglia adottiva è diverso dall'essere “semplicemente una famiglia”. I motivi che spingono alla sua costituzione sono disgiunti dal fatto naturale e spontaneo; i membri della famiglia adottiva hanno origini diverse, incontrandosi solo in un secondo momento. Lo stesso sentimento affiliativo esiste in modo diverso. Ma, a differenza di quello che spesso alcuni stereotipi ci fanno pensare, la diversità non comporta ne-

cessariamente negatività. Quando si pensa all'adozione, inevitabilmente, si tende ad attuare un confronto con le caratteristiche di un nucleo familiare naturale, ma è opportuno rendersi conto che, in realtà, sono tali le differenze, che risulta artificioso tale paragone. Il tema della diversità, come è facile intuire, ricorre spesso nell'adozione e con altrettanta frequenza è motivo di sofferenza. Il problema legato alla diversità non riguarda solo chi giudica l'adozione, ma, soprattutto, chi l'adozione la vive. Il patto affettivo tra genitori e figli adottivi si costruisce proprio a partire dall'accettazione e dalla condivisione della diversa storia familiare o, al contrario, è negato da coloro i quali fanno della diversità motivo di turbamento e vergogna. La differenza, quindi, può diventare al contempo il motore dell'adozione o, di converso, il suo inesorabile fallimento. La cura della differenza permette alla famiglia adottiva di legittimarsi in modo creativo ed unico. Quando non sussistono problematiche specifiche, è chiaro che non esistono impedimenti di sorta affinché si costituisca la famiglia. Ma, quando tali problematiche si impongono nella vita di queste persone, il rischio di fallimento può aumentare in modo esponenziale. Esperienze operative e cronache sociali, purtroppo, giustificano la preoccupazione per i rischi dell'adozione. Troppo spesso, infatti, si assiste inermi ad un fallimento, in cui i costi, peraltro spesso sottovalutati, coinvolgono, in modo chiaramente diverso, società e famiglia.

Quest'ultima è quella che, più di tutti, ne paga il prezzo, dal momento che vivere quotidianamente quello che è diventato un dramma scatena frustrazioni, dolore fisico e sofferenza emotiva.

Anche per la società, però, avere una famiglia "malata" costituisce un oneroso compito di assistenza. A questo proposito, assumere e attuare una politica in tal senso fondata sulla prevenzione primaria, attraverso l'informazione ed il sostegno costituisce il mezzo più idoneo per trasformare la diversità delle famiglie adottive in ricchezza. Non esistono genitori perfetti, né tanto meno famiglie cui idealmente rifarsi. In tutte le realtà familiari esistono incomprensioni, problemi e situazioni di sofferenza, ma poiché l'intento primario è rappresentato dalla realizzazione di un forte desiderio reciproco – oltre che dall'esigenza di tutelare i minori in stato di abbandono – risulta opportuno intervenire in modo puntuale ed efficace. A questo si deve aggiungere che, anche se la presenza di problematiche non è caratteristica distintiva dell'adozione, proprio in relazione alla diversità può venir negato il legame affettivo. In altre parole, è solo nell'adozione che può accadere di mettere in discussione l'affetto tra genitori e figli, nelle famiglie naturali la consanguineità diventa un vincolo imprescindibile. Tutto questo come dimostrazione del fatto che l'adozione ha caratteristiche salienti diverse e che sottovalutarne le possibili conseguenze può voler dire rendersi complici di un fallimento.

In ragione della diversità è possibile compiere un passo avanti nella definizione di adozione. Essa è il processo attraverso cui si rende familiare ciò che in passato non lo era, mediante la creazione di un legame, fondato sull'amore, che, partendo dalla accettazione della diversità, giunge a costituirsi come una relazione di valore. E di valore si tratta dal momento che tutto ciò che permette l'adozione – diversità, desiderio, affetto – è anche ciò che ne costituisce l'essenza. Il processo che porta coppie e bambini a raggiungere una siffatta relazione di valore, però, non è lineare e semplice. Non si può affidare il successo dell'adozione esclusivamente alle provvidenze genitoriali; non c'è niente di scontato, anche se, spesso, spontaneità e buon senso rappresentano dei requisiti importanti. Le potenzialità genitoriali delle coppie in adozione e le buone capacità adattive dei bambini vanno aiutate e sostenute da chi ha scelto di accostarsi alle problematiche dell'adozione per professione. Gli operatori che lavorano attorno al "pianeta adozione" dovrebbero accompagnare coppie e bambini nel lungo e difficile percorso di crescita. L'informazione alle coppie – sulle eventuali problematiche che potrebbero dover incontrare nel tempo – e il sostegno alle famiglie non devono essere considerati mezzi per deresponsabilizzare i protagonisti, ma semplicemente vanno intesi come il modo per *curare la loro differenza* e permettere, in tal modo, che la famiglia si legittimi come tale, senza rischi o fallimenti connessi.

L'adozione è, quindi, un processo attraverso il quale all'estraneità iniziale si sostituisce la vicinanza emotiva e affettiva, in cui la diversità ha valenze positive e in cui la scelta e l'appartenenza reciproche vanno a costituirsi come fondamento dell'essenza stessa della famiglia. L'adozione rappresenta un difficile percorso che, una volta chiariti i suoi limiti, permette di creare infinite combinazioni. L'adozione, infine, è il processo attraverso cui si costruisce, giorno dopo giorno, un universo relazionale d'inestimabile valore affettivo per la vita delle persone che, di questo universo, costituiscono il nucleo.

2. La costruzione della genitorialità adottiva

Il processo che porta una coppia a diventare genitori attraverso la filiazione è assai complesso. Quando una coppia affronta questo processo compie un vero e proprio viaggio psichico volto ad attuare una "transizione alla genitorialità" (Cigoli, 1995). Quando si struttura e si consolida l'asse relazionale di coppia o coniugale (D'Andrea, 1988) è posta la premessa per strutturare la funzione genitoriale vera e propria. La transizione alla genitorialità rappresenta un momento di grande dissesto: da figli si diventa

genitori attraverso un processo di cambiamento, che vede sovvertiti ruoli, competenze affettive e materiali. La costruzione di una famiglia e l'instaurazione della genitorialità si configurano quindi per i membri della coppia come un'esperienza di crisi con valenze strutturanti e maturative (Bibring, 1961; Recamier, 1961).

Il passaggio alla genitorialità, che è peraltro diventata oggi una scelta più che un dato scontato (Scabini, 1995), rappresenta pertanto una fase del ciclo di vita familiare (Minuchin, 1974) all'interno della quale l'evento normativo¹ (Turkelsen, 1980) fondante è la nascita della prole. "Per attuare questo passaggio è necessario che ciascun componente della coppia compia un viaggio psichico nella propria storia familiare passata, al fine di verificare una ripresa ed una rielaborazione delle esperienze infantili. Questo viaggio si svolge attraverso due processi d'identificazione, che si rendono concreti nella ricerca e nella riscoperta del bambino che si è stato e nella ricerca dei genitori che si sono avuti, per costruire un personale significato dell'essere genitore. Quando questo percorso di ricerca viene stravolto da traumi e ferite non elaborate, ritrovare il bambino che si è stato o il genitore che si è avuto si rivela difficile e a volte impossibile" (Darchis, 2000, 25).

Inoltre, la genitorialità postula una serie di questioni come la rappresentazione di sé nel ruolo di genitore, l'immagine mentale o ideale del proprio figlio e la percezione della relazione di sé con quest'ultimo (Tambelli, 1995).

La transizione alla genitorialità comprende due percorsi: uno fa riferimento al processo d'interiorizzazione delle funzioni genitoriali, che ciascun coniuge compie a partire dalle sue relazioni con la famiglia d'origine; l'altro è rappresentato dall'incontro che si realizza tra i coniugi e che dà luogo all'esercizio concreto delle funzioni genitoriali, come prodotto del nuovo "dispositivo di coppia" (Scabini, 1995). Il processo di crescita della coppia è, quindi, fondamentale per garantire la crescita di una prole e per favorire l'inserimento di quest'ultima nel romanzo familiare. Attraverso i figli si struttura in modo compiuto "l'asse parentale-filiale" (D'Andrea, 1988).

La procreazione, a questo proposito, rappresenta il criterio universalmente riconosciuto per la costruzione del legame di filiazione (Zurlo, 2002). In passato il legame era, in questo senso, scandito primariamente da un fatto naturale – l'atto procreativo appunto – e riconosciuto in relazione al "legame di sangue", che derivava dalla filiazione naturale. La genitoria-

¹ L'evento normativo è un evento prevedibile, in quanto accade nella maggior parte dei sistemi familiari (Turkelsen, 1980).

lità oggi, invece, si è staccata da tale quadro di riferimento simbolico che vedeva collegati l'unione sessuale e la filiazione (Nunziante Cesàro, 2000), centrando più la sua essenza sugli aspetti affiliativi e affettivi, nati durante l'interazione intergenerazionale tra coppia genitoriale e figli.

“Il livello biologico della filiazione rappresenta una minima parte di tale complesso processo: vi è un livello simbolico, che rinvia alla partecipazione ad una discendenza, a dei legami affettivi, a dei doveri e dei diritti. Il legame di filiazione può dunque essere considerato e descritto da diversi punti di vista – biologico, giuridico, antropologico, psicologico – che, presi nel loro insieme, esprimono la realtà di tale legame. Di fatto però, al di là dell'evidenza fattuale del concepimento e della nascita, un ruolo fondamentale, nell'attestare la realtà del legame di filiazione, è svolto dal gruppo di appartenenza, che riconosce un individuo come figlio di un determinato padre e di una determinata madre” (Zurlo, 2002, 4).

Il concetto di “appartenenza” è, quindi, fondamentale nella costruzione del legame genitori-figli; esso si esplica nel rapporto tra affiliazione e filiazione (Kaës, 2000), assumendo nel discorso sull'adozione un'importanza centrale. Se è pur vero che la filiazione è resa possibile naturalmente dalla procreazione, è anche realistico supporre che questi due aspetti non siano necessariamente complementari: si può avere un figlio senza procreare e procreare senza sentire il legame di filiazione. Nel primo caso, in particolare, il valore è assegnato al legame affettivo che si costruisce e non sul fatto di essere legati da consanguineità, l'affiliazione diventa dunque più importante della filiazione (*idem*, 2000).

La scelta adottiva, che presuppone la costruzione di una genitorialità in modo analogo alle famiglie naturali, si lega profondamente alla filiazione affettiva, al concetto di appartenenza. “L'adozione infrange, per forza di cose, la regola della procreazione, portando alla riformulazione del concetto di paternità e maternità, in una visione trasformativa del rapporto genitori-figli, basato esclusivamente sul legame che si costruisce” (Bramanti e Rosnati, 2000, 13). Kaës (2000), a questo proposito, definisce la filiazione come un atto di riconoscimento, da parte del soggetto, della propria posizione nella catena delle generazioni e come sia il desiderio dei genitori, che precede la nascita del figlio, a stabilire tale posizione e la funzione che il nuovo nato dovrà svolgere all'interno del gruppo familiare. Desiderio, appartenenza e riconoscimento reciproco, amore e affetto sono diventati, quindi, i requisiti fondamentali per la costituzione di una famiglia, ma soprattutto sovvertendo i criteri obsoleti di filiazione legittima e naturale, hanno dato la possibilità a tante famiglie adottive di costituirsi con pari dignità.

2.1. La coppia sterile

La scelta di adottare, nella maggior parte dei casi, parte “dall’esistenza di una frustrazione, che probabilmente ha generato una crisi importante nella coppia” (Fava Vizziello, Simonelli, 2004, 29): la sterilità. Una percentuale elevatissima di coppie che fanno richiesta di adozione hanno avuto problemi di fecondità e spesso provengono da un periodo di tentativi di fecondazione assistita. Qualunque siano le cause primarie dei problemi di sterilità², la diagnosi di sterilità evoca vissuti e sentimenti di frustrazione, inadeguatezza e stress emotivo – probabilmente anche in relazione ai riferimenti sociali e culturali³ –, le reazioni vanno dalla sorpresa allo shock iniziali, al rifiuto, alla collera, all’angoscia, ai successivi sensi di colpa, di dolore e di perdita. I componenti della coppia si sentono frustrati perché diversi dagli altri, prima tra tutti dai propri genitori, avvertono un senso di fallimento per il compito evolutivo che non sono stati in grado di realizzare. L’identità corporea, inoltre, viene lesa in modo determinante da una tale diagnosi, comportando una profonda ferita narcisistica, da cui sarà impegnativo uscire. Questo è anche il motivo per cui spesso la coppia non informa i familiari della scelta di adottare, considerando quest’ultima un fatto intimo e di esclusivo interesse dei coniugi.

Uomini e donne vivono l’incapacità a procreare in modo diverso. La donna sterile è la donna incapace di mettere in atto il compito filogenetico primario ad essa assegnato. Il sentimento, comune a molte donne, è quello di sentirsi menomata di una parte distintiva dell’identità femminile (D’Andrea, 2000), portando spesso all’inevitabile paragone con la propria madre, in grado di generare, in un dispiegarsi di rivalità e sensi di inferiorità (*ibidem*). In altri casi, o in aggiunta, la donna vive la sterilità come una punizione, con la spiacevole conseguenza di volere vivere in solitudine e isolamento (Auhager-Stephanos, 1993) l’onta del suo destino. Nell’uomo – dove manca per forza di cose l’esperienza della gravidanza – la sterilità assume il significato di perdita della potenza sessuale (Farri Monaco, Castellani, 1994) e della virilità, piuttosto che della paternità. L’uomo sterile, in-

² L’eziopatogenesi della sterilità comprende cause organiche e/o disfunzionali o cause di natura psicologica, anche se in realtà spesso il quadro patologico assume più le caratteristiche di una sindrome con una sintomatologia di tipo organica e psicologica.

³ Non bisogna mai dimenticare che gli stereotipi culturali presenti nelle società occidentali, i quali peraltro spesso pesano maggiormente sull’identità sessuale femminile, possono avere spesso dei risvolti negativi sull’intera sfera psicologica degli individui.

fatti, spesso sente di avere perduto anche la capacità di avere rapporti sessuali, sente di essere diventato impotente, nonostante ciò non sia vero.

L'esperienza di perdita, che si connette all'esperienza della sterilità, assume valenze drammatiche a volte irrisolvibili sia a livello individuale che di coppia. Quando emerge all'interno della coppia il problema della sterilità, l'equilibrio tanto cercato s'infrange, non solo in chi è sterile, ma anche per l'altro componente della diade coniugale. Così come si è scelto di avere un figlio in due, allo stesso modo l'impossibilità a procreare diventa un problema della coppia. Non a torto, a questo proposito, la sterilità viene considerata un "evento para-normativo"⁴ (Turkelsen, 1980), inaspettato e destabilizzante, che scatena una difficile crisi di vita. Entrambi i componenti della coppia devono, quindi, affrontare la sofferenza e la perdita del figlio immaginato e desiderato. Le conseguenze di questa sofferenza, oltre a colpire il Sé individuale di ciascun membro della coppia, hanno effetti a volte devastanti su di essa; in altri casi la crisi e l'esperienza dolorosa producono, di contro, un consolidamento del rapporto.

Gli equilibri che si sgretolano hanno a che fare con vari aspetti della vita della coppia: possono insorgere conflitti di vario genere, la sterilità può essere vissuta come un tradimento al patto coniugale (Rosnati, 1988) o permettere a vecchie incomprensioni di riattivarsi. La dimensione sospesa in cui la coppia si trova, quasi un congelamento, spesso porta ad un sostanziale peggioramento della qualità della vita (Andrews, Abbey, Halman, 1992), a problemi nella comunicazione e nella progettualità futura.

Un problema assai comune nelle coppie sterili è legato alla sfera sessuale. La compromissione della personale immagine corporea crea di per sé un calo del desiderio sessuale, a cui si aggiunge la difficoltà, da ambo i lati, a percepire e vivere la sessualità, lo scambio affettivo ed il piacere come fatto a sé stante dalla procreazione (D'Andrea, 2000). Il non *parenthood* involontario, dunque, mette in moto dinamiche diverse di elaborazione della perdita, che possono portare ad una crescita dell'identità personale e di coppia, a meno che la sofferenza non risulti così pervasiva da impedire di procedere nel processo del lutto e della scelta successiva di forme diverse di generatività (Binda, Colombo, Greco, 1989).

A tutte le conseguenze nefaste di cui si è scritto, si aggiungono poi altre ordini di problematiche: le precedenti esperienze di vita, la base motivazionale delle scelte della coppia ed il ruolo dell'ambiente. Il primo punto è

⁴ L'evento para-normativo è rappresentato da eventi inaspettati, indesiderati, che richiedono comunque l'impiego di forze psico-emotive particolari per essere affrontati, perché rendono più complesse le modificazioni della struttura relazionale del sistema familiare (Turkelsen, 1980).

piuttosto importante dal momento che la personalità dei membri della coppia garantisce o compromette il superamento della crisi scatenata dalla sterilità. Una coppia che ha scelto di avere un figlio per soddisfare un bisogno egoistico o, ancor peggio, per riempire un vuoto affettivo personale o tra i coniugi, si troverà a dover fronteggiare una sofferenza, aggiuntiva alla precedente, in una condizione sfavorevole e precaria. Altre volte è la sterilità stessa la conseguenza di conflitti tra identità femminile e maternità (Langer, 1951), della paura inconscia del bambino desiderato (Auhager-Stephanos, 1993), o di una disfunzione profonda all'interno della coppia, nascondendo in tal modo un problema molto più profondo di cui essa è solo un "sintomo". Il secondo aspetto, importante a livello principalmente prognostico, è legato al valore che la sterilità assume nella dimensione familiare. Spesso il non potere avere figli interrompe la storia familiare in cui la coppia è inserita (Ventimiglia, 1994), spezzando la continuità intergenerazionale. Altre volte, il senso di vergogna per il fallimento al compito evolutivo spinge la coppia a privarsi del sostegno familiare. La famiglia può accrescere il disagio della coppia, non comprendendo la sua sofferenza, o aiutare al superamento della fase, valorizzando il legame affettivo passato (Binda, Colombo, Greco, 1989).

La coppia sterile è quindi una coppia in crisi, una coppia che deve fare i conti con la perdita di un desiderio. L'aiuto e la comprensione reciproca la aiuteranno a superare l'esperienza di perdita; col tempo si creeranno nuovi equilibri e possibilmente sarà allora il momento in cui pensare ad un'altra via per realizzare il desiderio di genitorialità.

2.2. La coppia adottante

La scelta adottiva compiuta, in concomitanza o in conseguenza alla sterilità della coppia rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per il successo della futura relazione adottiva (D'Andrea, Gleijeses, 2000; Galli, Viero, 2001). Nel percorso verso l'adozione, quindi, è fondamentale che si realizzi l'elaborazione della sterilità, affinché avvenga la nascita di un nuovo desiderio generativo (Bramanti, Rosnati, 2000; Bosi, Guidi, 1992; Castelfranchi, Colajanni, 1992; Dell'Antonio, 1986). Tale desiderio deve essere connotato dalla spinta della coppia a prendersi cura della propria differenza (Bramanti, Regalia, 1995); la diversità della coppia è legata, quindi, al superamento del lutto per il figlio naturale che non nascerà mai. Quando la coppia supera il doloroso periodo di accettazione del non *parenthood* involontario deve avviarsi verso l'impegnativo progetto di una nuova procreazione affettiva (Farri Monaco, Castellani, 1994). "La coppia do-

vrà trasformare l'attesa del tempo sterile in momento di maturazione e riflessione, di superamento della depressione e della rabbia e di rinascita delle proprie potenzialità vitali, per maturare una scelta che sarà consapevole e responsabile" (D'Andrea, 2000, 61). In certi casi, ad esempio, la scelta adottiva può assumere la forma di un *acting out* alla sofferenza provata (Castelfranchi, Colajanni, 1992), essa serve, cioè, da tampone alla sofferenza. A volte, scegliere di avere un figlio ad ogni costo cela dietro di sé il rifiuto della sterilità, l'adozione si configura, quindi, come un modo di trasgredire la sterilità della coppia (Soulè, 1968). In altri casi l'idealizzazione del "bambino che verrà" nasconde la negazione della ferita narcisistica inflitta dall'infertilità (*ibidem*), l'imperfezione della coppia viene negata attraverso la perfezione del futuro figlio. Queste modalità di strutturare la scelta adottiva pongono le premesse per un fallimento adottivo: l'irrisolto della coppia costituirà il fondamento della relazione parentale adottiva, nella quale il bambino sarà il destinatario ultimo del carattere riparativo della scelta adottiva. In realtà, l'adozione non è la cura per la sterilità (Castelfranchi, Colajanni, 1992). È importante, quindi, che la scelta adottiva non coincida con la morte coniugale, ma con l'accettazione della propria incapacità a generare, attraverso una ridefinizione della propria identità personale, della relazione di coppia, della progettualità coniugale e delle relazioni con le famiglie estese (R. Matthews, A. Matthews, 1986).

La scelta adottiva parte da un desiderio – peraltro legittimo – mentale e ideale di un figlio; tale immagine ideale contribuisce in prima istanza a creare lo spazio simbolico e affettivo per il terzo, il bambino, ma, allo stesso tempo o in conseguenza, rischia di costituire un forte elemento di rischio per la reale relazione adottiva, nel momento in cui tale ideale viene deluso (Dell'Antonio, 1986). La consapevolezza di tale ambiguità nei vissuti delle coppie porta a vivere il momento dell'attesa in modo costruttivo e realistico (D'Andrea, 2000).

Le coppie devono anche tener ben presente che il figlio che verrà sarà il "figlio dell'altro". Esse non dovranno, cioè, perdere mai di vista il fatto che il bambino adottato è legato ad una doppia storia, ad una doppia appartenenza (D'Andrea, 2000; Dell'Antonio, 1986), di cui è necessario che non si perda l'essenza fondamentale: la storia del bambino coincide con la sua identità e con la sua realtà di figlio adottivo. I genitori adottivi devono affrontare una costellazione immaginaria molto complessa e tollerare la riattivazione di fantasie legate al loro romanzo familiare infantile. La capacità di contenere e trasformare questo intreccio di fantasie condiziona ed orienta la relazione parentale futura. A volte le difficoltà in questo processo di maturazione portano i genitori a fissare la loro angoscia sul problema della rivelazione delle origini (Kaës, 2000).

A questo proposito è fondamentale che gli operatori, in fase valutativa e formativa, approfondiscano i vissuti relativi alle famiglie naturali, spesso meta di proiezioni negative. Ad esempio, la richiesta da parte di molte coppie di adottare un bambino neonato, cela dietro sé il bisogno di avere un bambino “de-storificato” (Dell’Antonio, 1980), senza passato, tentando così di evitare il confronto, reale o astratto, con la famiglia di origine⁵. Una scelta basata sull’egoistico bisogno di filiazione può concretizzarsi in una relazione con il figlio adottivo, basata esclusivamente su dinamiche volte a confermare tale soddisfacimento. In altre parole, il figlio potrà assumere la funzione riparativa al trauma genitoriale pregresso; la nascita assumerà, pertanto, simbolicamente la funzione di guarire le ferite genitoriali, diventando un atto di compensazione al trauma irrisolto e non già un atto d’amore. Dopo la nascita potrà accadere che l’irrisolto dei genitori, o di uno di loro, si ripeta in modo intergenerazionale nel legame con il figlio reale (Zurlo, 2002). È importante evidenziare, inoltre, come le coppie, oggi, sempre più spesso scelgono di adottare un minore straniero sobbarcandosi oneri a volte ingenti⁶. Le ragioni di tale scelta vanno rintracciate all’interno di una serie di fattori contingenti, la cui concomitanza, riscontrata negli ultimi anni, ha prodotto un aumento considerevole delle adozioni internazionali⁷. Fattori politici, culturali e sociali nonché aspetti legati ai cambiamenti epidemiologici della fertilità hanno probabilmente favorito un aumento dei casi di adozione nazionale, ma soprattutto internazionale – di grande importanza a questo proposito l’apertura delle frontiere internazionali⁸.

Va da sé, ovviamente, che oltre a queste motivazioni ne possono sussistere altre di carattere particolare: è possibile ipotizzare, ad esempio, che l’adozione di un minore di altra etnia possa essere annoverata tra le azioni razionali orientate al valore (Weber, 1974) che presentano i tratti di un o-

⁵ In realtà, anche se i bambini più grandi vivono la doppia appartenenza in modo più palese, anche i neonati prima o poi si dovranno confrontare, più sul piano ideale, con la loro doppia appartenenza.

⁶ Un dato significativo in merito riguarda gli elevati compensi che richiedono le Associazioni, che si occupano di adozione internazionale (molti migliaia di euro), e i costi che le coppie devono sostenere, per pagare il viaggio e la lunga permanenza nel Paese di provenienza del minore.

⁷ Solo nel 2000 le adozioni internazionali sono state 3115 contro le 1716 adozioni nazionali. Dati forniti dall’ISTAT.

⁸ I dati rivelano che, solo nel 1998, i minori in affidamento a strutture residenziali erano 14.936. Dati forniti dal Centro nazionale di documentazione ed analisi per l’infanzia e l’adolescenza (1998), *I Bambini e gli adolescenti fuori dalla famiglia. Indagine sulle strutture residenziali educativo-assistenziali in Italia, 1998*. Dossier monografico, n. 9, 141.

rientamento prosociale esplicito (Bramanti, 2000, 63). Nella realtà, tuttavia, molto spesso, dietro questa scelta si cela la volontà di tentare, con l'adozione internazionale, il "tutto per tutto", dal momento che procreazione naturale e adozione nazionale sono in precedenza fallite. È certo, comunque, che è la storia che si cela dietro ad ogni coppia che influenza la decisione di adottare (Rosnati, 1988).

Bramanti (2000), in una ricerca che ha tentato di approfondire proprio la componente prosociale della scelta adottiva internazionale, ha evidenziato come l'indicatore realmente sensibile alla capacità della coppia di "prendersi cura dell'altro" sia la tendenza spontanea alla partecipazione sociale e agli scambi amicali. In altre parole, le coppie che mostravano apertura al mondo esterno erano quelle che realmente adottavano con motivazioni altruistiche.

La genitorialità, nel caso delle adozioni internazionali, va attestata ancor di più, proprio perché l'impegno richiesto è superiore a quello necessario in caso di adozione nazionale. La diversità, già presente nel processo adottivo stesso, qui è accentuata in modo esponenziale dalle differenze culturali. A riguardo è interessante sottolineare un aspetto di grande importanza che è legato alle diversità sostanziali negli stili di accudimento della prole. Le coppie, infatti, quasi mai sono consapevoli delle difficoltà che comporterà la costruzione di una relazione parentale con un figlio di altra etnia. In India, ad esempio, i bambini vengono molto vezzeggiati, non vengono fatte loro molte richieste e spesso non viene contemplata la punizione come metodo educativo; allo stesso tempo, però, i bambini di "età scolare" (dai 6 ai 10 anni) vengono avviati precocemente nel mondo del lavoro, in quanto tenuti a contribuire al ménage familiare (Chandy, 1991). In Etiopia, i bambini vengono allevati tra divieti e proibizioni continui, spesso contingenti e incongrui; crescono insicuri e molto dipendenti (Zewdu, 1993). I diversi stili di attaccamento e di accudimento possono presupporre gradi diversi di coinvolgimento emotivo e modi diversi di vivere fisicamente la relazione (Hinde, Stevenson Hinde, 1990). Altro aspetto assolutamente da non sottovalutare riguarda le condizioni di vita dei bambini: la stessa idea di "bambino" viene stravolta da modi diversi di concepire l'infanzia. Spesso può essere assai problematico tracciare un confine tra bambino piccolo e bambino grande: basti considerare che nei Paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina per le emergenze sociali croniche, i bambini vengono inseriti presto nella catena produttiva – è il caso dell'India – o comunque viene spesso chiesto loro, fin da piccoli, di provvedere autonomamente a se stessi – è il caso dei Paesi in guerra (Dell'Antonio, 2000).

3. I figli dell'adozione

Il bambino dichiarato adottabile rappresenta il co-protagonista del processo adottivo. Le esperienze passate del bambino, la sua etnia, la sua età sono tutti aspetti importanti da valutare ed osservare, al fine di tutelare concretamente il diritto del minore ad una famiglia. Il primo aspetto di cui tenere conto – e da sottoporre all'attenzione dei genitori – riguarda le condizioni emotive dei bambini spesso deprivati affettivamente e fortemente carenti dal punto di vista della capacità relazionale⁹.

“Quando l'incontro avviene tra la coppia e un neonato, tende a prevalere una relazione corporea ed istintiva, caratterizzata da aspetti non verbali, capacità di regressione e contenimento dei nuovi genitori; l'attenzione si concentra su eventuali reazioni di esasperata delusione (lunghi pianti) o entusiasmo (allegri sorrisi). L'approccio con un bambino più grande deve essere graduale e mediato da giochi, oggetti e persone a lui noti, come per esempio la presenza di un assistente sociale o di un educatore, eventualmente già conosciuti dal bambino. Con i ragazzi in età scolare è necessario procedere con maggiore cautela, favorire le prime ospitalità con brevi periodi di vacanza, rispettando la disponibilità del bambino e i suoi tempi di accettazione di un nuovo attaccamento” (Farri Monaco, Niro, 1999, 42). Inoltre, l'incontro con i genitori adottivi è permeato da un grande senso di estraneità, peraltro reciproca, che nel bambino induce forti paure ed ansie. “In questo periodo è possibile che il bambino metta in atto comportamenti aggressivi e provocatori per saggiare la capacità di accoglimento e la tenuta dell'ambiente familiare nei suoi confronti. Il bambino dovrà anche riconoscere il fatto che altri genitori siano subentrati a sostenerlo nel suo processo di crescita, accettando di aver perso i genitori biologici” (*ibidem*, 43).

Nel procedere delle fasi iniziali della relazione adottiva, il bambino può manifestare comportamenti di forte dipendenza dall'adulto, attaccamento esclusivo per il terrore di nuovi abbandoni, oppure atteggiamenti seduttivi verso l'adulto di sesso opposto, comunque tesi alla conquista di uno o entrambi i genitori adottivi, come tentativi di appropriarsi della nuova realtà e di esorcizzare la paura di altre separazioni. Soprattutto nei bambini più grandi possono manifestarsi condotte aggressive e ribelli, oppure estrema ubbidienza. In quest'ultimo caso si tratta di bambini “quasi finti” che non danno nessun problema alle famiglie, bambini che poiché nel passato non hanno potuto controllare gli eventi deludenti e tragici del mondo esterno, hanno imparato a tenere a bada le proprie pulsioni. Questo adattamento

⁹ Si rimanda alla letteratura per la trattazione in merito agli effetti della deprivazione materna sullo sviluppo della personalità del bambino.

passivo, tra i comportamenti reattivi è il più drammatico (Castelfranchi, Colajanni, 1992). Nel corso della crescita psicologica possono svilupparsi distorsioni relazionali, fino alla strutturazione di una personalità non autonoma e non autentica, fondata sull'imitazione, che in senso clinico viene definita "falso Sé" (Winnicott, 1965, in Farri Monaco, Niro, 1999).

"Bambini adottati più tardivamente, che soprattutto nei primi periodi di vita con la nuova famiglia si presentano senza apparenti difficoltà d'inserimento, dopo pochi giorni insieme ai nuovi genitori, cominciano a esprimersi con qualche parola nella lingua degli adottivi, imitano gesti ed espressioni mimiche e sembrano 'cancellare' ciò che apparteneva alla loro vita precedente. Questi comportamenti gratificano molto i genitori, che li investono narcisisticamente anche in maniera intensa, facilitando la nascita del rapporto tra loro" (Galli, 2001, 26). Si osserva, però, che in bambini gravemente deprivati, il protrarsi di questa modalità relazionale, rende difficile il raggiungimento dell'autonomia e quando più tardi vengono portati in consultazione, quello che emerge è una tendenza alla concretezza, una difficoltà nella espressione dell'aggressività, una scarsa capacità di simbolizzazione, derivate dall'utilizzo prevalente dell'adesività (*ibidem*). A questo proposito, Corominas (1993) sostiene che esistono diversi livelli evolutivi di imitazione che vanno da quello difficile da differenziare dall'identificazione adesiva, a quello più evoluto, importante in quanto favorisce i nuovi apprendimenti. Osservazioni cliniche hanno dimostrato che eventuali disfunzioni comportamentali e cognitive possono produrre disturbi dell'apprendimento, che in caso di adozioni si ritrovano frequentemente (Farri Monaco, Niro, 1999); questo disturbo è legato al vincolo profondo, in età evolutiva, tra affettività e desiderio di apprendere (Bion, 1972; C. Pontecorvo, M. Pontecorvo, 1986). La storia antecedente l'adozione è, dunque, una storia inevitabilmente traumatica. È una storia, però, che non può e non deve essere cancellata in quanto parte integrante dell'identità del figlio adottivo (D'Andrea, 2000).

Procedendo nel percorso di strutturazione della famiglia adottiva si deve porre poi attenzione a come si vanno strutturando le stesse dinamiche familiari tra coppia e bambino. Tale legame genitori-figli si costruisce attraverso un precoce processo d'incontro e adattamento (Darchis, 1999): *a*) incontro tra bambino reale e genitori, che deve avvenire grazie ad una connessione di tipo simbolico, per opera della coppia, tra il bambino immaginario e il bambino reale esterno – il prevalere del bambino immaginario creerà un legame fusionale adesivo; *b*) sviluppo di un processo di adattamento del genitore e di assunzione del proprio ruolo all'interno del legame di filiazione, che comincia ad instaurarsi – è questa la fase in cui si possono avere intense proiezioni; *c*) adattamento materno ai bisogni reali del

bambino. Questo è probabilmente il primo compito della famiglia: instaurare una relazione affettiva partendo dal riconoscimento reciproco.

A livello psicologico l'adozione costituisce un processo che, a partire dai bambini e dalle aspettative di ciascuno dei protagonisti, porta nel tempo alla definizione di un assetto relazionale, all'interno di coordinate spazio-temporali, che disegnano i ruoli reciproci ed i percorsi possibili di ciascuno. Tale assetto può essere descritto quale esito della stipulazione di un "patto" – con aspetti sia consci sia inconsci – che definisce il particolare incastro di ciascuna famiglia adottiva (Greco, Rosnati, 2000¹⁰).

È opportuno fare poi delle riflessioni aggiuntive sulle adozioni internazionali sia perché il fenomeno è decisamente in aumento, sia perché le problematiche presenti nei minori risentono necessariamente anche della diversa origine etnica e razziale¹¹. Per queste ragioni in caso di adozioni internazionali, anziché usare il termine "doppia appartenenza", è forse più appropriato parlare di una "triplice appartenenza": la famiglia naturale, la famiglia adottiva e l'etnia, la grande famiglia "cultura". Anche se, in realtà, famiglia e cultura fanno parte di una stessa realtà, nella relazione adottiva l'identità etnica del minore sembra assumere quasi un terzo polo cui doversi riferire. Le origini familiari possono essere "sostituite" da quelle adottive, pur nel sacrosanto rispetto delle prime. L'identità etnica può trasformarsi ampliandosi in identità multi etnica, ma non sostituita del tutto, soprattutto se il colore della pelle ogni giorno la ricorda. I bambini italiani adottati, pur avendo una doppia appartenenza genitoriale e probabilmente sociale, possono però condividere con i genitori adottivi una serie di norme ed elementi culturali che accomunano gli italiani: lingua, usanze, costumi, ecc.

Anche se quest'assunto varia in rapporto all'età dell'adottato, è pur vero che le fondamenta dell'identità culturale di ogni individuo sono talmente radicate, che verosimilmente anche un bambino molto piccolo ne ha già traccia dentro di sé. A questo si aggiunge la precocità con cui i bambini – è ormai accertato – sviluppano le capacità cognitive e adattive; tale fatto fa-

¹⁰ Rosnati e Greco (2000) hanno individuato mediante un'interessante ricerca diverse tipologie di patti affettivi tra genitori e coppie: Patto di Riconoscimento e Valorizzazione delle Differenze; Patto di Assimilazione Reciproca; Patto Imperfetto; Patto di Negazione; Nessun Patto. In Bramanti, Rosnati (2000), *Il patto adottivo*, FrancoAngeli, Milano.

¹¹ Nella trattazione, qui di seguito riportata, si fa differenza tra etnia e razza per necessità di distinzione tra due ordini di problematiche. Con i termini correlati alla parola "etnia" si fa riferimento al substrato culturale, mentre con quelli inerenti alla razza, di conseguenza, ci si riferisce alle diversità di razza e alle conseguenti diversità somatiche. In realtà è necessario tener conto che nella fattispecie tale divisione è artificiosa.

vorisce l'interazione con il mondo esterno sin dai primissimi mesi di vita (Schaffer, 1977; Stern, 1995).

Bambini italiani e genitori adottivi italiani possono in definitiva contare a priori su di un substrato culturale comune e condiviso, che non crea ostacoli di sorta. Nel caso dei bambini provenienti da altri paesi, che raramente sono neonati, questa radice culturale comune viene meno comportando problemi di comunicazione tra le parti, disorientamento e smarrimento nel bambino. Il primo problema da gestire è quello, a volte dato per scontato, della comunicazione, non solo verbale, ma anche gestuale e mimica. L'ovvia conseguenza di questa diversità linguistica è un'enorme difficoltà a capirsi: il bambino parla o conosce una lingua, il resto delle persone che lo circondano ne parla un'altra. "La questione si complica se si riflette sul fatto che la comunicazione, in qualsiasi parte del mondo, veicola vissuti, sentimenti, informazioni sulle esigenze e le aspettative di ogni persona. Ne consegue, per tutti, un tentativo di utilizzare le modalità relazionali, apprese nel passato, per decodificare ciò che l'altro esprime, con la possibilità di entrare in una spirale di equivoci e malintesi, che possono disturbare lo stabilirsi del rapporto interpersonale e lo sviluppo di appropriate forme di comunicazione reciproca" (Dell'Antonio, 1994, 21-22).

Altro problema è il grande senso di estraneità (Dell'Antonio, 1994) che questi bambini provano verso ogni cosa che li circonda: tutto è nuovo e soprattutto tutto è diverso. Questo mutamento di ambiente, oltre a confondere il bambino, comporta una totale perdita di punti di riferimento e una conseguente incapacità a prevedere qualsiasi aspetto della nuova dimensione, anche l'elemento più "neutro" può avere ripercussioni emotivamente forti sul bambino (*ibidem*).

"Infine, la presenza nel nuovo mondo di valori, norme di comportamento, abitudini di vita, diversi da quelli del paese di origine, portano il bambino ad una perdita totale di punti di riferimento sociali; norme alle quali viene chiesto al bambino di adeguarsi, ma che, non corrispondendo a quelle apprese, richiedono che egli possieda – per poter conservare il grado di autogestione raggiunto ed ottenere contemporaneamente quell'appoggio e quell'approvazione di cui ha bisogno in un contesto riconosciuto – risorse che egli spesso non è riuscito a sviluppare nel contesto affettivamente carente in cui è vissuto. La marcata differenza di contesti e di interlocutori fa sì che al bambino di diversa etnia vengano a mancare, più che al bambino della stessa etnia o razza, gli strumenti per prevedere le reazioni dei nuovi genitori ai suoi comportamenti e che, pertanto, egli sia meno in grado di controllare gli eventi e di partecipare attivamente alla loro determinazione. Per i bambini che hanno già sperimentato un grado più o meno elevato di autonomia tutto questo può diventare motivo di grave frustrazione e di di-

minuzione dell'autostima: per bambini più piccoli o con personalità fragile e/o insicura ciò può essere invece causa di ulteriore sconcerto e confusione" (Dell'Antonio, 1994, 22-23).

Queste differenze, al momento dell'adozione, diventano ostacoli giganteschi, che devono essere superati con attenzione e molta pazienza. Le coppie si trovano, infatti, di fronte a bambini che, in rapporto ai minori italiani, hanno un livello di maturità estremamente diverso: sono molto più autonomi e in grado di auto gestirsi, soprattutto se educati in tal modo. Le ripercussioni sullo stile educativo, che le coppie si prefiggono di utilizzare – in quanto è il modello cui i componenti della coppia sono stati esposti durante l'infanzia – e sulle aspettative possono essere molto deludenti.

Esistono differenze tra bambini di diverse età, questo è ovvio, ma nella maggior parte dei casi c'è comunque una discrepanza notevole, ancor di più se questi bambini provengono da paesi del terzo mondo, dove hanno dovuto fare i conti con la sopravvivenza. Non a torto questi bambini vengono spesso definiti "adulti bambini". Un altro aspetto di non minore importanza riguarda la grande diversità tra i vissuti della coppia e quelli del bambino adottato. Al di là delle varie problematiche, infatti, la coppia vive l'adozione con sentimenti tutti positivi e ricchi di "belle" speranze: adottare vuol dire avere finalmente il figlio a lungo desiderato. Per il bambino, invece, l'adozione non rappresenta necessariamente una "salvezza". I motivi che spesso inducono i familiari o le istituzioni a dare in adozione il minore, nel terzo mondo, non riguardano l'abbandono del minore, ma riguardano spesso motivi di natura economica: i bambini vengono dati in adozione, perché appartenenti a famiglie talmente povere che un'altra bocca da sfamare non può essere soddisfatta (Fadiga, 1999). Questo allontanamento forzato del bambino, quindi, ha come altra conseguenza il fatto che l'allontanamento non è motivato da mancanza di affetto o considerazione. Il minore viene allontanato, quindi, da una famiglia, genitori e fratelli, che non vuole abbandonare. I vissuti depressivi legati alla perdita, è indubbio, non favoriscono il nuovo legame parentale-filiale, anzi lo pongono in serio pericolo (D'Andrea, 2000; Galli, Viero, 2001; Dell'Antonio, 1994).

Un bambino che non vuole ricominciare una nuova vita con i genitori adottivi, è mal disposto, oltretutto, a mettere in atto sforzi per adattarsi all'ambiente e alla neo-famiglia. In certi casi egli può erigere un solido e sottile muro tra sé e la coppia: apparentemente adattato, in realtà egli è imprigionato simbolicamente nella vecchia relazione naturale perduta. A questo proposito Henry-Polacco (1987) definisce "doppiamente deprivati" quei bambini gravemente carenzati, che hanno appreso dalle circostanze a fronteggiare le loro ansie, con il distacco emotivo e con il rifiuto di qualsiasi altro legame.

Le coppie che si trovano a dover affrontare queste situazioni spesso, sbagliando, cercano di stimolare il bambino ad adattarsi al nuovo ambiente, non comprendendo che l'indifferenza per la nuova vita è legata ad altro (Dell'Antonio, 1994). Pur comprendendo questa legittima volontà dei coniugi, è tuttavia necessario che essi tengano conto dei tempi evolutivi del figlio, che sono lenti e gradualmente¹². Ci sono coppie che sottopongono il figlio ad un'esposizione repentina ai nuovi modelli di vita, causando confusione, aggressività e tensioni (Viero, 1991) o in bambini più piccoli l'evitamento del contatto con l'adulto (Field, 1977). Ci sono, invece, coppie che scelgono la strada opposta alla precedente: l'evitamento totale del contesto socio-ambientale, sono spinte, cioè, a isolare il bambino da qualsiasi rapporto con l'ambiente esterno. Il tentativo di proteggere il figlio ha però delle conseguenze ancora peggiori. Bambini cui vengono limitati i contatti sociali non sviluppano competenze sociali adeguate, per poter affrontare un giorno in modo autonomo un problema che esiste realmente nella società in cui sono stati portati a vivere (Rosenberg, 1979). In secondo luogo, è stato dimostrato che i figli, cresciuti in famiglie iperprotettive, acquisiscono molto tardivamente le competenze sociali, rispetto a quelli cresciuti in famiglie più equilibrate (Baumrid, 1973).

In aggiunta alle diversità etniche, poi, possono subentrare anche problematiche legate alla diversità dei tratti somatici, in questi casi la cura della differenza (Bramanti, 1999; Regalia, 1999) diventa uno degli aspetti più importanti della cura parentale, poiché tocca aspetti del bambino fondanti la sua identità. Il colore della pelle non è realmente un problema insormontabile, ma esso non può essere sottovalutato o sminuito, soprattutto in una società, come quella italiana, che soltanto oggi e ancora a stenti sta diventando multirazziale. Le differenze somatiche tra figlio e genitori adottivi non devono quindi essere ignorate o lasciate in secondo piano. Sormano (1991) riporta uno stralcio di intervista rilasciato da un padre che, a questo proposito, può essere significativo: "...non mi piace che mio figlio si soffermi troppo davanti lo specchio. Adesso ha solo due anni e non si è ancora accorto che è diverso da noi. Ma non voglio che incominci ad accorgersene troppo presto, perché non sarebbe in grado di capirne i motivi. Quando sarà più grande vedremo...".

Il senso di appartenenza ad una razza, l'identità razziale in altre parole, si sviluppa molto precocemente (verso i quattro anni: K.B. Clark e M.P. Clark, 1974; Devey, Mullin, 1980): questo può creare anche in bambini

¹² Bisogna tenere anche in considerazione le tendenze regressive di questi minori, che vengono sradicati dalle loro origini e inseriti in un nuovo ambiente. Probabilmente questo comporta un piccolo-grande trauma.

piccoli problemi di immagine di sé e di identità, se entrando in contatto con persone di altra razza, si rendono conto della scarsa accettazione o di eventuali pregiudizi anche solo se rivolti ad altri della stessa razza (Dell'Antonio, 1994).

Quello che spesso non ci si aspetta dai figli dell'adozione di diversa razza è che la loro condizione paradossalmente è simile a quella degli adulti immigrati e non a quella dei loro figli: può quindi accadere che un figlio adottivo scelga una strategia di adattamento volta all'autosegregazione¹³ o all'apertura totale; potrebbe, da grande, sentire il bisogno di ritrovare le sue origini etniche e razziali o conformarsi a quelle nuove, sentendosi più europeo che non di un'altra razza. Mentre però l'immigrato è praticamente solo ad affrontare tale situazione, il bambino può invece essere aiutato dalla coppia di genitori – che dovrebbero essere preparati a siffatta questione.

L'importanza di accettare la storia del bambino è qui fondamentale: comprensione, conoscenza e accettazione reciproca sono le “armi” migliori per crescere insieme. Purtroppo è difficile far convivere, a livello delle rappresentazioni mentali e affettive, due diverse identità. “I bambini di colore adottati, vedendo quindi spesso negato, oltre al loro passato, anche la loro appartenenza razziale si trovano a dover gestire la loro identità in una situazione di vita senza quelli che, se pur inadeguati per la loro crescita, costituivano gli unici punti di riferimento originari. Ma per chi viene adottato da genitori di altra razza e portato nel loro paese, la capacità di integrazione è ulteriormente diminuita dalla constatazione della propria diversità corporea rispetto agli stessi genitori, oltre che ovviamente rispetto a tutti, o quasi, gli appartenenti al contesto in cui ora vive” (Dell'Antonio, 1994, 58-59).

La rappresentazione della propria corporeità è un aspetto importante nella costruzione della relazione adottiva, soprattutto in relazione al formarsi di nuove certezze: così come la coppia si è riappropriata del corpo, così il bambino lo deve fare nella nuova famiglia. Le conferme che il bambino riceve sul piano fisico consolideranno la sua identità corporea e non lo faranno sentire come uno straniero nella terra e negli affetti che lo hanno accolto (D'Andrea, 1988). La diversità non negata, ma riconosciuta può essere anche vissuta come stimolo a crescere nell'orgoglio per la razza propria e altrui. Accettare la diversità permette di affrontare le difficoltà in modo obiettivo e non a negarle. Le diversità linguistiche, culturali, sociali si superano con lo scambio e la conoscenza reciproca. Ancora, l'esperienza

¹³ Questo tipo di strategia individuale comporta un totale isolamento dal contesto socio-ambientale in cui si vive con le ovvie conseguenze specifiche.

di perdita che il bambino può subire, può essere sanata da una rinnovata fiducia nel legame filiale e dalla riscoperta di un nuovo amore. Affinché questo avvenga i genitori dovranno dare supporto e far sentire al figlio la loro presenza reale e affettiva sempre, nelle difficoltà soprattutto.

Posto che i genitori siano senza pregiudizi e preconcetti, rimane il problema, di non poco conto, del mondo circostante la famiglia: parenti, amici, estranei fino ad arrivare al contesto scolastico.

L'incapacità a percepirsi in modo paritario può innescare una serie di reazioni a catena che sfociano in ansie, sensi di colpa del bambino che si sente non all'altezza e quant'altro. Purtroppo i pregiudizi e gli stereotipi razziali sono non solo molto radicati e diffusi nell'odierna società, ma anche molto difficili da cambiare. A questo proposito potrebbe essere utile per la famiglia adottiva e soprattutto per il bambino, scegliere luoghi d'incontro, gioco ed educazione, che dimostrino apertura e tolleranza verso le diverse razze. La scuola svolge un'importante duplice funzione: da una parte è incaricata di tutelare il benessere del minore e dall'altro può essere portatrice di nuovi modi positivi di "pensare l'altro".

4. La verità sulle origini

Una questione importante del discorso sui figli dell'adozione, riguarda la comunicazione al figlio adottivo delle proprie origini. Essa rappresenta il primo vero atto di costruzione della famiglia adottiva. La strutturazione dell'identità del figlio adottivo e la possibilità dell'adulto di riconoscere la propria identità di genitore adottivo sono legati alla capacità di riconoscersi nel racconto della storia del bambino e dell'incontro fra lui e i genitori (Guidi, Sessa, 1996). "Il compito evolutivo della famiglia adottiva è quello di portare avanti la storia delle generazioni, facendo diventare "familiare" un'origine diversa" (Bramanti, 2000, 17). Il primo compito della famiglia è, quindi, quello di tessere la trama del proprio romanzo familiare, includendo innanzi tutto il fatto di essere una famiglia adottiva. "Tale compito, però, non è sempre vissuto in modo sereno. L'informazione, infatti, mette la coppia a confronto con il senso profondo attribuito alla genitorialità adottiva e quindi al grado di elaborazione del proprio fallimento procreativo. È evidente che se per la coppia l'ereditarietà e il legame di sangue sono inconsciamente vissuti come unici requisiti di genitorialità, l'adozione sarà ritenuta come una falsa filiazione e l'informazione sulle origini e sulla storia sarà trasmessa in modo superficiale ed ambiguo" (Farri Monaco, Niro, 1999, 46). Il concetto di ereditarietà negativa pesa a volte in modo persecutorio nella mente di alcuni adottanti, spingendoli a temere una madre ve-

ra che continui ad esistere in qualche parte del mondo (Bal Filoramo, 1993; Santanera, 1984). Questi vissuti fantasmatici, più facilmente testimoniati dalla diversità somatica dell'adozione internazionale, producono talvolta un'eccessiva insistenza nel ricordare ai bambini di essere nati altrove e quindi la loro diversità, gravando sulla relazione affettiva e sulla dinamica familiare. L'informazione, in altri termini, è un problema per quei genitori che non hanno ancora accettato completamente la loro sterilità e la conseguente filiazione adottiva, rivelando tratti ansiosi ed insicuri (Santi, 1984). Secondo Soroski, Baran e Pannor (1975) parlare di concepimento e del background ereditario del figlio mette molto a disagio i genitori adottivi insicuri: questi ultimi, infatti, tendono ad interpretare la curiosità del figlio per le proprie origini come indice del loro fallimento personale nel ruolo di genitori e come prove di insoddisfazione, di delusione o, addirittura, di ingratitudine da parte dell'adottato.

Al di là delle iniziali difficoltà, è fondamentale sottolineare che il racconto non deve essere una cronaca, esso deve essere il racconto di una verità narrabile (Guidi, Nigris, 1993). La costruzione di questa verità è la risposta a due bisogni: il bisogno dei genitori adottivi di essere legittimati come unici e veri genitori di quel figlio non partorito e il bisogno del bambino di essere figlio di quei genitori e non di quelli biologici (Guidi, Sessa, 1996). Si comprende, in tal modo, che la costruzione di una storia comune non è necessario che sia costruita su fatti obiettivi, ma, essendo legata a quella particolare famiglia adottiva, è piuttosto connessa all'esperienza comune e condivisa dai componenti del nucleo adottivo. La verità costruita attorno ai sentimenti, alle emozioni e anche alle paure risulta essere il miglior modo; trasmettere il desiderio che ha portato all'adozione può risultare più proficuo rispetto a dati impersonali come notizie di colloqui e selezioni.

Chiarita l'importanza della verità e la sua natura, resta ancora da chiarire un dubbio: qual è il momento giusto per dire dell'adozione?

C'è chi ritiene che, prima dei cinque-sei anni, i bambini non siano in grado di comprendere il significato del concetto di "essere adottato" (Brodzinsky *et al.*, 1995); "c'è chi considera difficile individuare a priori un tempo giusto e idoneo, ma che, tuttavia, esistono delle occasioni in cui è il bambino stesso a lanciare significativi messaggi sul suo bisogno di conoscenza, rispetto ad una verità inconsciamente intuita, più che razionalmente sollecitata" (Farri Monaco, Niro, 1999, 22). Per quanto riguarda il modo con cui comunicare, l'esperienza clinica ha dimostrato che l'utilizzo di parole come veicolo di emozioni è il miglior modo per raccontare la verità e trasmettere tutto quello che di buono questa verità porta con sé. Può essere interessante, ad esempio, trasformare un momento come questo in uno spazio ludico in cui, attraverso metafore e favole, si significa la realtà

(questo è chiaramente anche legato all'età in cui si sceglie di comunicare l'origine al figlio).

5. La ricerca

5.1. *Obiettivi della ricerca*

Pur nel contesto di una ricerca qualitativa compiuta grazie all'incontro con alcune coppie di genitori adottivi, il **primo obiettivo** – compatibilmente con l'esiguità del gruppo di riferimento – è stato quello di verificare il grado di coinvolgimento delle famiglie adottive nelle dinamiche disfunzionali o problematiche e, in associazione a questo, in quale proporzione i diversi fattori in gioco saturano la vita di queste persone.

In concomitanza alla conoscenza delle diverse storie familiari, si è cercato di comprendere le motivazioni sottostanti alla presenza di problematiche irrisolte, naturalmente se presenti. E poiché si ritiene che l'intervento psicologico, nelle diverse fasi, costituisca un importante fattore di successo e di protezione del processo adottivo, la ricerca si è prefissata di approfondire, come **secondo obiettivo**, le modalità attraverso cui, nella prassi, tale sostegno si è realizzato, principalmente in rapporto alla percezione che le coppie hanno di tale apporto specialistico.

Infine, l'analisi delle dinamiche familiari attorno ai concetti di accettazione e “inglobamento” delle due diverse storie familiari – quella della coppia e quella del bambino – in un'unica narrazione affettiva personale ed irripetibile, in unione all'importanza che questa storia assume nella creazione di un “patto adottivo” (Greco, Rosnati, 2000), ha fornito l'impulso ad utilizzare la dimensione dei “confini familiari” come parametro clinico di riferimento. Pur nella diversità delle problematiche, infatti, è emerso che laddove sia riscontrabile un'integrazione tra passato e presente, siano anche presenti dei confini familiari definiti e comprensivi della storia del figlio adottivo. In altre parole, se il nucleo adottivo si costruisce attraverso la storia che lo ha portato all'adozione – impersonando tale sequenza di eventi nella presenza della famiglia d'origine del bambino, della famiglia estesa della coppia e dello stesso intero nucleo adottivo – questo può voler significare un superamento di tutti quegli eventi negativi che hanno “causato” l'adozione. Il **terzo obiettivo**, quindi, si è prefisso il compito di comprendere se, effettivamente, l'inclusione della famiglia di origine dei figli adottivi potesse essere un efficace parametro clinico.

5.2 Una breve parentesi sul gruppo oggetto di ricerca: perché solo la coppia?

Sarebbe stato opportuno compiere la ricerca cercando di conoscere adulti e bambini nei diversi momenti dell'adozione proprio nel riconoscimento che l'adozione vede contemporaneamente più protagonisti ed ha una natura processuale. Nella prassi della ricerca, però, si è dovuto fare i conti con una serie di implicazioni pratiche che hanno alla fine orientato la ricerca esclusivamente sull'incontro con le coppie di genitori adottivi.

Sinteticamente si ritiene opportuno descrivere tali risvolti pratici, al fine di chiarirne le motivazioni che hanno ridotto a circoscrivere l'analisi ai genitori adottivi in essere e spiegare le modalità metodologiche della ricerca stessa.

Si sono escluse dalla ricerca le coppie in adozione per lo stato emotivo in cui esse si trovano. In questa fase del processo adottivo, infatti, le coppie vivono uno stato di scoramento e di tensione tale da rifiutare qualsiasi forma di indagine supplementare a quella che, come le stesse coppie sentono, devono subire per legge. L'aspetto obbligatorio ed il clima giudicante, che si respira in queste fasi, inducono le coppie a diffidare da altre indagini. Inoltre, durante lo svolgimento delle pratiche per l'adozione, sono attuali talmente tanti problemi, che un approfondimento retrospettivo delle problematiche sulla condizione di infertilità, ad esempio, o sulle aspettative e paure legate all'adozione risulterebbe inattuabile. La scelta di parlare con le coppie mediante l'ausilio di un'intervista semi-strutturata richiede un certo grado di elaborazione e distacco emotivo, che proprio in questo periodo non è ancora realizzato. A quest'ultima considerazione si lega anche il motivo che ha spinto a non intervistare i figli adottivi prima e dopo l'adozione: essi, infatti, in relazione all'età e al grado di maturità affettiva e cognitiva, non sarebbero in grado di gestire un'opportuna elaborazione della loro storia di figlio abbandonato, prima, e adottato, dopo. A questa considerazione, si aggiunge poi il fatto, riscontrato anche durante le interviste, che i genitori adottivi tendono a tutelare molto i figli da questo tipo di indagine, soprattutto se piccoli, proprio in relazione alla paura di risvegliare in loro qualche vissuto problematico irrisolto o ancora attuale.

Non incontrare i figli adottivi è indubbio che abbia portato a tralasciare indicatori importanti per la ricerca. Nella consapevolezza di questa rinuncia, si è tentato di sopperire a tale assenza con una serie di domande rivolte proprio alla conoscenza della storia dei bambini, attraverso gli occhi dei genitori adottivi. Questo, oltretutto, ha permesso di approfondire la sensibilità che questi ultimi possiedono rispetto all'universo relazionale ed emotivo dei figli, ottenendo in tal modo degli importanti indicatori rispetto alla

capacità genitoriale, in particolare alla capacità empatica di riconoscere la sofferenza della condizione di figlio che è stato abbandonato. Inoltre, in tal modo, non si è persa del tutto la dimensione familiare nel suo complesso.

Altra difficoltà di una ricerca orientata verso l'intero nucleo familiare, attiene primariamente alla diversa natura degli strumenti utilizzabili, che differiscono a seconda se si tratti di adulti o bambini e in rapporto all'età stessa di questi ultimi, e, in secondo luogo, concerne la gestione di interazioni familiari complesse e difficili da coordinare in un contesto di ricerca, quale quello svolto. La gestione delle possibili, se non probabili, reazioni negative ad alcune domande dell'intervista da parte delle coppie, richiede un impegno ed una preparazione che in caso di bambini è ancora maggiore, proprio in relazione alle forti dinamiche emotive o difensive che si potrebbero innescare.

5.3. Metodologia di ricerca

5.3.1. L'intervista semi-strutturata

Per approfondire la conoscenza delle coppie si è scelto di somministrare un'intervista semi-strutturata che ha permesso di dare spazio alla soggettività delle esperienze adottive, pur mantenendo una traccia uguale per tutti. L'intervista è composta da sette sezioni per un totale di 38 *items*¹⁴. Ogni sezione cerca di approfondire un diverso aspetto della storia della coppia adottiva:

- *sezione dati anamnestici*, con domande sull'età dei coniugi, sul loro status socio-economico e sulla loro storia affettiva di coppia. Così facendo si è cercato di individuare alcune variabili basilari della condizione di famiglia adottiva;

- *sezione riguardante la scelta genitoriale e le problematiche legate alla sterilità* (se è stata motivo di adozione). Le domande di questa sezione hanno cercato di approfondire le dinamiche legate a monte della scelta adottiva;

- *sezione riguardante la scelta adottiva*, in cui si è cercato di fare emergere anche il contesto all'interno del quale è avvenuta la scelta di adottare e in che modo tale scelta si è esplicitata. Alcuni *items*, infatti, sono interessati ad approfondire l'eventuale ausilio di operatori;

- *sezione riguardante l'incontro con il figlio "reale"*, all'interno della quale ci si è prefissati di indagare sulle modalità vere e proprie di estrin-

¹⁴ L'intervista è riportata interamente nell'Allegato.

secazione dell'adozione. Si è cercato, cioè, di capire come la coppia ed il figlio adottivo hanno affrontato e vissuto questo periodo e, inoltre, se anche in questo caso, si è ricevuto una qualche forma di supporto professionale;

- *sezione riguardante un'eventuale seconda adozione* nel tentativo di comprendere le motivazioni che hanno portato la coppia ad intraprendere l'adozione una seconda volta;

- *sezione riguardante l'esperienza adottiva del figlio prima e dopo*, cercando di approfondire l'esistenza di una continuità tra passato e presente da un lato, e le esperienze vissute dal figlio in relazione al suo stato di figlio adottivo dall'altro;

- *conclusioni*, in cui con due domande meno specifiche, si è voluto lasciare spazio ad alcune considerazioni più personali.

L'intervista è stata somministrata congiuntamente lasciando che entrambi i coniugi gestissero i tempi e le modalità di risposta, questo anche per cercare di comprendere che tipo di dinamiche esistono all'interno della coppia. Inoltre, previo consenso della coppia, si è scelto di registrare le risposte per un duplice motivo: da un lato per poter fissare su nastro le risposte a volte lunghe senza perdere, dall'altro, gli aspetti espressivi della comunicazione, i quali rivestono una grande importanza, nonché fonte di notizie cliniche. Laddove il consenso non è stato fornito, si è proceduto alla trascrizione dell'intervista, durante la sua esecuzione.

5.3.2. "La doppia luna"

Il test "La doppia luna" di Greco (1999) è uno strumento che si prefigge di indagare la natura e la qualità dei "confini e delle appartenenze familiari"; è questo, infatti, il sottotitolo stesso del test.

Questo strumento è un test grafico di semplice esecuzione ma che, grazie alla sua natura proiettiva, permette di estrapolare molte informazioni. Tale test si innesta sulla linea di riflessione aperta, sia in ambito psicoterapeutico che di ricerca clinica, dal "Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare", versione italiana del test "Family Life Space" di Mostwin (Geddes, Medaway, 1977; Mostwin, 1980; Gilli, Greco, Regalia, Banzatti, 1990).

Nel caso della "doppia luna", però, è risultato utile individuare nuove modalità proiettive. Nello specifico, l'Autrice ha costruito il test pensando a quei "casi specifici in cui una persona sente di appartenere contemporaneamente a due o più contesti familiari e questa situazione è all'origine di un *conflitto di appartenenza*" (Greco, 1999, 26). È il caso delle famiglie segnate dal divorzio, dai nuclei in affidamento o adottivi nei quali sul piano concreto o simbolico si vive questa duplice o multipla appartenenza (*i-*

bidem, 1999). Il limite dell'utilizzo del "Family Life Space" in queste situazioni familiari è legato al fatto che esso permette principalmente di individuare su un piano orizzontale la distanza delle reciproche posizioni tra le persone, così come se le rappresenta il soggetto. Nella "doppia luna" il soggetto, invece, è invitato a tracciare egli stesso i confini della famiglia o delle famiglie secondo lui esistenti. Il test, infine, risulta più diretto e si rivela uno strumento che può mettere in risalto evidenze cliniche di grande rilievo, ma che proprio per questo può attivare, in alcuni casi, un uso massiccio di processi difensivi, soprattutto durante l'esecuzione congiunta.

Se il disegno è congiunto, come in questo caso, le persone devono collocarsi nella stessa posizione rispetto al foglio, ottimale risulta la posizione frontale. È prevista dalla stessa autrice la registrazione delle risposte. Nel disegno congiunto è stato necessario chiedere ai soggetti di numerare in sequenza i propri interventi per poter poi individuare le diverse fasi della costruzione del disegno.

L'operatore, al momento dell'esecuzione del test, indicando il rettangolo, dice:

"Questo rettangolo rappresenta il suo mondo, cioè quello che a lei interessa, le persone per lei importanti. Lo spazio esterno al rettangolo è tutto ciò che c'è al di fuori di questo mondo".

Le istruzioni prevedono cinque consegne successive:

1. "Disegni con un simbolo se stesso e si collochi dove vuole";
2. "Ora disegni, sempre mediante un simbolo, le persone per lei importanti e le collochi dove vuole. Le persone possono essere vicine o lontane, ma sono comunque importanti";
3. "Ora racchiuda con uno stesso cerchio le persone che, secondo lei, fanno parte della stessa famiglia. Può disegnare uno o più cerchi, come ritiene più vero per sé";
4. "Se avesse una bacchetta magica, cosa cambierebbe di questo disegno¹⁵?"
5. "Secondo lei, dove potrebbe essere collocato...?" (l'elemento mancante).

L'analisi del test si esplicita attraverso tre diversi tipi di valutazione:

- *valutazione globale*, che riguarda la prima impressione globale che il disegno suscita, le evidenze grafiche, il rapporto tra *vuoto* e *pieno*;
- *valutazione elementistica*, volta ad individuare una serie di aspetti come: la tipologia di simboli e le loro caratteristiche strutturali, la disposi-

¹⁵ Greco suggerisce, in caso di somministrazione congiunta, per l'intensità delle emozioni presenti intorno all'area dell'"elemento mancante", di invertire le consegne n. 4 e 5 (Greco, 1999, 35).

zione degli elementi sul foglio e nel rettangolo, chi viene rappresentato e che posizione occupa nella famiglia, la presenza dei poli del conflitto ed infine lo spazio riservato al desiderio;

- *analisi dell'interazione durante l'intervista* e la somministrazione della “doppia luna” del soggetto con l'operatore e viceversa, al fine di approfondire il tipo di relazione che si è andata strutturando.

5.4. I soggetti

L'incontro con le coppie, svoltosi nell'arco di un mese, ha permesso di ottenere molte informazioni interessanti, che meritano considerazioni attente. In relazione all'esiguità del gruppo intervistato – cinque coppie – è chiaramente irrealistico compilare delle statistiche o cercare di trarre delle informazioni generali di tipo quantitativo. Le storie, per altro verso, essendo state approfondite mediante l'ausilio di un'intervista, appaiono molto articolate e ricchissime di informazioni di interesse clinico e teorico. Proprio per tale complessità delle storie si è creduto che potesse essere opportuno fare, prima, un identikit delle coppie per conoscerne alcuni dati in generale e poi procedere ad una esposizione dei temi più salienti facendo un raffronto tra le varie situazioni.

5.4.1. Identikit delle famiglie intervistate

Coppia A:

- *Mario*¹⁶: 40 anni, laureato, svolge la libera professione.

- *Luisa*: 44 anni, laureata, non ha mai lavorato, si occupa a tempo pieno dei due figli.

- *Matrimonio* celebrato nel 1992.

- *Adottano* contemporaneamente i due figli nel 1998, in conseguenza dell'incapacità, peraltro inspiegata, a concepire un figlio per vie naturali.

- *Francesco*¹⁷: adottato a sette anni e mezzo, dopo aver vissuto un paio d'anni in Istituto. Al momento dell'adozione è, mi dicono i genitori, in condizioni psicofisiche gravi: malnutrito, problemi al cavo orale e alle a-

¹⁶ I nomi usati per indicare i protagonisti di questa, come delle altre storie, sono di pura fantasia.

¹⁷ Tutte le informazioni riguardanti i figli delle coppie sono estrapolate, qui come successivamente, dal racconto dei genitori. Pertanto è giusto prendere alcuni aspetti dell'esperienza di figli adottivi come frutto di un resoconto altrui.

denoidi, grave ritardo nello sviluppo cognitivo, praticamente non scolarizzato. Il bambino ha un ricordo molto presente della famiglia di origine. Al momento attuale ha qualche problema residuo con i coetanei e a scuola.

- *Umberto*: adottato all'età di due anni e mezzo, fratello biologico di Francesco. Al momento dell'adozione non è ancora completamente autonomo e non ha idea di cosa sia la suzione (beve il latte con il cucchiaino). Allo stato sembra non avere particolari problemi, è ben inserito in famiglia e a scuola. È a conoscenza della sua condizione di figlio adottivo.

- *Aspetti particolari*: adozione nazionale. Il Tribunale dei minori ha inserito Luisa e Mario all'interno di un progetto ambizioso di adozione "in tandem": la coppia, infatti, ha adottato due di quattro fratelli. Le altre due sorelline di Francesco e Umberto sono state adottate da un'altra coppia. Le famiglie sono state invitate dal tribunale a frequentarsi abitualmente per permettere ai quattro fratelli di crescere insieme.

Entrambi si mostrano, al momento dell'intervista, gentili e disponibili, in particolare Luisa. Acconsentono alla registrazione dell'intervista. L'incontro dura circa due ore.

Coppia B:

- *Gian Marco*: 44 anni, laureato, svolge la libera professione.

- *Rosanna*: 39 anni, laureata, svolge attività di ricerca presso un'istituzione pubblica.

- *Matrimonio* celebrato nel 1994.

- *Adottano* la loro figlia nel 1999 in conseguenza di una sterilità *idiopatica*.

- *Federica*: al momento dell'adozione ha poco meno di tre anni. Ha vissuto in Istituto per almeno un anno e mezzo. All'atto dell'adozione mostra un grande controllo delle reazioni emotive e allo stesso tempo una grande autonomia. Si adatta al nuovo nucleo familiare velocemente e senza grandi problemi. Al momento attuale è ben inserita in famiglia e a scuola. È a conoscenza della sua condizione di figlia adottiva.

- *Aspetti particolari*: Adozione internazionale dalla Romania. La coppia prima di questa adozione tenta la via del Brasile senza successo. Viene anche convocata più volte per un abbinamento nazionale senza esito positivo. Ha recentemente fatto richiesta per una seconda adozione.

Entrambi si mostrano, al momento dell'intervista, gentili e disponibili; solo inizialmente si evidenzia qualche resistenza nel parlare della sterilità. Acconsentono alla registrazione dell'intervista. L'incontro dura circa due ore.

Coppia C:

- *Vincenzo*: 69 anni, laureato, dirigente adesso in pensione. All'età di vent'anni ha perso l'udito a causa di una meningite¹⁸.

- *Roberta*: 62 anni, laureata, ha svolto attività di insegnante, adesso è in pensione.

- *Matrimonio* celebrato nel 1965.

- *Adottano* la figlia nel 1977, in conseguenza di problemi di fecondità di Vincenzo.

- *Costanza*: al momento dell'adozione ha dieci mesi, oggi ha 27 anni. All'atto dell'adozione la bambina è in ospedale per la frattura di un arto inferiore, per questo motivo loro la ricevono in affido dopo una settimana. Dopo questo incidente non ha avuto problemi fisici di altro genere, ma ha sofferto molto a causa del suo doppio cognome (Costanza viene adottata con l'adozione ordinaria del 1962). Al momento ha un impiego e sta per laurearsi in Lettere. Progetta di sposarsi. Attualmente è in cura presso una psicoterapeuta. È a conoscenza della sua condizione di figlia adottiva

- *Aspetti particolari*: adozione nazionale ordinaria, con almeno due anni di condizione a rischio per via della famiglia di origine. Costanza conosce alcuni componenti della sua famiglia naturale.

Roberta si mostra, al momento dell'intervista, gentile e disponibile, ma al momento di rispondere alle domande è sbrigativa e approssimativa nelle risposte. Vincenzo, anche se sordo, partecipa, ma in modo poco consona alla discussione; è portato, cioè, ad esprimere pensieri non attinenti alle domande poste. Ritengo fuori luogo la registrazione, il clima è teso. L'incontro dura circa un'ora.

Coppia D:

- *Luigi*: 51 anni, laureato, svolge la libera professione, sta andando in pensione.

- *Beatrice*: nessun dato disponibile¹⁹.

- *Matrimonio* celebrato nel 1984.

- *Adottano* le loro tre figlie intorno alla fine del 1980, Luigi non sa darvi la data esatta.

¹⁸ Durante l'intervista, per questo motivo, la moglie traduce con il linguaggio dei segni, dietro mio invito, le domande o le consegne del test e periodicamente riassume quello che lei stessa dice.

¹⁹ Beatrice non è presente all'intervista, perché si rifiuta di incontrarmi al momento di accordarsi per l'intervista. Accetto, comunque, di incontrare soltanto Luigi. Non chiedo informazioni su Beatrice esplicitamente.

Il motivo che li porta all'adozione è legato a problemi nel concepimento naturale; in particolar modo Beatrice presenta un restringimento delle tube. Tale disfunzione meccanica era risolvibile tramite un intervento chirurgico, a cui, però, Beatrice non si è voluta sottoporre.

- *Alessandra*: al momento dell'adozione ha circa cinque anni, vive da almeno due/tre anni in un istituto di suore. Tolta alla famiglia in modo coercitivo, ma, fino a quando non viene adottata, ha incontri settimanali con il padre. Sin da subito presenta manifestazioni di aggressività molto intense, è autonoma e poco ricettiva verso i coetanei. Durante l'adolescenza (oggi ha 20 anni) mostra aggressività molto forte, comportamenti sessuali disinibiti, disinteresse assoluto per l'istruzione (abbandona la scuola al primo anno di scuola media superiore), scarsa presenza di relazioni sociali significative. All'età di 16 anni, in conseguenza di una relazione amorosa con un uomo sposato, rimane incinta e abortisce. Luigi mi racconta numerosi episodi che denotano una condotta instabile. Non vive più in famiglia da una ventina di giorni a causa delle frequenti liti e scenate violente contro i genitori. Lavora. È a conoscenza della sua condizione di figlia adottiva, non parla mai della sua vita precedente all'adozione.

- *Simona*: al momento dell'adozione ha circa tre anni. È sorella naturale di Alessandra e per questo anche lei vive nello stesso istituto della sorella al momento dell'adozione. Ha un carattere mite e, da quanto dice il padre, docile e tranquillo. Al momento dell'adozione non presenta gravi problemi, se non per uno scarso background culturale e per uno scarso controllo di sfinteri e uretra (porta ancora il pannolino). Attualmente ha 18 anni, frequenta il quarto anno di scuola media superiore, non ha ancora progetti per il futuro. Ha una vita relazionale ricca e soddisfacente. È a conoscenza della sua condizione di figlia adottiva e ricorda poco della sua vita in istituto.

- *Carlotta*: al momento dell'adozione ha 12 mesi. Non parla, non cammina e non è autonoma. All'epoca vive in un altro istituto per neonati, in cui è stata collocata praticamente subito dopo la nascita. Non ha mai incontrato le sorelle Alessandra e Simona. È la prima ad essere inserita nel nuovo nucleo adottivo. Attualmente ha 15 anni, frequenta il primo anno di scuola media superiore. Da quanto racconta il padre sta entrando in fase adolescenziale: ribelle, poco interessata allo studio e molto alla vita sociale. Ha molti amici e nessun problema con i coetanei. È a conoscenza della sua condizione di figlia adottiva.

- *Aspetti particolari*: adozione nazionale di tre sorelle. Allontanamento voluto, tentato anche a livello legale, per la figlia più grande. Adozione estremamente problematica.

Luigi dimostra di essere molto motivato ad aprirsi e a confidarsi durante l'intervista. Acconsente alla registrazione. L'incontro dura circa due ore e mezzo.

Coppia E:

- *Fausto*: 43 anni, laureato, libero professionista.
 - *Giovanna*: 42 anni, laureata, insegna in corsi di formazione.
 - *Matrimonio* celebrato nel 1989, dopo alcuni anni di convivenza.
 - *Adottano* il loro figlio nel 1999 in conseguenza di una gravidanza extra-uterina, con conseguente perdita della funzionalità di una delle due tube, e di una disfunzione meccanica dell'altra tuba.
 - *Vittorio*: al momento dell'adozione ha 20 mesi, gattona, ma non cammina, non parla, presenta un certo ritardo nello sviluppo psico-emotivo. Attualmente non ha alcun problema, ha velocemente recuperato tutte le acquisizioni normali, anzi appare molto acuto e attento nei confronti dell'ambiente che lo circonda. Non ricorda niente del periodo vissuto in istituto. È ben inserito a scuola e in famiglia, è molto socievole e allegro. È a conoscenza della sua condizione di figlio adottivo.
 - *Aspetti particolari*: adozione internazionale dalla Romania. La coppia è stata convocata più volte per un abbinamento nazionale senza esito positivo. Ha recentemente fatto richiesta per una seconda adozione.
- Entrambi si mostrano, al momento dell'intervista, gentili e disponibili; in particolare Fausto è colui che parla maggiormente. Acconsentono alla registrazione dell'intervista. L'incontro dura circa due ore.

5.5. I risultati della ricerca

5.5.1. Sterilità: la motivazione più diffusa all'adozione

Cinque coppie su cinque hanno adottato in relazione alla loro incapacità procreativa. La scelta adottiva in tutte le coppie da me intervistate è, quindi, stata influenzata, in un modo o nell'altro, dalla sterilità.

D'altronde, come è anche logico aspettarsi, il ruolo svolto dalla sterilità in ogni coppia è stato decisamente diverso. Generalmente non è un argomento su cui le coppie, soprattutto le donne, amano soffermarsi. In due casi ho potuto constatare un quasi totale rifiuto a parlarne – Rosanna e Roberta – a causa, forse, del non voler riaprire questo argomento doloroso. In tutti i casi appare chiaro che il momento, in cui la coppia deve affrontare il

problema della sterilità, è connotato da una forte sofferenza, delusione ed una obiettiva difficoltà ad accettare tale situazione.

Anche se la coppia supera col tempo la perdita della capacità procreativa, questo è comunque un periodo in cui si soffre molto. Le donne sono quelle che risentono di più dei trattamenti medici e degli accanimenti terapeutici, necessari per avere un figlio. In due casi, durante l'intervista, emerge il fatto che l'inutile insistenza per una filiazione naturale è ciò che più di tutto ha spinto ad abbandonare tale via.

“Mi stavo ammalando con tutti quei farmaci, e poi l'ospedalizzazione e la medicalizzazione ti distruggono”, Luisa.

“Era inutile continuare ancora con la strada biologica, non ci sembrava giusto insistere con una maternità ed una paternità naturali”, Rosanna.

D'altro canto, soprattutto quando la storia adottiva è riuscita, tali vissuti di sofferenza si stemperano notevolmente fino quasi a diventare il loro contrario: “Con il senno di poi, siamo contenti di non aver avuto un figlio naturale; è stato così bello avere Vittorio, che non ci importa di non avere avuto un figlio naturale. Desiderare un figlio è bellissimo!”, dichiarano Giovanna e Fausto.

Nel caso di Giovanna e Fausto mi sembra che l'esperienza di sterilità si sia trasformata e risignificata col passare degli anni, ma potrebbe anche avere assunto un valore così positivo, in relazione all'effetto riparativo che ha assunto l'evento adozione.

Luisa (coppia A), mostrando una certa sensibilità nel riferire della scelta adottiva e del periodo precedente, afferma: “Mi rendevo conto che, prima di intraprendere l'adozione, dovevo accettare di non poter avere figli per vie naturali. Emotivamente ci vuole del tempo per accettare tutto questo. E poi mi rendevo conto che dovevo chiudere un capitolo della mia vita e poi aprirne uno nuovo con l'adozione”.

In quest'altro caso mi sembra che, nonostante Luisa nel racconto sia provata, la sterilità abbia ricevuto la giusta considerazione e un tempo di riflessione necessario ad evitare il legame troppo stretto tra sterilità e adozione.

Una sorpresa, rispetto anche alle mie aspettative sull'argomento, è stata rappresentata dagli uomini. In nessun caso ho potuto notare risentimento verso l'altro coniuge, in caso di sterilità specifica, o, per altro verso, dispiacere e residua tristezza verso la propria incapacità a procreare. Cinque padri su cinque hanno dichiarato e mostrato serenità, tranquillità nell'affrontare sia la sterilità che l'adozione. Tenendo conto del diverso modo di esprimere la propria sofferenza da parte dei padri – motivo per cui potrebbe non essere emersa tale problematica – resta il fatto che tutti e cinque hanno mostrato una grande naturalezza. Oltretutto, in correla-

zione con questa tranquillità, si è aggiunto il fatto che due padri – Mario e Gian Marco – hanno riferito che, anche prima della sterilità, avevano pensato all'adozione di un figlio. L'idea dell'adozione in questi casi è partita da loro, o quantomeno è stata da loro voluta fortemente. Appare interessante questo dato rispetto a quanto emerso dalla teoria.

La coppia certamente, nell'affrontare la sterilità, ne viene profondamente scossa. Ascoltando le coppie mi è sembrato di capire che il loro rapporto, però, risulta molto influenzato, oltre che dal tipo di legame precedente a tale scoperta, anche da ciò che accade successivamente.

Nelle coppie, cioè, in cui il legame mi è apparso saldo al momento dell'intervista, e dal racconto è sembrato che fosse tale anche in passato, la sterilità sembra non aver intaccato troppo l'equilibrio e se lo ha fatto, come nel caso di Giovanna e Fausto, tale riassetto si è realizzato velocemente. A questo si aggiunge che, sia nel caso di Giovanna e Fausto che in quello di Rosanna e Gian Marco – le coppie evidentemente più affiatate – l'adozione sembra essere riuscita e serena.

Nelle altre tre coppie, in cui tale legame sembra più vacillante al momento dell'intervista, nel caso di Luigi e Beatrice è distrutto completamente, la sterilità ha prodotto delle incomprensioni e delle crisi non superate. Anche in questo caso può influire il fatto che tutte e tre le coppie hanno avuto dei problemi con i figli. A questo proposito, il fatto di dover investire tutte le energie della coppia genitoriale sui problemi dei figli certamente va a discapito del legame di coppia, le incomprensioni aumentano alimentando un circolo vizioso pericoloso.

“Il rapporto di coppia cambia completamente, viene sconvolto dall'arrivo dei bambini e continua ad essere così ancora oggi. Non siamo più gli stessi, prima eravamo solo noi, adesso siamo in quattro”, Luisa.

“Da quando abbiamo adottato mia moglie non è più la stessa, già non era particolarmente predisposta alla maternità, con tutti i problemi che abbiamo avuto il nostro rapporto si è annullato”, Luigi.

Nel caso di Vincenzo e Roberta la frattura non è esplicita, nel senso che lei non ne parla e lui sembra non accorgersi di alcuni inequivocabili segnali: il più evidente dei quali si rinviene nel disegno di Roberta, nel quale, al momento di esprimere il suo desiderio, toglie il marito dal cerchio contenente madre e figlia.

5.5.2. L'attesa di un figlio

I risvolti emotivi che possono avere i “tempi dell'attesa” (D'Andrea, 2000) sono fra gli aspetti emersi in modo più evidente nelle interviste.

L'attesa riguarda sia il periodo in cui le coppie attendono l'idoneità e sia il periodo di tempo fra l'idoneità e l'adozione. Nel primo caso, tutto è evidentemente legato all'incertezza di ottenere o meno il desiderato attestato: la dichiarazione di idoneità all'adozione. Nel secondo caso, invece, l'attesa equivale all'attesa del figlio.

“Ti dicono tra un mesetto o due e invece ne passano quattro. Poi si entra in una dimensione diversa: mentre prima uno aspetta un figlio tramite il concepimento, adesso un figlio da qualche parte c'è già, magari sta anche male, è solo e tu non puoi farci niente. Uno passa così i mesi ad aspettare e a soffrire, trascorre il Natale nella tristezza di non poter dividere con un figlio questo momento”, Luisa

“L'avvocato a cui ci eravamo rivolti ci aveva garantito che quei due bambini – neonati – li avremmo presi prestissimo; [...] emotivamente uno si trova in una situazione di attesa, però si pensa che ci si è affidati a professionisti e si aspetta per mesi. A dicembre, per Natale, è stato come un lutto, tutti i vestitini pronti, la casa presa più grande per i gemelli... e poi dopo un anno ancora niente”, Gian Marco e Rosanna.

È interessante notare come vi sia, in queste coppie, il grande desiderio di poter condividere con questi bambini le feste, la quotidianità e di come essa per loro sia significativa di un legame. Ma è altrettanto significativo lo stato di sofferenza, in cui vivono sistematicamente queste coppie. I tempi dell'attesa, in questi casi, si dilatano in modo eccessivo e logorante, senza tener conto, oltretutto, del fatto che anche i tempi per il bambino non dovrebbero essere troppo lunghi.

In un altro caso, quello di Luigi, è interessante notare come la situazione si ribalta, invece, completamente: “Alla seconda convocazione in tribunale ci hanno detto che avevamo mezz'ora di tempo per decidere se volere tre sorelline contemporaneamente... avremmo avuto bisogno di più tempo, come si fa a prendere una decisione tale in così poco tempo? Ma avevamo paura di perdere il diritto all'adozione e abbiamo accettato!”.

Le esperienze vissute da questi aspiranti genitori sono emblematiche di una realtà in cui il valore del “tempo dell'attesa” è negato. Tempi troppo lunghi o totalmente assenti precludono la possibilità di creare l'importante connessione tra presente e passato e di maturare una giusta progettualità adottiva futura. L'impedimento è dato principalmente dal logorio che deriva dalle lunghe attese – è il caso di Gian Marco, Rosanna e Luisa – o dall'annullamento di tale attesa – è il caso di Luigi.

5.5.3. La natura della scelta adottiva

Come già accennato, la scelta adottiva avviene in conseguenza alla sterilità. Questo dato conferma quindi le statistiche che indicano una netta maggioranza di tali tipi di coppie.

È, però, anche presente un senso altruistico e un forte senso di famiglia in queste coppie. Ciò che si è colto nelle scelte adottive, posto come dato di fatto che il motivo scatenante sia stata la sterilità, un grande senso per la famiglia, un grande bisogno di completare l'unione di coppia con dei figli. Questo desiderio è molto intenso in tutti i casi, tranne in Luigi e Beatrice, sia per gli uomini che per le donne; addirittura, come già accennato, i padri adottivi sono fortemente coinvolti dall'evento adozione, a volte sono i primi artefici di tale scelta.

Per quanto concerne il senso altruistico, la consapevolezza, che molti dei bambini adottabili vivono in istituto, è presente in tutti i genitori; l'idea che l'adozione sia un mezzo per aiutare questi bambini è presente spesso. Manca, però, la chiarezza su ciò che può voler dire essere stati abbandonati.

Infine, si è cercato, pur nei limiti delle interviste effettuate, di rispondere all'interrogativo posto alla fine del secondo capitolo: le adozioni verso i paesi dell'Europa dell'Est sono aumentate in ragione del colore della pelle dei bambini?

È difficile poter effettuare una stima attendibile sufficiente a risolvere questo quesito, dal momento che solo due delle cinque coppie hanno adottato per vie internazionali. Si è cercato di rispondere, comunque, ponendo domande specifiche sia a loro, che alle coppie che avevano fatto dei tentativi, falliti, di adozione internazionale.

Nei due casi di adozione internazionale, entrambi dalla Romania, la scelta del paese è stata dettata esclusivamente dal fatto che l'associazione a cui si sono rivolti aveva contatti con la Romania. Rosanna e Gian Marco avevano in precedenza scelto il Brasile per gli stessi motivi, aggiungendo solo che "ci piaceva l'idea che dovessimo vivere con i bambini in Brasile per un po'... per conoscere il loro mondo". Analizzando i vari casi non si è riscontrato alcun pregiudizio, ma questo anche in virtù del livello socio-culturale elevato di tutte le coppie, che permette eventualmente di superare con maggiore facilità i pregiudizi propri e altrui (Rosati, 1988).

5.5.4. Il tema dell'abbandono nella famiglia adottiva

Tutti i figli adottivi delle famiglie intervistate hanno una qualche forma di problema legato all'abbandono.

Le problematiche emerse con maggior forza riguardano i vissuti dei bambini sull'abbandono e sul fatto di aver vissuto, di conseguenza, in istituto.

La storia che, a questo proposito, colpisce di più è quella di Francesco. Quando Mario e Luisa mi raccontano del suo stato di tristezza e dei suoi vissuti luttuosi, in relazione all'abbandono, sono talmente tristi che risulta difficile per me gestire tale situazione.

“Un giorno il bambino viene e ci dice che vuole tornare dalla sua famiglia (anche se non li frequentava da anni). Noi non sapevamo cosa dirgli e nonostante questo cercavamo di parlare con lui e di fargli capire che non era possibile, ma lui insisteva. Ci ha detto anche che si ricordava dove abitava con la famiglia di origine e che era in grado di condurci da loro. Francesco soffre moltissimo, ogni cosa che fa è segnata da un velo di malinconia, legata proprio a questo. Mi dice sempre che quando potrà cercarli, sarà ormai troppo tardi, perché loro saranno già morti”, raccontano Luisa e Mario.

E a questo si aggiunge il fatto che Francesco ha vissuto anni in un istituto, oggi chiuso, in cui non era stimolato, non mangiava e nessuno lo seguiva.

Anche gli altri figli hanno avuto almeno una manifestazione di sconforto per la loro condizione di figli adottivi. Ciò che è veramente significativo e che viene messo in discussione non è, però, il rapporto tra genitori e figli adottivi, ma il fatto di essere stati abbandonati. Nessun/a bambino/a mette in discussione il nuovo legame adottivo, ma allo stesso tempo non riesce a spiegarsi il perché di questa sua condizione. Tutti soffrono perché qualcuno li ha abbandonati e soprattutto perché non ne comprendono i motivi. Probabilmente sono più i bambini piccoli che hanno difficoltà, dal momento che crescendo è verosimile che sia più facile comprenderne le motivazioni.

Evidentemente ci sono delle differenze individuali nel modo di vivere e reagire all'abbandono, ma in tutti è presente.

Un caso mi ha particolarmente colpito: quello di Federica.

Rosanna mi racconta che proprio qualche giorno prima dell'intervista la bambina le ha detto: “Mamma, sai, ho capito una cosa. Che le mamme non si prendono solo cura dei bambini, ma vogliono loro anche bene!”. La bambina in istituto aveva imparato a chiamare tutte le operatrici con l'appellativo di “mamma”, quindi, quando è stata adottata avrà probabilmente pensato che Rosanna e Gian Marco fossero due “mamme” come le altre da lei già conosciute. Questi bambini non hanno un vissuto unico ed esclusivo della maternità e della paternità, non hanno idea che dietro le cure e l'attenzione ci possa essere anche amore. Federica lo ha capito all'età di cinque anni e lo ha significato con un'espressione così disarmante che non è necessario commentarla ulteriormente.

5.5.5. Altre problematiche dei figli adottivi

Colpisce il fatto che questi bambini, adottati tutti – eccetto Costanza e Simona – dai due ai cinque anni, abbiano vissuto in uno stato di “congelamento”. Alessandra e Carlotta non conoscevano il semaforo e qualsiasi forma di agglomerato urbano; Federica non aveva idea di cosa fossero strade, macchine e città; Umberto non conosceva né biberon né ciuccio; Vittorio non parlava, non camminava. Questi bambini vivono una dimensione scevra da qualsiasi contatto con la realtà, vivono anni in questo stato di semi assopimento, pronti per assorbire tutte le informazioni possibili al momento dell’adozione.

Vittorio, ad esempio, ha sfiorato l’autismo o qualcosa del genere: a quindici, sedici mesi – mi raccontano Fausto e Giovanna – non parlava, non camminava e non articolava neanche le gambe, fissava lo sguardo nel vuoto e non sentiva niente. Era incapace di qualsiasi forma di interazione con un’altra persona. Se questi genitori non lo avessero preso con loro, forse ciò che Vittorio aveva attuato come difesa dal desolato mondo esterno, lo avrebbe rovinato per sempre.

Altro terribile dato riguarda la scarsa cura, che emerge durante le interviste, per i bambini in istituto: molti parlano un dialetto strettissimo, con la conseguente difficoltà di inserimento scolastico; altri hanno difficoltà di espressione delle emozioni (il caso di Federica ne è un esempio).

Sono poco seguiti nell’istruzione e per niente aiutati durante il loro sviluppo. Per fortuna questi bambini, una volta inseriti all’interno del nucleo familiare adottivo, mostrano un recupero quasi immediato di tutte le tappe evolutive. Federica dopo un mese di adozione parlava italiano, sorrideva e giocava, cosa che ha conservato tutt’ora. Francesco ed Umberto hanno ancora alcune difficoltà, ma sembra che il peggio sia passato. Vittorio è oggi un bambino attivo, curioso e intelligente, socievole ed estroverso.

Per quanto riguarda i figli adolescenti non è emerso alcun dato che avvalorasse le correnti opinioni sugli effetti dell’adozione in adolescenza. L’unico dato attinente riguarda una reviviscenza dell’abbandono e delle problematiche connesse.

5.5.6. Il “sostegno” percepito dalle coppie

Il difficile rapporto tra operatori e famiglie è forse l’argomento più interessante ed è anche l’aspetto su cui si è cercato di fare chiarezza maggiormente.

Su cinque coppie soltanto due hanno svolto l’attività formativa vera e propria (questo dato vale per le coppie che hanno adottato dopo la legge 184). Indipendentemente dal corso di formazione, comunque, in nessun

caso l'attività professionale istituzionale è stata reputata pienamente soddisfacente. Precisamente gli unici che hanno apprezzato e riconosciuto professionalità, comprensione e atteggiamento empatico da parte di un operatore pubblico sono stati Fausto e Giovanna: "Quando abbiamo fatto il colloquio alla AUSL per l'idoneità, abbiamo conosciuto un'assistente sociale gentile, la quale, anche se stava valutando la nostra idoneità, lo ha fatto con discrezione e attenzione. Ci siamo trovati talmente bene che, quando abbiamo avuto qualche difficoltà, dopo l'adozione di Vittorio, siamo tornati da lei".

Per le altre coppie, e per la verità anche per Fausto e Giovanna – che hanno tuttavia riferito anche di esperienze negative –, può valere l'espressione "genitori allo sbaraglio". Quando hanno fatto il corso di formazione si sono sentiti valutati, giudicati, sminuiti nella loro funzione genitoriale futura e infine privati della loro stessa dignità.

"Quando uscivo da quegli incontri ero distrutta, piangevo il più delle volte, perché mi sentivo trattata come una criminale. In quel contesto l'attenzione è concentrata sui bambini che adotteremo, ma nessuno tiene conto di quello che proviamo noi", affermano Luisa e Mario.

"Nessuno ci ha mai detto niente, solo un giorno ci hanno fatto vedere la fotografia di Federica e ci hanno detto che, una volta andati in Romania, avremmo potuto trovarla con handicap fisici, dato che nella foto era seduta. Non abbiamo mai fatto nessun corso di formazione prima di andare in Romania, ma abbiamo letto tanti libri per prepararci all'adozione", dicono Rosanna e Gian Marco.

"Nessuno ci ha mai aiutato in niente, siamo stati lasciati soli in tutti i momenti, anzi dalle istituzioni abbiamo solo ricevuto delusioni. Un funzionario del tribunale ha dato il nostro indirizzo al padre naturale di Costanza, quando era ancora in affidamento pre-adoattivo, e lui si è presentato a casa dicendoci che voleva portarsela via. Abbiamo ricevuto intimidazioni e minacce e il tribunale l'unica cosa che ha saputo dire è stata quella di consigliarci di cambiare città se avevamo paura", spiegano Vincenzo e Roberta.

"Abbiamo fatto solo due o tre colloqui con dei giudici e forse uno con un'assistente sociale. Quando avevamo le bambine da poco, è venuta un'altra assistente sociale, che non ha fatto neanche una domanda sulle bambine; è venuta solo per espletare funzioni burocratiche. Dopo questo incontro niente, sono stato io a cercare qualcuno", dice Luigi.

"La psicologa che ci ha fatto il corso di formazione era indisponente, insopportabile, non piaceva a nessuno degli altri componenti del gruppo. Ci faceva delle specie di interrogatori, concentrati in pochissimo tempo, senza rispetto. È stata una esperienza pessima", racconta Fausto.

Le esperienze sono tutte di delusione, di solitudine soprattutto. Nonostante il senso di abbandono provato da tutte le coppie per non essere state

seguite, in molte di loro c'è il desiderio di confrontarsi con uno psicologo, ad esempio, al fine di parlare delle proprie difficoltà. In molte coppie c'è l'apertura necessaria ad affidarsi ad una figura competente per consigli, chiarimenti o anche solo per poter parlare della propria esperienza. Coloro i quali hanno avuto contatti con professionisti del settore, dopo l'adozione, lo hanno fatto privatamente.

“Ad un certo punto ci siamo resi conto che da soli non ce la facevamo; allora ci siamo rivolti ad una psicologa che ci ha incontrato e con cui siamo riusciti ad instaurare un rapporto di fiducia e a cui ci è parso giusto affidare i nostri problemi”, conferma Luisa.

“Mi sono rivolta ad un neuropsichiatra infantile, perché avevo paura che Vittorio avesse dei problemi, appena tornati dalla Romania. Poi in altre occasioni ho avuto modo di parlare con l'assistente sociale. Una persona carina e gentile”, dice Giovanna.

Negli altri casi spesso c'è una tale delusione per le figure incontrate che, nonostante la volontà di cercare aiuto, le coppie decidono di “arrangiarsi alla meno peggio”. “Non c'era nessuno che mi ispirasse fiducia, ho preferito leggere molto e scambiare idee, impressioni e tanto altro con altre coppie adottive. Partecipo regolarmente ad un forum su internet di genitori adottivi, in cui ho trovato amici e dove ho potuto confrontarmi tante volte”, è l'esperienza di Rosanna.

In questo caso è interessante notare che ciò di cui le coppie hanno veramente bisogno è vicinanza emotiva, possibilità di confronto senza sentirsi sotto giudizio. Gli uomini e le donne che adottano sentono la necessità di avere qualcuno vicino che li tratti con dignità e con considerazione. Quando questo non è trovato nelle figure specializzate, che dovrebbero rappresentare un punto importante di riferimento, o si evita di parlare o lo si fa con gli amici e le altre coppie.

“Quando ho pensato che avrei potuto affidare i miei problemi a qualcuno, non sono riuscito a ritrovare in nessuno degli psicologi che conoscevo qualcuno a cui dare fiducia”, racconta Luigi.

Nel caso di Luigi, però, è necessario aggiungere che né lui né la moglie sono stati in grado di valutare con attenzione i segni mandati dalla figlia maggiore, soprattutto. Nella loro storia c'è un evitamento costante dei problemi, cosa peraltro evidente nel test della “doppia luna”. Credo che non sia sbagliato ritenere che, in questo caso, la mancata ricerca di un aiuto sia stato rappresentativo di tale evitamento.

Nessuna coppia ha ricevuto una dichiarazione di disponibilità all'ascolto, nessuna famiglia ha tratto vantaggio dall'intervento psicologico svolto, nessuno, infine, ha sentito l'istituzione come una dimensione in cui poter ritrovare aiuto o figure disponibili. Giovanna e Fausto mi dicono che per-

sino l'impiegato, preposto a dare informazioni alle coppie, è stato con loro sgarbato e maleducato.

Queste constatazioni, che si sperava di non ritrovare in modo così diffuso, non fanno altro che confermare l'idea iniziale, secondo cui la dimensione valutativa finisce per saturare tutta la dimensione di sostegno possibile.

Si aggiunga che l'assenza sistematica e continua del sostegno non fa altro che appesantire la vita di queste persone che già devono tenere "a bada" moltissime altre ansie.

Dal resoconto delle coppie si è potuto constatare che, laddove è stato presente un tentativo di sostegno, esso è stato inquadrato all'interno di un setting costruito senza tener conto dei canoni adeguati, primo fra tutti quelli legati al setting di gruppo. Nelle riunioni per l'abbinamento nazionale, ma soprattutto durante i corsi di formazione, gli operatori non sono stati nelle condizioni di creare un clima necessario al confronto e all'esplicitazione di timori, da parte delle coppie.

"Stare con tutte quelle coppie era terribile. Eravamo tutti lì per adottare, tutti spaventati all'idea di sbagliare e tutti l'uno in competizione con l'altro. La stessa cosa è avvenuta quando ci hanno proposto di adottare Francesco e Umberto. Eravamo cinque o sei coppie in una stanza e il funzionario ci ha detto: 'Ci sono questi quattro fratellini. Abbiamo bisogno di due coppie...'", racconta Luisa.

È stato possibile, però, valutare l'importanza dell'eventuale supporto specialistico, considerando alcuni aspetti. Primo fra tutto il fatto che quando non è avvenuta una qualche forma di formazione, le coppie hanno mostrato idee e opinioni sull'adozione contraddittorie o frammentate. Anche se è stato necessario, ed artificioso, dividere gli argomenti trattati durante la prima parte, è possibile individuare un continuum tra i diversi fattori in gioco; è possibile cioè individuare, nella storia delle famiglie adottive, una serie di costanti e di elementi concatenati. Quando non vi è stato un apporto specialistico, si è notato che tale "filo continuo" mancava. Durante le interviste i genitori hanno parlato di vari episodi e eventi legati all'adozione, ma mai hanno collegato i diversi momenti in un'unica narrazione. Ogni evento è sconnesso al resto. E questo probabilmente porta a sottovalutare alcuni aspetti dell'adozione, primo fra tutti l'abbandono.

L'importanza della relazione di consulenza psicologica concerne anche soltanto la coppia: tutti i genitori hanno paura di sbagliare, sono fortemente insicuri, rispetto a quello che è il loro quotidiano ruolo genitoriale e hanno molte paure rispetto al passato. Se qualcuno desse loro comprensione e l'opportunità di chiarire i vari dubbi che li affliggono, probabilmente si eviterebbe che tali paure refluiscano sui rapporti con i figli.

Ciò che si sostiene fortemente con queste affermazioni e di cui si ha avuto conferma durante le interviste, riguarda il fatto che l'operatore non si deve sostituire al genitore, ma lo deve motivare, aiutare a superare un compito genitoriale, che, per quanto spontaneo e bello possa essere, è inevitabilmente diverso da quello naturale.

5.5.7. Il test della “doppia luna”

Nessuna coppia ha disegnato spontaneamente la famiglia di origine del proprio figlio adottivo. Questo vuol dire che l'importanza che tale dimensione ha è fortemente sottovalutata.

Dietro richiesta esplicita, in un caso soltanto – quello di Roberta –, la persona ha scelto di disegnare la famiglia di origine (fig. 3); in tutti gli altri casi le coppie hanno preferito limitarsi a parlarne.

È risultato assai difficile poter rispondere all'ipotesi fatta in partenza, perché probabilmente sarebbero stati necessari molto altri disegni per trarre delle considerazioni attendibili. I disegni hanno, però, fornito degli spunti interessanti, anche in riferimento a quest'ultimo argomento. Il primo fatto riguarda la ricchezza dei disegni: mi sembra di aver notato che quante più persone vengono collocate all'interno del rettangolo, tanto più questo è rappresentativo di una vita reale aperta, affettivamente gratificante. Questa considerazione, trova anche conferma in altri atteggiamenti significativi: disponibilità al dialogo durante l'intervista, capacità di instaurare legami affettivi efficaci e una buona capacità di comprensione degli stati d'animo altrui. Nei disegni di Mario e Luisa (fig. 1), Giovanna e Fausto (fig. 5), Rossana e Gian Marco (fig. 2) questo è molto evidente.

L'unica eccezione è rappresentata da Vincenzo che, nonostante abbia rappresentato persino il prete di fiducia (fig. 3), non ha mostrato nessun altro segno di apertura.

Ultimo dato di interesse generale, prima di parlare in modo specifico dei singoli disegni, riguarda la diffusa tendenza iniziale ad opporsi alla numerazione dei simboli disegnati. Tutti chiedono chiarimenti sulla natura di questa richiesta, preoccupati di dover fare una graduatoria degli affetti. In realtà, osservando i disegni ci si rende conto che, comunque, nella rappresentazione si rilevano delle graduatorie. In quattro casi su cinque, il primo posto è assegnato al coniuge o al figlio, dopo vengono tutti gli altri.

L'aspetto più interessante del disegno di Luisa è che lei si rappresenta come una lumaca e tutte le persone per lei importanti sono i fiori che adornano un campo. Il fatto di collocare tutte le persone all'interno di uno sce-

nario, qui un campo, in Rosanna è l'universo, mi sembra rappresentativo di un tentativo di integrazione del proprio mondo. Purtroppo in questo caso non è stato possibile chiedere nulla sulla famiglia di origine. La particolarità del disegno di Luisa sta nel fatto che intanto è l'unica a commentare il disegno e poi è l'unica che al primo posto mette un parente e non un figlio o il coniuge. Mi spiega che ha posto la sorella per prima perché è quella che al momento dell'adozione ha sentito più distante.

Nel disegno di Gian Marco mi ha colpito l'estrema semplicità dei simboli ed il fatto che ha posto la figlia all'ultimo. Si è scusato tante volte, dicendo di non avere capito la consegna – direi per avere distorto la consegna. In questo caso è stato difficile comprendere il perché di questo, dal momento che Gian Marco è anche uno dei padri che, prima della sterilità, era disponibile ad adottare.

Quando si chiede loro dove collocherebbero la famiglia di origine della figlia, rispondono: Gian Marco dentro il rettangolo – perché parte comune della vita di Federica – e Rosanna fuori – perché troppo lontana dal loro mondo. La presenza di rappresentazioni di amici, parenti, familiari sembra qui rispecchiare la tendenza all'apertura e alla disponibilità particolare di Rosanna al dialogo.

In realtà, come si vedrà qui di seguito, i disegni che colpiscono maggiormente per i loro contenuti e per l'evidenza con cui mostrano le problematiche presenti nella famiglia sono quelli delle coppia C e D.

Lo spazio del desiderio di Roberta è occupato dalla volontà di escludere il marito dal rapporto adottivo con la figlia Costanza. Dal canto suo Vincenzo, anche se sordo, dimostra capacità di comprendere, quando lo ritiene opportuno, poiché comunque legge le labbra, e nonostante questo stravolge le consegne, disegna mantenendosi lontano dalla moglie, senza curarsi né di me né di lei. I vissuti di delusione e sconforto provati da Roberta nei confronti del marito, soprattutto in relazione al suo carattere eccessivamente forte e prepotente, sono ben evidenti nella parte del disegno in cui Roberta rappresenta il marito come un robot. Altresì è evidente la tendenza accentratrice di Vincenzo. Va sottolineato che alla seconda consegna Vincenzo non disegna nessuno, dicendo: "tutti sono importanti e nessuno è indispensabile".

L'unica cosa, sinceramente, in cui mostra considerazione, è il fatto di disegnare, con delle frecce in interazione reciproca, madre e figlia. Durante l'intervista non evidenzia grandi segni di comprensione per la moglie e la figlia, anche quando emergono dei problemi attuali di Costanza. La grande sicurezza in cui vive Vincenzo e la determinazione del suo carattere, evidentemente, hanno spinto la moglie a riversare rancore verso di lui. Roberta mi dice anche che Costanza ha grossi problemi di comunicazione con il padre, non tanto perché sordo, ma quanto perché troppo sicuro di ciò che

dice e di ciò che ha fatto, senza ammettere di avere commesso degli errori. Su questo argomento, però, non emergono altre informazioni rilevanti. Per quanto concerne la famiglia di origine, Vincenzo la colloca, con evidente volontà di allontanarla, fuori dal rettangolo senza disegnarla; Roberta la disegna all'interno del rettangolo e traccia un cerchio che unisce la figlia con la famiglia di origine.

Il disegno di Luigi è quello che più di tutti colpisce. Luigi rappresenta se stesso come una caricatura e la moglie e le figlie come delle bambole senza anima. La dovizia di particolari usati per rappresentare se stesso non si ritrovano nelle rappresentazioni di moglie e figlie, infatti, vengono rappresentate senza volto.

Altro particolare del disegno di Luigi sono i cinque cerchi usati per rappresentare moglie, figlie e se stesso. Uno per ogni componente della famiglia. Inoltre, come evidente, disegna la figlia maggiore come la più lontana rispetto a sé, questo potrebbe essere ulteriore prova del forte senso di estraneità che Luigi sente nei confronti della figlia Alessandra.

Tale rappresentazione, alla luce della storia della famiglia stessa, è il modo che Luigi ha trovato per comunicare la sofferenza e il bisogno di prendere le distanze da tutto il resto. Disegnare, inoltre, un cerchio per ogni persona della rappresentazione, secondo l'autrice del test, è segno di un evitamento del conflitto.

È significativo, ad ogni modo, che all'interno della dimensione del desiderio Luigi collochi una intera famiglia. Quando viene chiesto dove potrebbe collocare la famiglia di origine delle figlie mi dice fuori, perché assolutamente non presente e con l'intento di allontanarla.

L'aspetto che colpisce di più nel disegno di Fausto e Giovanna è stato il fatto che entrambi si sono collocati fuori dalla famiglia e che Fausto ha espresso il bisogno di inglobare il disegno della moglie ed il suo in un unico cerchio alla consegna n. 4. Il tentativo della moglie di allontanarsi, viene subito impedito dal marito che è molto forte ed è colui che appare, nella relazione di coppia, colui che decide e gestisce gli equilibri. Nell'intervista parla quasi sempre lui, mentre la moglie in più occasioni si allontana.

Quando però chiedo a Giovanna e a Fausto di collocare la famiglia di origine di Vittorio, entrambi usano lo spazio nuovo, disegnato da Fausto, per includere la famiglia originaria del figlio. Forse, nel rappresentarsi al di fuori della famiglia, i due hanno rappresentato qualcosa di passato, che grazie alla ritrovata unione, si è risolto. I due mostrano oltretutto una grande complicità, durante l'esecuzione del test, prendono il disegno come un momento ludico in cui scherzare e giocare fra loro, cosa che mi pare significativa di un buon rapporto.

Nel caso di Vincenzo e Roberta, invece, i due sembrano ignorarsi a vi-

cenda. Chiaramente il maggior numero di anni di matrimonio può incidere su questo modo distaccato di trattarsi, anche se non lo si crede fino in fondo.

5.6. Cronaca di un fallimento adottivo

Si è tralasciato temporaneamente di parlare di Luigi, perché la sua è la cronaca di un fallimento. Nella storia di questa famiglia esiste solo sofferenza, frantumazione e delusione.

Luigi si sente un fallito, la moglie, a quanto mi dice lui, soffre di esaurimenti nervosi e se potesse tornare indietro non adotterebbe più. Le figlie sono considerate dal padre come dei surrogati del figlio ideale, nel senso che, pur essendo sue figlie, Luigi le reputa irrimediabilmente segnate dalle origini culturali da cui provengono. Alessandra, la figlia maggiore, dopo anni di provocazioni, di ripetute minacce di morte verso i genitori e le sorelle, dopo anni di sistematica volontà distruttiva è riuscita nell'intento: non vive più a casa con grande sollievo da parte di tutti.

Nessuno li ha aiutati e loro non hanno cercato nessuno per essere aiutati... "Pensavamo sempre che fosse normale comportarsi in quel modo...", dice, quando la figlia a sei anni sfondava le porte a calci, buttava i giocattoli dal tredicesimo piano e a scuola aveva "attacchi di pianto isterico", come li chiama lui.

La tristezza e la desolazione attorno a cui si è costruita la storia di questa famiglia la dice lunga su quali possono essere le conseguenze devastanti di un fallimento come questo.

Dopo aver parlato a lungo dei problemi di anni e della sofferenza che l'adozione ha causato a tutti, come è probabilmente ovvio, Luigi mi dice: "Se potessi tornare indietro probabilmente non adotterei più, o forse lo farei, pensandoci bene, ma non certo con una compagna come Beatrice e non nelle condizioni di questa adozione. Ritengo che, sicuramente, non accetterei più di adottare tre sorelline, specialmente una come Alessandra. Sento di avere perso tante cose. Sento di avere fallito su tanti punti. Pensavo che crescendo le esperienze della vita mi avrebbero arricchito e, invece, sono andato indietro. Ho praticamente smesso di lavorare per occuparmi delle figlie e della famiglia, quindi da questo punto di vista sono andato indietro. Il rapporto con mia moglie è inesistente e poco gratificante. Le mie figlie sono quelle che sono, anzi, sono anche contento di averne allontanata una. Qual è quel padre naturale che caccerebbe la propria figlia via di casa? Poi loro non hanno ambizioni e a me sembra che tutte le conquiste della mia vita siano state vane per me e per la mia famiglia".

6. Conclusioni

1. Per quanto riguarda il primo obiettivo della ricerca è possibile supporre che qualsiasi fattore può costituire un rischio per l'adozione o determinarne il suo successo. In particolare, dalla ricerca è emerso che sterilità, rapporto di coppia e scelta adottiva sono delle variabili importanti. Lo sono, però, anche il contesto familiare più o meno ricco e variegato e la capacità di condividere con il mondo esterno la propria realtà familiare. Per altro verso, è stato possibile constatare che è importante e significativo il ruolo svolto dai padri, dal momento che il loro coinvolgimento attivo nella vita familiare può facilitare il superamento dei problemi.

In tutte le famiglie si è potuto riscontrare naturalezza nel comunicare ai figli la verità sulle loro origini. Di contro, solo nei casi apparsi riusciti, tale disponibilità al dialogo è risultata essere un'abituale modalità relazionale tra genitori e figli. Negli altri casi, la gestione di eventuali problematiche è stata lasciata alle madri, ritenuti più idonee al confronto; i padri, dunque, sono apparsi poco coinvolti in questo tipo di rapporto genitori-figli.

Attraverso la conoscenza delle due storie di adozione internazionale non si è riscontrato alcun particolare problema connesso alla diversa nazionalità. I due bambini rumeni, pur avendo vissuto in istituti e pur avendo origini culturali e linguistiche diverse, si sono adattati al nuovo contesto ambientale senza alcuna difficoltà.

A questa osservazione, fa seguito la considerazione, però, che questi bambini hanno una origine razziale europea, ragion per cui evidentemente non hanno incontrato pregiudizi connessi al colore della pelle.

Un aspetto interessante, che vale la pena di evidenziare, consiste nel fatto che tutti i genitori, determinati altrimenti ad affrontare qualsiasi difficoltà, in caso di problematiche legate all'abbandono hanno mostrato, durante l'intervista, disagi evidenti. Credo sia possibile collegare a questa difficoltà la resistenza delle coppie a porsi il problema delle origini del figlio.

I genitori, inoltre, mostrano molte perplessità su quale debba essere lo stile educativo adatto, lamentando la mancanza di informazioni sulla vita passata dei figli, informazioni che potrebbe essere d'aiuto qualora si verificassero problematiche connesse ai precedenti vissuti.

2. Per quanto riguarda l'importanza del sostegno alle coppie e il tipo di sostegno ricevuto da esse si può affermare che esso è scarso e inefficace, povero di contenuti e fortemente influenzato dalla dimensione valutativa. Altresì è emerso dalla ricerca che esso ha una grande importanza e che è fortemente voluto dalle famiglie, che risentono della sua mancanza. Il tipo di intervento desiderato dalle famiglie sembra essere di tipo consultivo e di

sostegno emotivo e pratico, in particolar modo per quanto riguarda tutti i vari momenti dopo l'adozione vera e propria.

La mancanza di disponibilità all'aiuto e la perseveranza con cui gli operatori negano i diritti delle coppie, impone certamente una revisione dell'intervento sulla famiglia. Sarebbe opportuno, credo, che il corso di formazione si distacchi dal momento della valutazione, al fine di chiarire e supportare, in modo competente, le difficoltà e le paure che le coppie ritengono di poter incontrare o che incontreranno.

3. Il test della "doppia luna" ha permesso di arricchire le interviste con alcune informazioni soprattutto comportamentali e di rappresentazione, ma a mio avviso ha permesso di rivedere il tema dell'abbandono in una chiave di lettura più ampia. Tutte le coppie hanno escluso a priori la famiglia di origine, tutte le coppie hanno riconosciuto che la sofferenza del proprio figlio, rispetto alla sua origine di figlio abbandonato, è realmente difficile e straziante. È possibile considerare questi due aspetti insieme e affermare che la mancanza della famiglia di origine nel mondo delle coppie e la sofferenza del proprio figlio, nascondano una più profonda incapacità ad integrare passato e presente. Anche se è difficile poter avere prova certa di questo, chi ha posto dietro richiesta la famiglia al di fuori del rettangolo, è anche colui che ha mostrato maggiori difficoltà a ri-comprendere il passato nella storia adottiva.

Questo anche se non determinante per un fallimento, in associazione ad altri fattori può, certamente costituire un pericolo per la salute della famiglia e dell'adozione.

Riferimenti bibliografici

- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., 1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Cortina, Milano
- Andrews F.M., Abbey A., Halman L.J., 1993, "Changes in life quality as related to changes in parental status among fertile and fertility-problem couples", in *International Population Conference*, Montreal, 24 August – 1st September, Volume 2, International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP], Liege, Belgium, IUSSP, 165-176
- Auhagen-Stephanos U., 1993, *La maternità negata*, Boringhieri, Torino
- Bal Filoramo L., 1993, *L'adozione difficile. Il bambino restituito*, Borla, Roma
- Baumrid D., 1973, "The development of instrumental competence through socialization", in Pick A.D., ed., *Minnesota Simposia on Child Psychology*, vol. 7, University of Minnesota Press, Minneapolis, U.S.A.
- Bibring G.L. et al., 1961, "A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship", in *Psychoanalytical study of the child*, 16, 187-201

Se è una rivista togliere il nome del curatore

- Binda W., Greco O., Colombo T., 1989, "La nascita di un figlio nella trama di una famiglia estesa", in *Attraverso lo specchio*, 23, 61-86
- Bion W.R., 1972, *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma
- Bosi S., Guidi D., 1992, *Guida all'adozione*, Mondadori, Milano
- Bramanti D., 1999, "Scambio tra generazioni", in *Famiglia Oggi*, 3, in www.sanpaolo.org/fa_oggi00/0399f_o/0399fo42.htm
- Bramanti D., Regalia C., 1995, "Cura familiare", in Scabini E., Donati P., a cura di, *Nuovo lessico familiare*, in *Studi interdisciplinari sulla famiglia*, 14, Vita e Pensiero, Milano
- Bramanti D., 2000, "Essere adulti come e quando: uno sguardo al futuro", in Bramanti D., Rosnati R., *Il Patto Adottivo. L'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano
- Bramanti D., 2000, "Genitori adottivi, motivazioni all'adozione e orientamenti prosociali", in Bramanti D., Rosnati R., *Il Patto Adottivo. L'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano
- Bramanti D., 2000, "La cultura familiare e i valori di riferimento", in Bramanti D., Rosnati R., *Il Patto Adottivo. L'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano.
- Bramanti D., Rosnati R., 2000, *Il Patto Adottivo. L'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano
- Brodzinsky D.M., Lang R., Smith D., 1995, "Parenting adopted children", in Bornstein M.H., *Handbook of parenting. Status and social conditions of parenting*, Lea, New York, U.S.A.
- Castelfranchi L., Colajanni C., 1992, *Apprendere dall'adozione*, Il Pensiero Scientifico, Roma
- Chandy N., 1991, "Il diritto all'infanzia in India", in AA.VV., *Adozione internazionale tra norma e cultura*, Unicopli, Milano
- Cigoli V., 1995, "Il familiare: complessità delle forme o riconoscimento del legale?", in Walsh F., a cura di, *Ciclo vitale e dinamiche familiari*, FrancoAngeli, Milano
- Clark K.B., Clark M.P., 1974, "Racial identification and preferences in negro children", in Newcomb T.M., Hartley F.L., *Readings in social psychology*, Holt, Reinhart & Winston, New York, U.S.A.
- Corominas J., 1993, *Psicopatologia e sviluppi arcaici: saggio psicoanalitico*, Boringhieri, Roma
- D'Andrea A., 1988, "La coppia adottante", in Andolfi M., Angelo C., Saccu C., a cura di, *La coppia in crisi*, Itf, Milano
- D'Andrea A., 2000, *I tempi dell'attesa*, FrancoAngeli, Milano
- D'Andrea A., Gleijeses M.G., 2000, "I fattori di rischio dell'adozione internazionale: la famiglia che 'restituisce'", in *Terapia Familiare*, 64, 31-65
- Darchis E., 1999, *Maison et parentalité: faire son nid*, in *Le divan familial*, 3
- Darchis E., 2000, "L'instauration de la parentalité et ses avatars", in *Le divan familial*, 5, 27-42
- Dell'Antonio A.M., 2000, "L'identità dei ragazzi adottati di altra etnia", in *Pedagogika.it*, A. 4, 16, 24-27
- Dell'Antonio A.M., 1994, *Bambini di colore in affido e in adozione*, Cortina, Milano

- Dell'Antonio A.M., 1980, *Cambiare genitori: le problematiche psicologiche dell'adozione*, Feltrinelli, Milano
- Dell'Antonio A.M., 1986, *Cambiare genitori*, Feltrinelli, Milano
- Devey A.G., Mullin P.N., 1980, "Ethnic identification and preference of British primary school children", in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 241-245
- Di Vita A.M., Calderaro G., a cura di, 2001, *La tutela degli affetti. Psicologia e diritto verso un linguaggio comune*, Unicopli, Milano
- Fadiga L., 1999, *L'adozione*, Il Mulino, Bologna
- Farri Monaco M., Castellani P., 1994, *Il figlio del desiderio*, Boringhieri, Torino
- Farri Monaco M., Niro M.T., 1999, *Adolescenti e adozione. Un'odissea verso l'identità*, Centro Scientifico, Torino
- Fava Viziello G., Simonelli A., 2004, *Adozione e cambiamento*, Boringhieri, Torino
- Field T.M., 1977, "Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations of infant-mother face to face interaction", in *Child Development*, 48, 763-71
- Forcolin C., 2002, *I figli che aspettano. Testimonianze e normative sull'adozione*, Feltrinelli, Milano
- Galli J. 2001, "Indicatori di rischio e fallimento adottivo", in Galli J., Viero F., a cura di, *Fallimenti adottivi. Prevenzione e riparazione*, Armando, Roma
- Galli J., Viero F., a cura di, 2001, *Fallimenti adottivi. Prevenzione e riparazione*, Armando, Roma
- Geddes M., Medaway J., 1977, "The symbolic drawing of the Family Life Space", in *Family Process*, 16, 219-228
- Ghezzi D., Vadilonga F., 1996, *La tutela del minore, protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Cortina, Milano
- Gilli G., Greco O., Regalia C., Banzatti G., 1990, "Il disegno dello spazio di vita familiare", in *Quaderni del centro famiglia*, 9, Vita e Pensiero, Milano
- Greco O., 1999, *La doppia luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari*, Vita e Pensiero, Milano
- Greco O., Iafrate R., 2001, *Figli al confine. Una ricerca multimetodologica sull'affidamento familiare*, FrancoAngeli, Milano
- Greco O., Rosnati R., 2000, "Alla ricerca di un patto adottivo", in Bramanti D., Rosnati R., *Il Patto Adottivo. L'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano, 172-208
- Guidi D., Nigris E., 1993, "Il racconto delle verità narrabile nella storia adottiva: il linguaggio metaforico e il ruolo dell'operatore", in *Il bambino incompiuto*, 1, 29-42
- Guidi D., Sessa D., 1996, "La tutela del minore nell'adozione", in Grezzi D., Vadilonga F., *La tutela del minore*, Cortina, Milano
- Henry-Polacco G., 1987, "Quanto è difficile pensare e apprendere", in Boston M., Szur R., *Il lavoro psicoterapeutico con bambini precocemente deprivati*, tr. it. Liguori, Napoli
- Hinde R.A., Stevenson Hinde J., 1990, "Attachment biological cultural ad individual desiderata", in *Human development*, 33, 62-72

<p>Se è una rivista togliere casa editrice e città e mettere numero di pagine</p>

- Kaës R., 2000, "Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les istituzioni", in *Le Divan familial*, 5, 61-78
- Malagoli Togliatti M., Angrisani P., Barone M. 2000, *La psicoterapia con la coppia: il modello integrato dei contratti, teoria e pratica*, FrancoAngeli, Milano
- Matthews R., Matthews A., 1986, "Infertility and involuntary childlessness. The transition to non-parenthood", in *Journal of Marriage and the Family*, 48, 641-649
- Menning B.E., 1982, "The emotional needs of infertile couples", *Fertility and sterility*, 34, 313-319
- Minuchin S., 1974, *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, U.S.A.
- Mostwin D., 1980, *Life Space Approach to the study and treatment of a family*, Catholic University Press, Washington, U.S.A.
- Nunziante Cesarò A., a cura di, 2000, *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano
- Nunziante Cesarò A., Ferraro F., a cura di, 1992, *La doppia famiglia. Discontinuità affettive e rotture traumatiche*, FrancoAngeli, Milano
- Pontecorvo C., Pontecorvo M., 1986, *Psicologia dell'Educazione. Conoscere a scuola*, Il Mulino, Bologna
- Regalia C., 1999, "Convinzioni di efficacia filiale e prevenzione del rischio in adolescenza", in *Età evolutiva*, 64, 60-66
- Rosenberg M., 1979, *Conceiving the self*, Basic Books, New York, U.S.A.
- Rosnati R., 1988, *Motivazioni e aspettative delle coppie nei confronti dell'adozione: un'analisi empirica*, in *Il bambino Incompiuto*, 2, 77-97
- Santanera I., 1984, "L'informazione al figlio adottivo", in *Prospettive assistenziali*, 66, 16-18
- Santi G., 1984, *Adozione e sistema familiare: strumenti e tecniche di valutazione*, Giuffrè, Milano
- Scabini E., 1995, *Psicologia sociale della famiglia*, Boringhieri, Torino
- Schaffer R.H., 1977, *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccament*, FrancoAngeli, Milano
- Sormano E., 1991, *L'altra adozione: esperienze e riflessioni sull'adozione internazionale*, Giuffrè, Milano
- Soroski A., Baran A., Pannor R., 1975, "Identity conflicts in adoptees", in *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 7-17
- Soulè M., 1968, "Contribution clinique à la compréhension de l'imaginaire des parents. A propos d'adoption ou le roman de Polybe et Mèrope", in *Revue Française de Psychanalyse*, vol. XXXII, 3, 419-459
- Stern D. N., 1995, *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Boringhieri, Torino
- Turkelsen K.G., 1980, "Toward a theory of Family life-cycle", in Carter Mc Goldrick, *The family life cycle*, Gardner Press, New York, U.S.A.
- Vegetti Finzi S., 1992, *Il romanzo della famiglia, passioni e ragioni del vivere insieme*, Mondadori, Milano

- Ventimiglia C., 1994, *Di padre in padre*, FrancoAngeli, Milano
- Viero F., 1991, "Il vissuto di fallimento nei bambini stranieri e nei loro genitori",
in AA.VV., *Adozione internazionale tra norma e cultura*, Unicopli, Milano
- Weber M., 1922, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Mondadori, Milano
- Zewdu N., 1993, "Il diritto all'infanzia in Etiopia", in AA.VV., *Adozione internazionale tra norma e cultura*, Unicopli, Milano
- Zurlo M.C., 2002, *La filiazione problematica*, Liguori, Napoli

Allegato

DATA _____ COPPIA _____

A. Sezione dati anamnestici

- Et  moglie/Et  marito
- Luogo di nascita moglie/Luogo di nascita marito
- Comune di residenza
- Titolo di studio e professione moglie/Titolo di studio e professione marito
- Anni di fidanzamento
- Anno del matrimonio

B. Sezione riguardante la scelta genitoriale e gli eventuali problemi di sterilit 

- Quando e come   sopravvenuta la scelta di avere figli?
- Avete avuto difficolt  ad avere figli?
- In tal caso di che tipo? E chi dei due?
- Avete consultato un medico e intrapreso delle cure, prima di scegliere la strada dell'adozione?
- Come avete vissuto questo periodo? Quali sentimenti avete provato?

C. Sezione riguardante la scelta adottiva

- Quando   sopravvenuta la scelta di adottare?
- Avete chiesto informazioni prima di decidere?
- C'  stato accordo o l'iniziativa di intraprendere questa strada   stata presa da uno dei due?
- Qual   stato l'iter che avete seguito per intraprendere l'adozione?
- A chi vi siete rivolti per avviare le pratiche?
- Dopo quanto tempo dalla domanda di adozione avete ottenuto vostro figlio in affidamento?
- Come hanno considerato i vostri familiari questa vostra decisione?
(In caso di adozione internazionale)
- Siete ricorsi all'aiuto delle associazioni competenti?
- Avete ricevuto informazioni sull'adozione internazionale dagli operatori del settore?

D. Sezione riguardante l'incontro con il figlio "reale"

- Quando avete incontrato vostro figlio per la prima volta? Com'  andato questo incontro?
- Come si   svolto il periodo di affidamento pre-adottivo?

- Dopo quanto tempo è stata emanata la sentenza di adozione?
- Quali sono state le difficoltà o le cose positive che ricordate di quel periodo?
- Quali figure professionali vi hanno seguito in questa fase e in che modo?

E. Pluriadozione

- Come mai avete scelto di adottare un secondo figlio?
- Ci sono differenze tra la prima e la seconda adozione?

F. Sezione riguardante i figli adottivi (attraverso domande ai genitori)

- Che età ha/hanno vostro/i figlio/i?
- Quanti anni avevano al momento dell'adozione?
- Quali esperienze ha avuto vostro figlio prima di incontrarvi ed essere adottato da voi?
- Quando e come avete comunicato a vostro figlio la verità sull'adozione?
- Come ha reagito?
- Avete incontrato difficoltà nella crescita di vostro figlio?
- Vostro figlio ha mai avuto problemi con coetanei o amici per il fatto di essere figlio adottivo?

(In caso di adozione internazionale)

- Avete avuto problemi legati al colore della pelle di vostro figlio?
- Avete dovuto cambiare le vostre abitudini o il vostro modo di vivere in relazione a questo?

G. Conclusioni

- Avete mai avuto ripensamenti in merito all'adozione?
- Rivolgendo uno sguardo al passato c'è qualcosa che cambiereste?

4. Il corpo “smarrito”: ridefinizione dell’identità corporea nella coppia sterile

di Alessandra Salerno e Carmela Piccolo

1. Introduzione

La procreazione rappresenta una delle mete fondamentali dell’esistenza, poiché mettere al mondo un figlio, continuare la stirpe, è qualcosa che si lascia al mondo e dà perciò un senso d’immortalità; la sterilità, l’incapacità di procreare, è stata ed è considerata invece uno dei mali peggiori, un difetto, quasi una condanna.

Ancora oggi, nella cultura della nostra società, la fecondità è considerata come un dono e il suo opposto, la sterilità, una sorta di maledizione destinata a mutare irreversibilmente il vissuto sessuale e la vita coniugale: si tratta, infatti, di un evento paranormativo che ridefinisce certamente l’identità individuale, il rapporto di coppia ed il ciclo evolutivo del sistema familiare.

Secondo Flamigni e Mutinelli (2001), nella coscienza collettiva pare non avere alcuna risonanza il crollo della natalità, peculiarità emblematica delle società industriali avanzate, correlato di una forte caduta di fecondità; a tale realtà sociale si contrappone però, negli atteggiamenti individuali, un’ansiosa ricerca di un figlio, che denota la persistenza, nella coscienza di molti uomini e di molte donne, del bisogno profondo, primordiale, prepotente e irrinunciabile di procreare. La profondità di quel bisogno è provata dall’intensità delle reazioni alla mancata procreazione e dalla determinazione nella ricerca dei mezzi che possano riparare all’insuccesso.

Come evidenzia Di Vita (2002, 11), “la gravidanza assume, proprio in questo momento epocale, alcune interessanti valenze che hanno a che fare soprattutto con la scelta”; volere un bambino, da un lato, implica per i genitori una scelta in senso selettivo rispetto ad altri obiettivi che comunque ne consentirebbero la realizzazione personale, dall’altro diventa un’opportunità che le nuove tecnologie procreative ampliano e modificano.

Se “avere figli” può avere perduto l’antica valenza sociale, “fare un figlio” pare dunque conservare nella società di cui siamo parte, la primordiale rilevanza biologica e psicologica che ha rivestito in quelle che l’hanno preceduta e la sterilità individuale è vissuta come menomazione non meno dolorosa di quanto lo fosse nelle società più antiche (Flamigni, 2001).

Mentre la scelta volontaria di non procreare non compromette l’identità personale, essa viene drammaticamente investita dall’incapacità e dall’impossibilità di generare poiché, nell’esperienza della sterilità, il corpo sfugge al controllo individuale, proprio in un’epoca in cui le tecnologie e gli strumenti di cui la scienza dispone rendono possibile gestirlo e manipolarlo. Il desiderio di genitorialità, infatti, è legato all’identità, al divenire padre o madre, alla ridefinizione del proprio ruolo, al raggiungimento di una propria progettualità. In tal senso, la sterilità può essere considerata una crisi evolutiva che impedisce il passaggio ad un importante stadio del ciclo di vita, lo stadio della generatività, così come è stato definito e concettualizzato dal famoso psicologo evolutivo Erik Erikson (1984). Questo stadio è quello in cui la persona, ormai matura, sente il bisogno di creare e dirigere una nuova generazione; si tratta di un arricchimento insostituibile nella strutturazione dell’identità che, se viene a mancare, provoca una regressione al bisogno ossessivo di una pseudointimità, accompagnata da un senso di stagnazione, di noia e di impoverimento personale che si ritrova nei rapporti sessuali freddi e vuoti, mancanti di carica creativa, che spesso accompagnano le condizioni di sterilità (Casadei, 2003).

Dunque, ancora più pesantemente nella società odierna, in cui l’esperienza corporea e la certezza di un corpo esteticamente attraente e funzionalmente efficiente concorrono alla realizzazione personale, il mancato avverarsi di una gravidanza provoca un’alterazione dell’identità corporea, una ridefinizione del proprio sé corporeo, il cui esito dipende, oltre che dalla struttura caratteriale dell’individuo, dalle diverse cause implicate nell’eziopatogenesi dell’infertilità.

2. Aspetti organici e psicologici dei disturbi della fertilità

Si parla di sterilità quando una coppia prova ad avere un figlio da almeno un anno e non ci riesce. Si parla invece di infertilità quando la fecondazione avviene ma c’è l’incapacità di portare a termine la gravidanza fino a un periodo in cui la possibilità che il feto sopravviva sia garantita (Froggio, 2000).

I ginecologi, inoltre, tendono a distinguere tra una sterilità primaria, che

ha luogo quando non si è mai verificata una gravidanza, e una sterilità secondaria, quando la coppia ha già avuto uno o diversi concepimenti ma si trova nella situazione di non poterne più avere. Si distingue inoltre tra sterilità maschile, femminile e mista, a seconda che i problemi di concepimento siano a carico della donna, dell'uomo o di entrambi i partner.

Essendo numerose le possibili cause di infertilità, gli accertamenti clinici si estendono a largo spettro in tutte le direzioni, dopo aver opportunamente valutato la frequenza, i tempi dei rapporti e la presenza di difficoltà sessuali, dal momento che nella eziopatogenesi dell'infertilità, le componenti psicologiche e somatiche prospettano una varietà di combinazioni e lasciano scientificamente inspiegato un certo margine di casi.

Si distingue infatti tra sterilità organica, in cui il corpo viene tradito nella sua efficienza, poiché le cause dell'incapacità di concepire sono attribuibili a patologie funzionali o anatomiche a carico di uno specifico apparato corporeo, e sterilità inspiegata, idiopatica o sine causa, quando tutte le indagini mediche e gli esami di laboratorio hanno dato risultati negativi. Si sono fatte una serie di ipotesi circa le cause di quest'ultimo tipo di sterilità; tra queste un posto di rilievo assumono le cause psicologiche inconscie (Froggio, 2000). Nella sterilità sine causa, il corpo si rende muto, infertile, tradendo, in tal modo, l'esistenza, nella coppia, di un desiderio che è marcatamente conflittuale ed ambivalente (Nunziante Cesaro, 2000).

Da ricerche presenti in letteratura (Slade, 1981; Downey, McKinney, 1992) non emergono risultati chiari ed univoci sulle caratteristiche di personalità e sui conflitti motivazionali implicati nel desiderio di avere un figlio; gli studiosi sono piuttosto lontani dal consenso nel determinare il contributo che i fattori psicologici possono apportare all'infertilità per ciò che riguarda la sua eziologia.

3. Le reazioni psicologiche suscitate dal corpo sterile

La condizione di infertilità viene riconosciuta come una "crisi di vita" (Menning, 1975) che coinvolge, su diversi piani esistenziali, sia l'individuo che la coppia, dando luogo a vissuti di frustrazione, stress, senso di inadeguatezza e perdita. L'Autrice descrive una serie di reazioni che vanno dalla sorpresa e shock iniziali, al rifiuto, all'angoscia, alla collera, ai successivi sensi di colpa, di dolore e di perdita. Queste reazioni psicologiche possono influenzare lo stato d'animo dei coniugi, possono turbare i rapporti tra di loro e con il loro entourage amicale e familiare.

A livello di coppia, la "crisi di infertilità" può inficiare le sfere della comunicazione, dell'attività sessuale e dei progetti futuri e dare luogo ad una

condizione di conflitto e di isolamento sociale. Qualunque sia la condizione emotiva e relazionale prima dell'emergere di un problema di infertilità, il suo insorgere può esacerbare o attivare ex novo vecchi conflitti.

Per i coniugi, apprendere di avere un problema di fertilità rappresenta in genere uno shock poiché non erano preparati ad una evenienza del genere, che mette in crisi le loro convinzioni, i loro progetti e le loro speranze.

C'è anche un altro sentimento che si fa spazio, un sentimento che accompagnerà i coniugi durante tutte le fasi del processo di sterilità: il senso di perdita.

Conway e Valentine (1987) sostengono che alla sterilità si associano perdite importanti, alcune delle quali sono strettamente collegate alla sconfitta di quella possibilità procreativa che passa attraverso il corpo:

- perdita della continuità genetica;
- perdita dell'immagine di sé come persona fertile;
- perdita dell'esperienza della gravidanza e del parto.

Il concepimento biologico, infatti, è un processo che comporta profonde modificazioni corporali che, ristrutturando la percezione del sé corporeo, danno conferma di quanto si è, conferme che però non giungono quando il concepimento biologico risulta paralizzato e paralizza a sua volta quello psichico (Casadei, 2003).

Si tratta di un sentimento di perdita simile a quello che viene sperimentato quando si perde una persona cara, solo che, nel caso della sterilità, questa persona non è mai nata, non si piange la perdita di una persona che è stata ma di una persona che poteva essere, che era stata progettata, sognata. Tale perdita viene assimilata ad un vero e proprio lutto, che però non può essere elaborato facilmente perché è un lutto che non prevede rituali che lo celebrino, simboleggia una morte astratta, sancita dalla concretezza del limite del proprio corpo.

A tale vissuto, definito da Froggio (2000) "lutto stabile", si aggiunge quello che egli denomina "lutto mensile", soprattutto fra quelle persone che provano con ostinazione ad avere un figlio. Per queste persone, ammettere che possa esserci una difficoltà procreativa non è possibile, non è possibile lasciare passare nemmeno un minuto per riflettere, tanto sono prese dalla smania di nuovi trattamenti, di nuove terapie, il cui fallimento, decretato dal sopraggiungere del ciclo della donna, lascia spazio ad un lutto che ha una cadenza mensile.

"Ogni ovulazione rinnova quella speranza di fertilità che ogni mestruazione trasforma poi in delusione: la traccia del sangue simbolizza una ferita che il tempo non riesce a cicatrizzare" (Vegetti Finzi, 1997, 120).

4. Percezione corporea e sterilità

Il dolore per la mancanza di figli viene vissuto spesso come dolore per il corpo sterile; quando non giunge il concepimento tanto desiderato si inizia quasi ad odiare il proprio corpo: la mancanza del concepimento suggerisce una dichiarazione di incapacità fisica (Auhagen-Stephanos, 1993).

C'è, infatti, un legame forte tra corporeità e stati mentali: in generale i cambiamenti che si verificano a livello del vissuto corporeo comportano una modificazione del senso di identità del soggetto (Di Chiara, 1999), proprio perché è a partire dall'esperienza corporea e percettiva che il soggetto si costruisce (Merleau-Ponty, 1965).

Il corpo è identità e ogni ferita in una sua parte può portare a non accettarsi non solo come corpo ma come persona, con il rischio di smarrire il senso della propria individualità. Le modificazioni a livello corporeo comportano infatti una rielaborazione interna della propria immagine, una sorta di assestamento che permette di adattare il cambiamento a sé e di integrare ciò che è accaduto: per tale ragione la scoperta di eventuali difficoltà procreative può alterare la percezione di sé, del proprio corpo ed i meccanismi profondi dell'identificazione che stanno alla base dell'identità di genere (Vegetti Finzi, 1997).

Come "luogo psicologico", il corpo parla simbolicamente; *sym-bàllein* è "abolire la sbarra" (Galimberti, 1983), significa mettere insieme, abolire la separazione tra corpo e anima, tenendo presente che "le affezioni dell'anima alterano molto il corpo" (Di Chiara, 1999) e viceversa.

L'immagine corporea è qualcosa che il soggetto costruisce e non l'immagine fedele della sua morfologia; ogni cicatrice è una traccia indelebile, un ostacolo all'oblio, un segno che fa del corpo una memoria e mai una copia della ferita che esso porta inscritta su di sé, e questo è valido anche quando la cicatrice del corpo è il suo essere sterile.

Le rappresentazioni del corpo sarebbero, dunque, il risultato di un processo di riduzione della "dissonanza cognitiva" (Froggio, 2000) tra il corpo personalmente e culturalmente desiderato ed il corpo di cui si è in possesso: in tal senso, l'esperienza della sterilità crea una situazione dissonante a livello di vissuto corporeo, cui i soggetti rispondono attraverso una ridefinizione della rappresentazione del proprio corpo.

La coppia sterile si sente ammalata, ma, nella sfera psicologica, sentirsi ammalati significa essere ammalati; l'esperienza della sterilità spesso riesce ad assuefare la coppia, che comincia a ragionare in termini di sintomi, di curve della temperatura. Dopo il rapporto con il primo medico consultato, molti pazienti si adeguano a schemi che li trasformano in persone ammalate, costrette a cure gravose, indotte a rispondere meccanicamente ai

trattamenti, secondo stereotipi che impongono il rigetto di ogni pulsione interiore; così, cominciano a comunicare attraverso il linguaggio della pseudo-obiettività clinica, in nome della quale devono riferire al medico della conduzione delle prove e dei tentativi procreativi, senza parlare di quel mondo interiore che diventa una sfera sempre più estranea ai suoi stessi protagonisti (Flamigni, 1994).

È come se l'inattivazione dei fenomeni dell'origine della vita, a causa di un ostacolo biologico, avesse fatto in modo che le percezioni emozionali, culturali e simboliche, provenienti dal corpo della coppia, venissero fagocitate in un processo di "medicalizzazione". La coppia rivive quella che pare una condanna antica, si estrania da sé, rimette al sanitario il controllo del corpo, rinuncia a capire quanto in esso si debba compiere, come ha rinunciato a padroneggiare i contenuti emotivi di un'esistenza che le ha inflitto tanto dolore (Maggioni, 1997).

Sembra che le categorie psicologiche siano deboli ed insufficienti a esprimere un'esperienza di spossamento del genere, un'esperienza che si radica nella più esclusiva intimità; la difficoltà di esprimersi a parole riduce il soggetto con problemi della fertilità a vere e proprie comparse del proprio dramma. Ecco, dunque, che la sofferenza che non trova traduzione nel linguaggio verbale è costretta a manifestarsi attraverso il linguaggio organico; come insegna l'esperienza psicoanalitica, gli eventi traumatici non elaborati dalla mente, espulsi dalla porta della coscienza, tendono a ritornare dalla finestra del corpo, trasformandosi in un linguaggio difficile da interpretare, ovvero quello dei sintomi. Nelle coppie sterili non è infrequente l'insorgere di sintomatologie psicosomatiche, la regressione a stadi infantili o l'affermarsi di rituali ossessivi di controllo del proprio corpo (Vegetti Finzi, 1997).

La sterilità biologica sancisce proprio la morte della parte vitale di sé, quella che avrebbe fatto nascere un'altra vita, forse una delle più grandi prove del proprio esistere (D'Andrea, 2000), lasciando il proprio posto alla rappresentazione di un corpo mortifero, che spesso funziona, così come lo definisce Guyotat (2002) in un saggio psicoanalitico, da "oggetto persecutore", come il fantasma di un corpo di cui la sterilità ha infranto i supporti dell'ordine e della consapevolezza.

In tal caso, il biologico interviene come rappresentante del corpo mortale e può, in quanto tale, interrompere una trasmissione tra generazioni che potrebbe continuare senza difficoltà.

Il corpo che si vede negata la fertilità si percepisce come secco, arido, freddo, soggetto ad una colpa assurda; quando cade ogni speranza di diventare genitore, sembra che il mondo non abbia più bisogno di un organismo occluso alla trasmissione delle generazioni.

Nella sterilità, l'identità si incrina nell'alterazione delle coordinate spazio-temporali, quelle del Sé nel tempo e quella del Sé nello spazio, profondamente coinvolte nella procreazione (Flamigni, 2001).

Nella donna, durante la gravidanza, il Sé nello spazio si esprime in uno speciale senso di completezza che la fa sentire piena; l'impossibilità di ottenere una gravidanza può indurre la donna a percepire il proprio corpo, ed in particolare il ventre e l'utero, come "un ordigno a tempo", un insieme di elementi e potenzialità che possono dare felicità o sofferenza secondo i tempi e le combinazioni in cui agiscono, secondo leggi inafferrabili che possono essere controllate solo dalle misteriose conoscenze della medicina che, nella mente della coppia sterile, acquista i connotati di autentica alchimia. Le donne sterili iniziano a percepire il loro corpo come uno strumento e ne parlano come se si trattasse di un'auto danneggiata, ma di cui non possono capire gli ingranaggi; ed ecco che il medico, come il meccanico, viene incaricato di riparare la macchina della riproduzione che non funziona ed "affidando al medico il controllo sulla loro sessualità e sul loro corpo, le donne ne sottoscrivono la perdita, assumendo una posizione passiva" (Auhagen-Stephanos, 1993, 107). Le donne sentono di essere state piantate in asso dal loro corpo: il loro ventre vuoto, che non riesce a donare la vita, ha a che fare con la morte; queste donne sono tristi da morire perché "la nuova vita non ha alcuno spazio in loro" (Auhagen-Stephanos, 1993, 39).

Nell'uomo, fare un figlio realizza la continuità del Sé nel tempo, poiché il bambino costituirebbe la riedizione di sé, prova del permanere della famiglia nelle generazioni.

La sterilità impedisce queste realizzazioni fondamentali ed il soggetto sterile, uomo o donna che sia, sente che la vita fluisce al di fuori dei suoi confini somatici, ignorando la sua disponibilità ad accoglierla, "come avviene ad un isolotto sabbioso che la corrente del fiume contorna passando oltre" (Vegetti Finzi, 1997, 117).

Ogni disturbo fisico diagnosticato viene vissuto come una menomazione del corpo simbolico, dell'immagine di sé che ognuno si crea nella propria fantasia, in cui, però, non esiste alcuna divisione tra fisico e psicologico. La separazione viene creata artificialmente dalla medicina e viene riconfermata dal soggetto con problemi di fertilità, che, in seguito a tale diagnosi, vive un profondo conflitto con il proprio corpo. "Nel periodo di crisi delle mestruazioni, i pensieri di una donna senza figli ruotano solo intorno alla porta del bagno: lì attende rosso su bianco la sentenza del suo corpo spietato, lì si cercano tracce di vita o di morte" (Auhagen-Stephanos, 1993, 97).

Quando il desiderio di figli minaccia di assumere un ruolo dominante nella vita di una donna, allora esiste il pericolo di giungere ad una condi-

zione psicologicamente opprimente, che Auhagen-Stephanos (1993) definisce “sindrome da desiderio di figli”. Si tratta di un circolo chiuso di dolore provocato dal fatto che, tanto meno si riesce a tollerare il vuoto del proprio grembo, tanto più lo si trasforma in un profondo dolore interiore.

I crampi, la stanchezza ed i vari sintomi testimoniano meglio il completo spegnersi della gioia vitale che l'autrice definisce “sciopero del piacere” (Auhagen-Stephanos, 1993): l'espressione dovrebbe indicare che questo tipo di dolore è, seppure inconsciamente, selettivo: solo ciò di cui prima si godeva appare ora snaturato e privo di attrattive.

5. Identità di genere: l'incertezza di un corpo sterile

Il genere è un fattore fondamentale nel determinare le caratteristiche di personalità di una persona; non ci si riferisce, infatti, solo all'aspetto fisico ma anche all'identità sessuale e allo sviluppo psichico. L'essere sterile porta alla sensazione di non essere completamente donna o completamente uomo, e, dal momento che manca qualcosa, che il corpo non funziona come dovrebbe, tale vissuto sconfigge le antiche certezze, inclusa quelle relative alla propria identità di genere (Vaccaro, 2001).

La diagnosi di sterilità, perciò, rende ancora più importante il rivolgere l'attenzione a tutta la complessità di fantasie e sentimenti legati alla scelta procreativa, a tutti quei passaggi differenzianti e separativi e a quelle dimensioni psichiche che stanno alla base di ciascun progetto “riproduttivo”.

5.1. La signoria femminile dell'origine: la componente materna dell'identità e dell'immaginario femminile

La sterilità non è solo sofferenza per la fertilità negata, ma deve anche essere letta come ferita che provoca inevitabilmente il confronto con i “motivi” della maternità e che, pertanto, colpisce una funzione centrale della femminilità.

Prima dell'avvento della modernità donna e madre erano sinonimi; il ciclo della vita femminile era scandito dalla fecondità, che poteva essere potenziale per la fanciulla, attuale per la donna, ormai trascorsa per l'anziana: in ogni caso si attribuiva al corpo femminile una energia generativa (Maggioni, 1997).

La riproduzione umana si svolge comunque, indipendentemente dalle ere storiche, secondo un doppio registro: da una parte, si inserisce nell'autobiografia di una donna e ne è la sua irripetibile vicenda materna; dall'al-

tra, appartiene al tempo della natura, al susseguirsi ciclico delle generazioni, dove vita e morte si alternano attraverso i corpi, senza mai esaurirsi in nessuno di essi.

Già Freud (1975) aveva fornito gli strumenti concettuali per iscrivere la maternità nel processo stesso dell'identità femminile, proiettandola, in tal modo, oltre l'identità personale; egli rappresentava infatti, in forma poetica, la doppia temporalità femminile nell'affermare, ne *Il motivo della scelta degli scrigni*, che la figura femminile, nelle favole e nel mito, è sempre trina, perché condensa in sé la madre, la sposa e la morte.

La maternità è stata indagata successivamente attraverso una ricognizione dell'immaginario materno, una prospettiva più vicina al cuore segreto dell'esistenza femminile: si tratta di un'archeologia dell'immaginario femminile che sembra essere il perno del processo di identità che conduce la bambina, dapprima congiunta alla madre da una specularità simile, a divenire sé (Bonacchi, 1999; Vegetti Finzi, 1995).

Nel profondo della psiche, insomma, alla procreazione corrispondono archetipi ancestrali: la genitorialità è istinto profondo, iscritto nel retaggio del passato ma che persiste nella profondità del nostro essere. Così fantasie arcaiche di gravidanza popolano la mente dei bambini di entrambi i sessi fin dalla più tenera età, trovando espressione nei sogni, nei giochi, qualche volta anche nei sintomi (Flamigni, Mutinelli, 2001).

Tali fantasie, sogni, giochi, sensazioni, sono volti, sin dall'infanzia, alla preparazione di un "grembo psichico". Secondo Vegetti Finzi (1990), fantasticherie di partenogenesi popolano la mente delle bambine, le quali si sentono madri per semplice animazione dei loro fantasmi inconsci; l'immagine di quello che ella definisce "il bambino della notte", che prefigura il figlio che nascerà, non prevede alcuna coniugalità, in quanto è un prodotto del narcisismo infantile e dell'onnipotenza dell'inconscio; paradossalmente quindi, nelle vicende dell'immaginario, il pieno precede il vuoto, la madre la moglie (Laplanche e Pontalis, 1988).

La maternità, allora, non si riduce all'esperienza reale della riproduzione, alla sua dimensione ginecologica; essa è preparata sin dalla prima infanzia da figure e costrutti fantastici volti a presentificare il prodotto della gestazione ed ad anticipare nella mente il processo generativo nelle sue fasi essenziali di contenimento e di espulsione (Wyatt, 1979).

La donna, nel dare la vita, si confronta con il "mistero dell'origine", con quel luogo dell'origine che è il materno, una dimensione che, secondo Bonacchi (1999), esige di essere sperimentata attraverso il corpo. Quasi che il sentire per il tramite del corpo il farsi della vita costituisse una sorta di diretta immersione nel mistero dell'origine: è come se il corpo femminile potesse rendere, per questa via, l'origine stessa sensata e familiare.

Ferraro e Nunziante Cesaro (1985) definiscono “cavo” il corpo femminile, nel senso che esso possiede un organo, l’utero, funzionale al contenimento del feto e che rinvia in anticipo ad una possibile pienezza, rimandando, per tal ragione, ad un immaginario relativo ad una cavità uterina saturata da una precognizione del suo prodotto generativo. Ed è proprio intorno a questo gioco del vuoto e del pieno che si coordinano la libido sessuale e materna: vi è dunque nella donna una predisposizione all’esercizio della maternità che non può essere elusa.

Se il corpo femminile, eminentemente materno, è finalizzato alla procreazione in senso anatomico e fisiologico, la mente non può rimanere estranea ad un compito così coinvolgente (Vegetti Finzi, 1995).

Nell’esperienza concreta, gravidanza e parto contengono inevitabilmente, in misura minore o maggiore, qualcosa di perturbante, familiare ed estraneo al tempo stesso, cui, da sempre, l’esperienza femminile si avvicina ricercando nel corpo i principali termini conoscitivi, affermando ancora una volta il primato femminile sulla procreazione, la centralità del rapporto con il nascere della vita.

La discendenza femminile è segnata, infatti, oltre che da una linea temporale, da una implicazione spaziale che non ha l’eguale per l’altro sesso: le donne passano letteralmente dall’una all’altra, dalla madre alla figlia, attraverso una compenetrazione corporea che si rende evidente durante la gravidanza. Il conflitto tra “essere dentro” e “avere dentro” è particolarmente acuto nel corso della gravidanza, quando l’identificazione con il feto riporta la donna nella propria madre, presentificando una sincronicità tra l’essere contenuta ed il contenere che può risultare tanto rassicurante quanto perturbante, ma che, sicuramente, riporta in superficie la storia del rapporto con la madre. In tal senso, la gravidanza diventa il banco di prova, per ogni donna, del proprio appartenere al genere femminile (Matte Blanco, 1981).

Vista da questa prospettiva, la diagnosi di sterilità si abbina alla perdita del senso filogenetico dell’accoppiamento e della propria identità di genere, ponendo la donna al di fuori di quell’esperienza dell’origine che può essere suffragata solo dal proprio corpo e a cui, per tale ragione, non può aggiungere il senso della propria testimonianza (Vegetti Finzi, 1997).

Spesso la donna sterile tende ad estraniarsi dalle amicizie, ma si riavvicina alla madre, alleata, giudice e rivale nell’esercizio delle sue capacità procreative. Tale “ritorno nelle braccia della madre” si può capire se si considera quanto la condizione di sterilità esaspera conflitti ed insicurezze, comunque presenti nella donna, nei confronti della maternità e della femminilità: il turbamento delle due forme di identificazione non può non condurre ad accentuare la vicinanza e il confronto con la prima fi-

gura di riferimento delle peculiarità dell'essere donna (Flamigni e Mutinelli, 2001).

Creare una nuova vita costituisce, infatti, l'ultimo atto dello sviluppo psicosessuale femminile, in quanto rassicura la donna di essersi appropriata della capacità generativa materna, come atto simbolico della temuta rivalità verso l'immagine genitoriale interiorizzata e come superamento definitivo della vicenda edipica; dimostrare di saper "fare un bambino", oltre a confermare l'identità sessuale, le permette di vivere un senso di onnipotenza difficilmente sostituibile, di sentire avallata la sua capacità corporea e realizza i fantasmi di pienezza generativa.

La sterilità è per la donna il fallimento di un compito generativo complesso, significa non portare a compimento un programma vitale, la complessa vicenda della gestazione, del parto, dell'allattamento, quel cordone ombelicale che collega non solo madre e figlio nel corpo ma anche nel pensiero (Froggio, 2000).

5.2. Essere uomo: quando il desiderio di paternità è infranto

Gli studi sul desiderio di paternità, sulle fantasie che stanno alla base dello sviluppo del desiderio di un bambino, all'interno dell'evoluzione psicosessuale maschile, appaiono scarni e sottolineano principalmente gli aspetti di continuità della propria discendenza, privilegiando la dimensione simbolica su quella corporea.

Certamente la genesi del desiderio di paternità è un processo complesso, difficile e a volte conflittuale, che comporta l'elaborazione della diversità biologica e delle primitive fantasie invidiose verso la creatività materna, comunque presenti nelle fasi del processo di acquisizione della propria identità di genere (Farri Monaco e Peila Castellani, 1994).

La sterilità in un uomo attiva fantasie e vissuti differenti; essa viene percepita come un verdetto imprevisto ed inaspettato e può determinare una reazione depressiva, un appiattimento ideativo ed emotivo, se non addirittura una regressione infantile nel rapporto con la moglie (Flamigni, Mutinelli, 2001). Vengono seriamente minacciate la potenza sessuale, da sempre associata alla capacità fecondativa, e l'identità personale e sociale, con un senso di inadeguatezza verso la donna.

Molti uomini hanno prefissato la prerogativa essenziale della virilità e della paternità nella capacità di emettere quel seme, nel possesso di un pene in grado di assolvere a quel compito e proprio nella consapevolezza di possedere quell'organo hanno realizzato, adolescenti, la loro identificazione maschile (Vegetti Finzi, 1997).

Non è, dunque, infrequente che, di fronte a quell'incapacità diagnostica che persiste spesso al ripetersi degli esami, insorga nella coppia il bisogno di sospendere le indagini, di lasciare irrisolto il problema di quale dei due partner sia responsabile dell'infertilità della coppia. Il rifiuto è facilmente accompagnato dalla scelta della donna di accollarsi la responsabilità che il ginecologo non ha definito (Flamigni, 1994), proprio perché, quando la sterilità è provatamente a carico dell'uomo, sembra che per questi sia più difficile il percorso di elaborazione delle sue componenti invidiose e narcisistiche ferite (Farri Monaco, Castellani, 1994).

Simbolizzare l'impossibilità generativa rappresenta un'operazione di alto valore psicologico e culturale, all'interno della quale avviene l'integrazione tra la dimensione biologica e quella mentale, tra quei vissuti corporei che danno la certezza di essere uomo o donna e quelle imago che popolano fin dall'infanzia la mente di bambini di entrambi i sessi.

6. La sfera sessuorelazionale nelle coppie con difficoltà procreative

Da tempo si assiste ad un rapido evolversi del costume e ad una crescente volontà di rivalutazione e di riappropriazione della sessualità (Boccardo, Perillo, 1996), che, nell'immaginario collettivo, si delinea sempre più come unione e compartecipazione amorosa e non solo come forza dell'istinto (Laplanche e Pontalis, 1968). Per la cultura odierna si è autorizzati ad avere rapporti sessuali anche solo per il piacere e non necessariamente per la procreazione, ma è possibile che la "sessualità procreativa" passi in secondo piano rispetto agli ambiti della sessualità definiti "relazionale", "di ruolo", "di rapporto" e "immaginario-fantastica" (Salerno, 2002) quando, nelle coppie sterili, il bambino è un'idea fissa?

Secondo Vegetti Finzi (1997), un atto genitale maturo è sempre accompagnato dalla fantasia inconscia di generare un bambino, sia nell'uomo che nella donna, e ciò, naturalmente, anche se il vivere la genitalità sul piano pratico deve prescindere dal far nascere realmente un bambino.

La sessualità è una dimensione che inevitabilmente implica la componente corporea, ma che porta con sé anche una forte valenza relazionale, configurandosi in tal senso come "simbolo che può trasformarsi in dono fatto all'altro e al mondo" (Farri Monaco, Castellani, 1994, 63).

Il concepimento di un bambino presuppone l'incontro sessuale, è legato all'essere un corpo in relazione ad un altro; per tale ragione è l'intera esperienza della fisicità ad influire sulla vita sessuale del singolo e della coppia, su quella dimensione dell'intimità che non può che risentire dell'esperien-

za della sterilità, del vissuto di un corpo che rifiuta il concepimento e che, pertanto, va rifiutato.

Secondo la prospettiva di Fornari (1975), l'esercizio della sessualità matura ripropone una complementarità contenitore-contenuto che, a livello generativo, configura ogni apparato genitale come possessore di un'entità parziale ma estremamente importante: "il seme e l'uovo, in quanto entità pregiata, racchiudono una specie di miracolo e di onnipotenza reali. Essi sono tuttavia del tutto senza pregio e senza miracolo se non si congiungono e se non si scambiano intercorporeamente" (Farri Monaco, Castellani, 1994, 69). L'attività genitale procreativa implica simultaneamente il contenere, ossia poter dare qualcosa di buono che proviene dall'interno, e il ricevere, ossia poter trattenerne qualcosa di buono che proviene dall'esterno. La difficoltà a procreare sembra provocare l'insuccesso di questa operazione finalizzata allo scambio e alla reciprocità, dando origine ad una sessualità pregenitale e confusiva, che non sa distinguere tra mentale e corporeo ed espelle il conflitto non accessibile al simbolico. La diagnosi di sterilità, in tali casi, paralizza e mette in crisi il senso d'identità sessuale raggiunto ed i partner iniziano ad agire una sessualità di tipo adolescenziale, proprio a causa dell'impossibilità di integrare tenerezza ed eroticità con una finalità genitale e generativa (Flamigni, Mutinelli, 2001).

Accade in certi casi che si verifichi una collusione di coppia fondata sulla sterilità, per cui il legame si annoda attorno alla frustrazione generativa; di conseguenza tutta la sfera della sessualità, con i suoi messaggi erotici, fantastici, emotivi, viene strumentalizzata da e per la fecondazione.

I soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di sterilità non hanno più la voglia né la forza di trovare l'altra persona nella sessualità, perché sono completamente assorbiti dall'idea del concepimento; d'altra parte, non possono cedere all'illusione di un atto sessuale desiderato, dal momento che questo non solo è prescritto, ma persino controllato. Poco per volta, la sessualità è presa a carico dalla medicina che la regola dall'esterno, dando norme precise, obbligate ed inderogabili; ma accordare la sessualità alle regole biologiche, al calendario o al ciclo, in vista di un concepimento, ha un effetto negativo sul piacere sessuale (Maggioni, 1997) ed è spesso la causa dell'insorgenza di disfunzioni sessuali transitorie (Capitanio e Curotto, 1993).

Quando il controllo della temperatura basale, il calendario dei giorni fecondi, la risposta degli appositi reattivi chimici divengono "semafori" del rapporto sessuale, l'esperienza si immiserisce e perde di vitalità (Vegetti Finzi, 1997), con un successivo difetto nella simbolizzazione dell'unione sessuale, cioè del processo di conoscenza, distinzione, appartenenza tra i partner, che può tradursi in una difficoltà a rappresentarsi e a vivere quello spazio mentale in cui la mutualità generativa dei corpi non riesce a com-

porsi in un'unità relazionale procreativa (Flamigni, Mutinelli, 2001). Le caratteristiche interne dei corpi vengono percepite dall'uomo e dalla donna come inadatte ad accogliere e nutrire un seme abbastanza potente per generare (Campana, 1987) e l'immaginario corporeo, deprivato e scisso dalle sue componenti erotiche, sembra andare in pezzi.

Gli organi riproduttivi vengono investiti proiettivamente di confusione, incapacità a distinguere fra Sé e non-Sé, interessando modificazioni profonde nella dinamica psichica individuale e di coppia: è in questa luce che trova una spiegazione il fenomeno della scarsa frequenza dei rapporti sessuali che spesso esita dalla conoscenza della diagnosi di sterilità (Farri Monaco, Castellani, 1994).

Altre volte l'esercizio della sessualità generativa viene scisso e proiettato fuori dalla coppia come in una sorta di desessualizzazione dell'impulso procreativo, dal momento che la sessualità è qualcosa che va ben al di là di un piacevole esercizio fisiologico del sesso o di una soddisfazione fisica; c'è il bisogno dichiarato e ripetuto, nelle coppie sterili, di separare la vita sessuale dal desiderio di un figlio. Nelle parole delle donne sterili il nesso tra fecondità e sessualità non è riconosciuto: queste assumono una posizione di difesa nei confronti della sessualità, di fronte alla quale si trovano paralizzate, "bloccate": un bloccarsi del corpo, un blocco della testa, un blocco anche nei rapporti sessuali.

Particolarmente esplicativo, a tal proposito, risulta il fatto che la separazione tra sessualità e procreazione è talmente presente che lo slogan "desiderio sessuale senza concepimento", così in voga nel mondo contemporaneo, si insinua nella loro esperienza, trasformandosi in "nessuna sessualità senza concepimento": non si vuole più un figlio perché ci si ama, ma c'è piuttosto bisogno di un figlio per potersi amare ancora (Auhagen-Stephanos, 1993).

È possibile, come detto, rilevare, nella vita sessuorelazionale, una serie di esiti disfunzionali, conseguentemente alla privazione o riduzione delle capacità procreative, che investe totalmente la coppia, al punto da ridisegnare la fisionomia; la ridefinizione del legame, che consegue alla improvvisa scoperta della sterilità, spesso si traduce in un aumento del divario comportamentale esistente tra i partner, scaraventati nella crisi che si è aperta. Altre volte, invece, il sentimento di delusione può generare maggiore attaccamento, fino ad assumere una fisionomia di tipo simbiotico, con inevitabili alterazioni della sfera sessuale (Willi, 1986).

Ovviamente gli effetti dell'infertilità sulla sessualità sono influenzati da molte variabili, che includono la durata dell'infertilità, le procedure diagnostiche utilizzate ed il loro impatto, il sesso dei soggetti, l'attribuzione maschile o femminile delle cause, la natura della diagnosi e la prognosi (Scatoletti, 1996).

In questo complesso panorama, sicuramente non può essere trascurato l'impatto che l'esperienza della procreazione medicalmente assistita, cui molte coppie con difficoltà procreative ricorrono, ha sulla qualità della loro relazione sessuale.

Questa, indubbiamente, costituisce una variabile dalla quale non si può prescindere, dal momento che apre nuovi interrogativi sul modo di "vivere" il proprio corpo ed il corpo del proprio partner, in seguito ad un'esperienza di "medicalizzazione" che investe così interamente la vita di una coppia.

7. Fecondazione medicalmente assistita: i vissuti psicologici del superamento dei limiti del corpo sterile

I progressi nello studio della sterilità e dell'infertilità hanno permesso di offrire, alle coppie con difficoltà a concepire, idonee terapie ed una serie molteplice di opzioni che spesso permettono loro di superare tale condizione, consentendo di accedere al ruolo genitoriale e superando un limite posto dalla natura al corpo (Vegetti Finzi, 1992).

La fecondazione assistita realizza il "desiderio corporeo" di generare: il criterio biologico, presente nei legami di filiazione, diviene, in questi casi, predominante rispetto alle "leggi simboliche della filiazione" (Rosolato, 2002).

I continui ed esaltanti progressi nel campo della riproduzione umana, se da un lato portano alla risoluzione di casi di sterilità che prima non era possibile affrontare, dall'altro costituiscono un importante punto di discussione in campo di bioetica della riproduzione e forniscono elementi di riflessione in ambito psicologico, laddove un sostegno alla genitorialità realizzata tramite il ricorso a tali tecniche non può non tenere in considerazione i significati profondi e spesso inconsci che le diverse modalità di fecondazione assistita portano con sé.

Le protesi della tecnologia riproduttiva permettono di intervenire sul soma e sulla generatività, di oltrepassare i limiti finora delegati all'impersonalità del destino e, proprio per questo, esse incrementano fantasie inconse di dominio sul destino e di diniego della casualità (Gaburri, 1999).

C'è all'orizzonte il rischio di rivolgersi ai centri specializzati non solo per realizzare il desiderio di essere genitori, ma anche per confezionare un bambino su misura ed, in tal modo, affrontare e superare la sterilità inscritta nel proprio corpo, alimentando una sorta di delirio di onnipotenza, il sentirsi un dio, capace di creare la vita (Bartolomei, 1999).

Nell'impatto con le biotecnologie, proprio per lo spiraglio di nuove possibilità che si apre, si vivifica l'esperienza del "perturbante" di cui Freud

(1977) parlava nell'omonima opera: si tratta di qualcosa che ha a che fare con l'angoscia e l'orrore e nella quale vi è contenuta una sensazione di insicurezza, inquietudine, turbamento e disagio che emerge quando il confine tra realtà e fantasia si fa labile (Preta, 1999).

Di fronte a tali tecniche, uno dei fattori che può trasformare l'angoscioso in perturbante è la presenza di una condizione di "onnipotenza dei pensieri", che passa attraverso la realizzazione di una "fantasia di auto-generazione" che riporterebbe l'individuo in uno stato precedente la percezione e la consapevolezza dell'alterità, nell'illusione di un'autosufficienza che annullerebbe e renderebbe superflua ogni diversità.

Spesso, infatti, nel campo del concepimento indotto, di fronte a tecniche sempre più sofisticate, le coppie sterili si trovano in una spirale vorticiosa di gesti, di atti da compiere sul proprio corpo senza possibilità di riflessione: una ridotta fertilità organica ed una esasperata impazienza psichica connotano spesso la richiesta di realizzare l'irrinunciabile sogno di un bambino proprio, sacrificandosi in tal modo alla pretesa, e non più al desiderio, di avere un figlio (D'Andrea, 2000).

In molti casi, intravedere una soluzione tecnica deresponsabilizza le coppie; adottando questo punto di vista, la tecnologia riproduttiva, con la sua operazione di apparente rimedio, potrebbe privare la coppia della possibilità di interrogarsi sul suo desiderio di filiazione, senza consentirle di ricorrere al pensiero, inteso come interfaccia tra la fonte di bisogni e la ricerca dell'azione più appropriata per soddisfarli (Maccari, 1999).

Secondo Delaisi de Parseval (1993), si assiste spesso ad una "feticizzazione" del biologico, che mescola e confonde le carte sia nelle rappresentazioni simboliche relative allo statuto della maternità e della paternità, sia nella comprensione della fantasmatica di tutti gli attori in campo, cioè la donna, l'uomo, il medico, gli operatori sanitari (Bartolomei, 1999).

Compito di un adeguato sostegno psicologico alle coppie che si imbattono nell'esperienza del "perturbante", evocato dal ricorso alle tecniche di fecondazione assistita, è, dunque, quello di aiutare a ridefinire l'identità dei soggetti coinvolti, inclusa quella inerente la sfera corporea così pesantemente interessata.

Ciò può avvenire solo se si riesce a riportare in primo piano il rapporto di coppia e tutte le dinamiche ad esso collegate, riempiendo il vuoto di rappresentazione che sta dietro l'agire tecnologicamente procreativo; è necessario non evitare lo sconcerto del nuovo e contribuire invece a trovare gli strumenti per renderlo pensabile, in modo da poter introdurre le dimensioni del lutto, dell'elaborazione della perdita e della mancanza, là dove rischiano di trionfare l'onnipotenza e la sfida maniacale (Preta, 1999).

La scomposizione e la ricomposizione del processo riproduttivo separa

la biologia dalla storia, autonomizza la catena germinale rispetto a quella genealogica, desoggettiva, vicariandole, le funzioni organiche. Ma il bambino è prioritariamente un figlio e la sua identità, che non è autofondata, si costruisce progressivamente all'interno delle coordinate parentali, svincolandosi nelle loro determinazioni. Sono comunque necessari punti di riferimento dai quali prendere le distanze; ogni quoziente d'anomia non agevola, ma rende più difficile il processo di identificazione e di soggettivazione, dal momento che il senso di sé non è innato, ma costituisce il risultato di un romanzo di formazione (Auhagen-Stephanos, 1993).

Nella storia di ciascuno, la vicenda biologica ha volti e nomi che la sottraggono all'arcano, che nobilitano la cruda necessità naturale con il senso di un destino. Ma la biografia di chi nasce da una procreazione assistita, secondo Vegetti Finzi (1997), non sarà mai traducibile in una narrazione lineare, vi sarà sempre uno scarto di intenzionalità e una frattura di senso.

Il divario tra lo sviluppo psicologico, che appare sempre più determinato dai processi interpersonali, e la tecnologia riproduttiva, che tende invece all'anomia, sollecita non pochi interrogativi riguardo la probabile depersonalizzazione della generazione umana indotta dalle tecniche di fecondazione assistita sia nella forma intra che extracorporea.

C'è di sicuro un ricco mondo reale e immaginario connesso alle tecnologie riproduttive che porta Laqueur (1995) ad interpretare in modo nuovo la fenomenologia del materno. A seconda della tecnica che si utilizza si modifica il grado di consapevolezza di mancato funzionamento attribuito al corpo e tutto questo muta la valutazione stessa della sterilità e del corpo sterile.

La specificità di tali tecnologie è, infatti, quella di operare sul corpo umano e sulla riproduzione, influenzando inevitabilmente sulle rappresentazioni della sessualità, sul desiderio e sul senso della vita stessa, mettendo in discussione una quantità di concetti su cui l'ordine simbolico della nostra cultura si era finora basato, fra i quali quelli di maternità, paternità, filiazione.

L'enorme progresso e superamento dei limiti corporei che si realizza nella fecondazione assistita, consente la scissione del ciclo sessualità-gravidanza-parto, rendendo possibile che la procreazione non sia più un fatto intimo, e consentendo che si faccia avanti, nella mente di quanti vivono tale esperienza, l'idea che "il corpo diventi una sorta di contenitore in cui si fabbrica un figlio" (Bartolomei, 1999, 202). Secondo Fiumanò (1995), oggi è infatti diventato possibile fare un bambino fuori sesso, fuori corpo, sfidando le leggi del desiderio e della natura, fare il bambino allucinato, il bambino impossibile.

La sterilità viene vista come scissione del corpo dai relativi apparati or-

ganici e connesse funzioni; è come se il corpo sterile fosse al mondo mentre il corpo in grado di superare la propria sterilità definisse il proprio mondo (Ventimiglia, 2001).

La tecnologia riproduttiva si offre come possibilità in grado di colmare questa distanza, restituendo al corpo sterile la sua completezza di senso. Se si accetta la dimensione husserliana di “corpo fisico” e di “corpo vivente” e si ritiene che le tecnologie riproduttive, agendo sul corpo fisico, facciano recuperare il senso del corpo vivente nell’esprimersi dell’unicità dell’esperienza, allora le tecnologie riproduttive consentirebbero di recuperare la dimensione del riconoscere ed esprimere l’Io (Casadei, 2003).

La fecondazione medicalmente assistita consente di riunire, in un insieme integrato che è l’unità della persona, gli aspetti oggettivi e gli aspetti soggettivi, di cui l’*Erlebnis*, il “vissuto”, è il collante (Peirone, 1991).

Se la riproduzione assistita consente la riacquisizione del sentirsi abitare il proprio corpo o del sentirsi abitare dal proprio corpo (Galimberti, 1983), allora forse si può leggere l’accanimento del “corpo sterile” come espressione di una intenzionalità, che, prima ancora di configurarsi come bisogno di un figlio ad ogni costo, sottende quello di essere un corpo vivente ad ogni costo.

Proprio per tali motivi, bisogna sempre, dal punto di vista psicologico, cercare di capire in che misura il ricorrere alla fecondazione assistita rappresenti uno strumento di appagamento di un desiderio o piuttosto non nasconda la difficoltà o l’incapacità di tollerare ciò che indica un limite, un’insufficienza cui si attribuisce un significato talmente lacerante da non poter essere elaborato (Bartolomei, 1999).

Alla luce di ciò, non si può considerare la domanda di un “figlio a tutti i costi” di per sé illegittima se, oltre al diritto al bambino, tiene conto anche dei diritti del bambino. È opportuno che i richiedenti siano aiutati a prendere atto dei costi fisici e psichici che dovranno affrontare, perché la condizione di sterilità che vivono, oggi, prospetta loro una molteplicità di soluzioni, che spesso blocca, ma che impone decisioni ed obbliga alla responsabilità.

8. Il “corpo vissuto” tra sterilità e fecondazione assistita: un’esperienza narrata dai suoi stessi protagonisti

Quali sono le motivazioni più profonde del voler essere genitori biologici ad ogni costo? Il modo di vivere la propria corporeità, nelle coppie che non riescono a concepire un figlio e decidono di ricorrere alla fecondazione medicalmente assistita, come cambia quando il corpo sterile diviene la posta in gioco tra sé ed il discorso medico?

Questi gli interrogativi che hanno animato il tentativo di capire, attraverso un lavoro empirico sul tema della rappresentazione corporea nelle coppie sterili, come l'iter della fecondazione medicalmente indotta possa favorire un cambiamento nella percezione di sé e del proprio partner e soprattutto nella percezione dei relativi corpi, in presenza di un processo di medicalizzazione che inevitabilmente viene integrato nell'esperienza di chi vi si sottopone ed influenza proprio la sfera corporea; dato ben visibile nel momento in cui la domanda di avere un figlio si trasforma, dinanzi al medico, nella richiesta di capire cosa nel proprio corpo non abbia funzionato (Flamigni, Mutinelli, 2001; Di Chiara, 1999).

8.1. Il discorso sul corpo: rappresentazione, narrazione e conoscenza scientifica

La rappresentazione che ognuno ha di sé, come uomo o come donna, è corpo, è pensiero, è linguaggio, e come tale corrisponde non solo al dato biologico ed anatomico, ma è anche costituita da ciò che viene percepito ed immaginato attraverso le relazioni comunicative ed emotive continue tra sé e gli altri. Il corpo è nello stesso tempo "personale" e "sociale"; esso ha una funzione di rappresentazione, è metafora della realtà sociale e biologica. La rappresentazione del corpo ingloba:

- *la coscienza soggettiva del proprio corpo*: si tratta dell'esperienza del proprio corpo, ovvero della percezione del proprio sé fisico, di ciò che il soggetto prova fisicamente, del modo in cui lo vive ed interpreta;

- *la conoscenza del corpo*: spesso potrebbe esserci una coscienza ridotta del proprio corpo ed un vivo interesse nei suoi confronti; una distanza dalle sensazioni provate ed una difficoltà nel riferirle, a fronte di una conoscenza dettagliata del suo funzionamento;

- *la sua apparenza*: può essere colta nel riflesso dello specchio, così come nello sguardo degli altri ed in modo particolare in quello del partner; quest'ultimo aspetto influenza la sfera intima della relazione sessuale, in cui la propria corporeità trova conferma in un rapporto creativo, o che, al contrario, può essere ulteriormente attaccata da un rapporto freddo che riconferma il vuoto di un corpo incapace di generare;

- *l'identità di genere*: non tanto l'essere uomo o donna, quanto il sentirsi davvero tale;

- *la valorizzazione sociale della sua immagine*: l'approccio biologico ed il vissuto corporeo, ugualmente implicati nei trattamenti di fecondazione assistita, vengono influenzati dal contesto socio-culturale, all'interno del quale vanno interpretati (Maggioni, 1997).

Allora, “se la rappresentazione non si riduce ad una mera registrazione degli eventi esterni, è pur vero che l’esperienza percettiva ne costituisce la base, il contenuto; d’altra parte la parola, o in senso lato il linguaggio, è la modalità attraverso cui la rappresentazione diventa manifesta e comunicabile, pur con tutti i limiti e le distorsioni che tale passaggio comporta” (Di Vita, Giannone, 2002, 36).

Ciò che caratterizza, insomma, l’identità corporea è il vissuto di immediatezza ed unicità, il vissuto di irripetibilità, il che ha come conseguenza la difficile iscrizione di uno studio sul corpo all’interno del modello sperimentale, basato invece sulla riproducibilità dell’evento. Il fatto che il metodo sperimentale sia caratterizzato da un alto grado di oggettività e di rigore ha fatto sì che si sia giunti spesso ad identificarlo con il metodo scientifico. D’altra parte al metodo clinico è stata spesso obiettata la pregnanza della teoria di riferimento nell’osservazione. Il riferimento alla teoria è ormai considerato dato inconfutabile in ogni approccio scientifico ed è questo che fa del colloquio clinico una valida fonte di informazioni (Corbetta, 1999).

In fondo, “la ricerca scientifica non è solo misurazione, indagine empirica, manipolazione sperimentale; è anche analisi dei concetti, teoria del metodo, concettualizzazione e, ancor più, significazione” (Peirone, 1991, 14).

Si tratta, perciò, di inserire il corpo vivente nel corpus della scienza della soggettività.

Quello del corpo, e ancor più del corpo sterile, nel momento in cui una coppia desidera transitare al ruolo genitoriale, è prevalentemente un “problema di senso”, il che fa tendere il piatto della bilancia sul lato delle scienze storico-ermeneutiche, che appunto si occupano della soggettività.

Questo proprio perché il corpo è sì empirico e osservabile, ma, nel momento in cui le vecchie certezze relative ad esso vengono a mancare, tale crisi diviene una questione fenomenologica, assai poco misurabile, percepibile ed ancor più modificabile (Peirone, 1991).

Si è trattato quindi, nel lavoro empirico in questione, di comprendere, attraverso il colloquio clinico semistrutturato, l’elaborazione che i soggetti fanno della loro particolare esperienza corporea quando questa è investita dalla diagnosi di sterilità, sotto la pressione dei cambiamenti che avvengono nella loro vita e che diventano traducibili attraverso quelle categorie linguistiche che derivano dalla cultura medica, in cui si trovano completamente immersi. Poiché le coppie vanno da un medico per lottare contro l’errore del loro corpo, bisogna considerare questo ricorso alla medicina come un mezzo per conoscere la verità sul loro corpo, una verità che da soli non riescono più ad afferrare. Ecco allora che, nella rappresentazione che i soggetti sterili hanno del loro corpo, il corpo oggettivo e scientifico

della medicina viene considerato non più come una tra le diverse modalità di conoscenza, ma quasi come l'esito naturale dell'evoluzione della conoscenza del corpo (Maggioni, 1997; Flamigni, Mutinelli, 2001).

8.2. Il colloquio con le coppie in trattamento per i disturbi della fertilità

Sono state incontrate dieci coppie con problemi di fertilità, che si stavano sottoponendo o si erano già sottoposte all'iter di fecondazione assistita presso il Centro Ecostudio genetica-Studio genesi sterilità" di Palermo, e che hanno accettato di "raccontarsi".

Si tratta di un gruppo eterogeneo; le coppie, infatti, differiscono tra di loro perché caratterizzate da diverse età dei suoi membri; diverso livello socio-economico di appartenenza; momenti diversi dell'iter di fecondazione; tipi diversi di problemi di fertilità e diverso numero di insuccessi dei trattamenti precedentemente effettuati.

Tali diversità, ovviamente, hanno impedito di avviare un percorso di ricerca che avesse la finalità di generalizzare le informazioni che le coppie avrebbero potuto fornire, rendendo invece indispensabile la loro contestualizzazione all'interno di una specifica "storia di sterilità".

Partendo da tali precisazioni, e in vista del fatto che l'interesse era rivolto ad avere informazioni circa l'esistenza di un cambiamento nella percezione soggettiva di sé in seguito alla diagnosi di sterilità e ai trattamenti di fecondazione assistita, e a capire le dinamiche soggettive che portano ad una rielaborazione della propria immagine corporea e dei vissuti, relativi all'identità di genere e alla sfera sessuorelazionale, ad essa strettamente connessi, si è scelto di essere guidati dalle coppie stesse all'interno del loro universo, attraverso il colloquio, proprio in ragione dell'importanza attribuita all'approfondimento di variabili di natura emotiva ed alla necessità di mantenere una certa flessibilità rispetto alla produzione di informazioni da parte dei soggetti (Lis, Venuti, De Zordo, 1991).

Il colloquio è stato svolto secondo un modello di semistrutturazione tale da consentire l'esame di tutti di quegli ambiti esperenziali suggeriti dall'analisi della letteratura esistente sull'argomento. L'intera "strutturazione" delle aree da indagare nel corso del colloquio è nata dallo studio delle teorie, delle concettualizzazioni derivanti dall'esperienza clinica e dalla ricerca sperimentale precedentemente effettuata sul vissuto corporeo della sterilità. Le dimensioni indagate (vd. Allegato) hanno riguardato:

- l'area della coscienza soggettiva del proprio corpo;
- l'area della conoscenza e della curiosità intorno al corpo;

- l'area dell'immagine del corpo;
- l'area della relazionalità del corpo;
- l'area della rappresentazione del corpo in "gravidanza;
- l'area dell'identità di genere.

È stato preferito uno stile più "esperenziale" che "scientifico", che rendesse meglio il senso dell'"identità corporea" e ancor più il senso del "travaglio dell'identità corporea".

Il contenuto dei colloqui è stato audioregistrato, su consenso delle coppie, i cui membri sono stati incontrati separatamente per evitare che la presenza contemporanea di entrambi i coniugi facesse sì che l'incontro assumesse un carattere difensivo.

I colloqui hanno consentito a chi si raccontava di narrare la propria visione di ciò che ha vissuto, la propria prospettiva, l'esperienza storica di sé, attribuendole i propri significati. Sono state parole guidate sulla base di aree di indagine, ma libere nelle risposte; parole sofferte, a volte banali, altre volte segrete, che hanno dato origine ad interpretazioni ricche da parte della coppia, laddove "nel dialogo clinico, la narrazione è necessaria affinché i fatti e i vissuti diventino storia, poichè essa trasforma immediatamente la storia in linguaggio vivo, offrendo una nuova occasione per riattraversarne simbolicamente il senso" (Ruvolo, 2001, 16).

L'intento del colloquio semistrutturato non era quello di produrre modificazioni nel vissuto corporeo delle coppie, bensì quello di ottenere conversazioni in cui il corpo fosse il protagonista. È il corpo, in quanto presenza fenomenologia (Galimberti, 1983), ad esprimere se stesso attraverso un linguaggio che proprio la dimensione clinica dello star male accentua ed esaspera (Rispoli, 1991).

Ci sono stati vissuti ricorrenti nelle parole delle coppie incontrate: tra gli elementi principali emersi c'è un dato interessante relativo alla percezione del proprio corpo, che appare investito da connotazioni estremamente negative, sia nell'uomo che nella donna, indipendentemente dal fatto che la diagnosi di sterilità sia a carico dell'uno o dell'altra. Particolarmente esplicativo di tale fenomeno è il racconto di una delle donne incontrate, che esprime chiaramente il vissuto di chi ha ormai perso fiducia nella possibilità di controllare e gestire il proprio corpo: è il marito ad essere sterile, ma è il corpo di lei a non riuscire a realizzare quel concepimento che la scienza, cui ha deciso più volte di ricorrere, in molti altri casi è invece riuscita a consentire.

"Ormai credo di potere incidere per nulla sul mio corpo; in seguito alla diagnosi di sterilità il rapporto è con il mio corpo è cambiato, ma sicuramente è via via peggiorato con l'aumentare dei cicli di fecondazione... adesso sento che il mio corpo è incapace, questo è il mio sentimento nei

suoi confronti”. Alla domanda su come consideri la condizione attuale del suo corpo, la donna risponde: “è una volontà di Dio e non una malattia. Se fosse stata una malattia la medicina ci avrebbe aiutato a trovare la cura”. È un corpo al quale ci si rassegna, il cui destino non può essere cambiato, un corpo che dà origine a tanto dolore, un dolore che parla di sé: tutte le sensazioni che nascono dall’interno del corpo emergono alla coscienza comune come messaggi la cui varietà, intensità e qualità sono diversamente percepite.

Molto ricco di considerazioni anche il racconto di un uomo, che, per mezzo della fecondazione assistita è riuscito a diventare padre: “La diagnosi di sterilità ha cambiato il rapporto con il mio corpo, nel senso che lo ha peggiorato, perché poi pensi che non puoi decidere nulla... solo Dio e la scienza possono governare le leggi oscure del tuo corpo. Dopo avere saputo di non potere rendere gravida mia moglie, ho provato delusione verso il mio corpo, però poi si è affievolita con la caparbia di tentare con l’aiuto della medicina. Il mio corpo mi faceva paura perché mi creava un’incertezza che è svanita solo con l’arrivo dei due gemelli”. Alle domande che gli venivano rivolte per capire quali circostanze aumentassero la consapevolezza del suo corpo, ha risposto: “Sento di avere un corpo quando i miei figli lo abbracciano e lo accarezzano”. Questa affermazione richiama la funzione di “rispecchiamento” favorita dal contatto corporeo con il caregiver per la strutturazione dello psichismo e del Sé corporeo del neonato (Winnicott, 1974); come il bambino per riconoscersi ha bisogno di essere riconosciuto, così, il corpo dell’uomo, forse rinato dopo avere potuto generare, può riconoscersi attraverso il riconoscimento operato da altri significativi (Maggioni, 1997).

Quando viene affrontato l’argomento della sessualità di coppia e della relazione con la diagnosi di sterilità, diverse coppie affermano che tale diagnosi ha migliorato la loro vita sessuale.

“Mentre prima lo facevamo sperando anche di procreare, ora lo facciamo per soddisfarci a vicenda senza più perplessità”: così un uomo si esprime, con parole che indubbiamente rivelano come invece vi sia stata una scissione della componente procreativa dalla sessualità della coppia, una componente che era invece presente pesantemente in passato. Adesso, dice che, durante i rapporti sessuali, non pensa più né al figlio, né alla gravidanza, né al concepimento: ancora una volta emerge il bisogno dichiarato e ripetuto di separare la vita sessuale dal desiderio di un figlio, un desiderio comunque presente quando afferma di avere immaginato sua moglie incinta e di vederla “come una donna radiosa, bella, felice e molto orgogliosa”.

Anche la moglie, quando la discussione si sposta sulla sfera sessuorelazionale, afferma: “La nostra vita sessuale è migliorata in seguito alla dia-

gnosi di sterilità. Negli ultimi anni capita, e anche spesso, di voler fare l'amore per noi e non solo per fare un figlio, tanto! Ormai quando ho rapporti sessuali con mio marito penso a godermi il momento, anche se poi, dopo, penso che sarebbe bello restare anche incinta. Se mi dovessi immaginare incinta mi vedrei completa perché il mio corpo diventerebbe più femminile, anche se mi sento ugualmente donna”.

Insomma, una serie di affermazioni che indicano come, a garanzia di una completezza di identità femminile, l'idea del bambino sia sempre presente, nonostante gli sforzi di non pensarci, così come ulteriormente confermato quando la donna, alla domanda di scegliere un termine con il quale paragonare il suo corpo, risponde: “con un'automobile, perché, come dice mio marito, cerco forse di sfuggire, non stare mai ferma per non pensare e allora sono super-attiva e scattante come una spider”.

Un'altra donna racconta che durante i rapporti sessuali spesso pensa ancora ad una possibile gravidanza e poi aggiunge: “Ogni tanto mi immagino incinta... mi vedo con la pancia”. È come se la maternità tanto sognata non potesse avere accesso alla sfera psichica e dovesse rimanere relegata a quella corporea: non si possono esprimere stati d'animo relativi a tale condizione, ma solo ciò che è legato a quel corpo su cui la medicina lavora per ottenere la gravidanza.

In una delle coppie incontrate, la difficoltà procreativa è sine causa: non è mai stata, infatti, diagnosticata una causa organica a carico di uno dei due, nonostante la lunga serie di indagini mediche cui entrambi i membri della coppia si sono sottoposti. Ed appare proprio chiaro dalle parole della donna il senso di smarrimento provocato dal fatto di non potere contare neppure su una categoria di riferimento di tipo medico, di una diagnosi, per potere comprendere cosa sia avvenuto al proprio corpo: “mi ritengo abbastanza soddisfatta del mio corpo, perché nel complesso è in buona salute, ma la difficoltà incontrata ad avere un bambino mi fa pensare che qualcosa non sia autonomamente funzionale... io non so se questa è una malattia, non so cosa sia, ma qualcosa di sicuro non funziona come dovrebbe per natura”: si tratta di un'imperfezione del corpo che non si riesce a significare. Entrare nel circuito della medicina, essere riconosciuti malati dall'autorità medica, potrebbe significare rendere visibile l'invisibile, tradurre i processi interni in sintomi clinici.

L'evento della sterilità fa sì che si interrompa quel dialogo grazie al quale gli oggetti si caricavano delle intenzioni del corpo, e trasforma, in tal modo, il “corpo d'intenzione” in “oggetto d'attenzione” e ciò favorisce il poter trovare “parole” per quel corpo.

L'intento dei colloqui è stato quello di capire e riflettere sui vissuti, le fantasie, le percezioni, ovvero sulla “rappresentazione del corpo” e sul ruo-

lo che la diagnosi di sterilità prima, e l'iter di fecondazione assistita dopo, svolgono nel modificare o confermare tale rappresentazione.

Ovviamente, le coppie che si rivolgono all'intervento medico per ottenere una gravidanza sono solo una percentuale di quelle che hanno problemi di infertilità; alcune coppie, infatti, prendono in considerazione altre alternative, quali l'adozione o l'affido, oppure, rinunciano a realizzare il desiderio di genitorialità.

Tale considerazione, per quanto ovvia, è tuttavia fondamentale: sicuramente il vissuto relativo alla sfera corporea delle coppie incontrate è quello di persone in cui, la medicina ha contribuito, in un rapporto non sempre chiaro di causa-effetto, a rafforzare l'immagine di un corpo meccanico spesso invivibile; esperienza di sicuro meno presente nelle coppie sterili che non hanno mai intrapreso tale cammino.

Dal momento che il corpo è sempre "parlato", ascoltato e costruito in rapporto a precisi riferimenti culturali, di sicuro le informazioni mediche, gli esami, le terapie che le coppie ricevono, hanno influenzato la loro rappresentazione del corpo.

La questione base di questo lavoro è allora il passaggio dal corpo "biologico" al corpo "psicologico": come cioè il corpo, struttura biologica, tributaria della vita affettiva e immaginaria, intervenga nell'elaborazione dell'esperienza organica e, inversamente, come un'esperienza somatica influenzi la costruzione dell'immagine del corpo e come ciò abbia delle conseguenze sulla relazione di coppia e sul ciclo di vita familiare.

Oltre al rapporto di coppia, è il rapporto con se stessi a cambiare dopo la diagnosi; per questa ragione si è cercato di mettere in evidenza come il corpo, crocevia della relazione con il proprio modo di "sentire", di "vivere" il mondo e di significarlo, anello di congiunzione con quella discendenza che si perpetua anche attraverso esso, parte integrante di un contatto intimo significativo con l'altro, sia inevitabilmente chiamato in causa.

Ecco allora che la difficoltà procreativa proietta un riflettore particolare su questi aspetti, illuminandoli di una luce nuova e di nuove possibilità di elaborazione.

Esiste il desiderio di vivere una vita significativa e tale desiderio si realizza nella tensione verso il raggiungimento di alcune mete e, per determinate persone, la genitorialità è una delle mete più importanti. Molte persone, però, riescono a vivere una vita piena e serena, così come molte coppie hanno una relazione molto bella e ricca senza avere avuto figli propri.

Il problema va impostato dunque in termini diversi: per potere scegliere con vera consapevolezza come muoversi di fronte all'evento, è necessario che ogni coppia riesca ad integrare l'esperienza della sterilità al proprio vissuto, con riferimento anche alla componente corporea; solo dando an-

che a questo aspetto la dovuta importanza, la coppia potrà affrontare tale “crisi” nel migliore dei modi, sia che scelga di arrendersi alla sterilità del corpo o di farvi fronte tentando di superarla con le tecniche di fecondazione assistita.

Riferimenti bibliografici

- Auhagen-Stephanos U., 1993, *La maternità negata. La paura inconscia di un figlio desiderato*, Boringhieri, Torino
- Bartolomei G., 1999, “Intorno ad un’etica del limite nell’età della tecnica”, in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente*, Laterza, Roma-Bari, 199-203
- Boccardo L., Perillo A., 1996, *Sexuality Evaluation Schedale Assessment Monitorio. Approccio differenziale al profilo idiografico psicossessuale e socioaffettivo*, Organizzazioni Speciali, Firenze
- Bonacchi G., 1999, “Passione femminile e interrogazione sull’origine: oltre un’etica di genere”, in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente*, Laterza, Roma-Bari, 136-165
- Campana A., 1987, *La sterilità fra scienza e società*, Casagrande, Bellinzona
- Capitano G.L., Curotto R., 1993, *Diagnosi di sterilità e l’impatto sulla sessualità della coppia*, Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Modena, CIC Edizioni Internazionali, Roma
- Casadei D., 2003, “Il concepimento come ossessione”, in *Famiglia Oggi*, 12, 1-9
- Conway P., Valentine D., 1987, “Reproductive losses and grieving”, in *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 6, 43-63
- Corbetta P., 1999, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna
- D’Andrea A., 2000, *I tempi dell’attesa*, FrancoAngeli, Milano
- Delaisi de Parseval G., 1993, “Propos sur le saturnisme ou ‘Peut-on rester psychanalyste quand on s’occupe de procreations artificielles?’”, in *Revue française de Psychanalyse*, 4, 1255-1266
- Di Chiara G., 1999, “Quali norme inconse per il corpo?”, in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente*, Laterza, Roma-Bari, 110-116
- Di Vita A.M., 2002, “Introduzione”, in Di Vita A.M., Giannone F., a cura di, *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all’arrivo del primo figlio*, FrancoAngeli, Milano, 11-31
- Di Vita A.M., Giannone F., 2002, “Le rappresentazioni genitoriali ‘intono’ alla nascita del bambino. Il piano della ricerca”, in Di Vita A.M., Giannone F., a cura di, *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all’arrivo del primo figlio*, FrancoAngeli, Milano, 33-44
- Downey J., McKinney M., 1992, “The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation”, in *American Journ. Orthopsychiat.*, 62 (2), 196-205
- Erikson E., 1984, *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando, Roma
- Farri Monaco M., Peila Castellani P., 1994, *Il figlio del desiderio. Quale genitore per l’adozione?*, Boringhieri, Torino

- Ferraro F., Nunziante Cesaro A., 1985, *Lo spazio cavo e il corpo saturato*, FrancoAngeli, Milano
- Fiumanò M., 1995, "Prefazione", in Chatel M.M., a cura di, *Il disagio della procreazione*, Il Saggiatore, Milano
- Flamigni C., 1994, *I laboratori della felicità*, Bompiani, Milano
- Flamigni C., 2001, *Avere un bambino*, Mondadori, Milano
- Flamigni C., Mutinelli P., 2001, *Curare la sterilità. Etica, deontologia e psicologia nella relazione medico-paziente*, Carocci, Roma
- Fornari F., 1975, *Genitalità e cultura*, Feltrinelli, Milano
- Freud S., 1975, "Il motivo della scelta degli scrigni", in Freud S., *Opere. 1912-1914*, vol. VII, Boringhieri, Torino, 207-218
- Freud S., 1977, "Al di là del principio di piacere", in Freud S., *Opere. 1917-1923*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 193-249
- Froggio G., 2000, *Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità*, San Paolo, Milano
- Gaburri E., 1999, "Psicoanalisi: per un'etica profana", in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente. Psicoanalisi e bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 73-87
- Galimberti U., 1983, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano
- Guyotat J., 2002, "Tre logiche del legame di filiazione", in Zurlo M.C., a cura di, *La filiazione problematica*, Liguori, Napoli, 277-287
- Laplanche J., Pontalis J.B., 1968, *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Roma-Bari
- Laplanche J., Pontalis J.-B., 1988, *Fantasma originario, fantasmi delle origini, origini del fantasma*, Il Mulino, Bologna
- Laqueur T., 1995, "Da una generazione all'altra. Alla ricerca di nuovi legami nell'era delle tecnologie riproduttive", in Fiume G., a cura di, *Madri*, Marsilio, Venezia
- Lis A., Venuti P., De Zordo M.R., 1991, *Il colloquio come strumento psicologico*, Giunti, Firenze
- Maccari G., 1999, "Può la psicoanalisi parlare di etica?", in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente. Psicoanalisi e bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 51-61
- Maggioni G., 1997, *Il bambino inconcepibile*, FrancoAngeli, Milano
- Matte Blanco I., 1981, *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino
- Menning B.E., 1975, "The infertile couple: a plan for advocacy", in *Child Welfare*, 54, 454-460
- Merleau-Ponty M., 1965, *La fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano
- Nunziante Cesaro A., 2000, "Genitorialità e procreazione assistita", in *Psicologia clinica dello sviluppo*, 4 (2), 303-311
- Peirone L., 1991, "Frammenti critici introduttivi a un discorso corporeo", in Peirone L., a cura di, *L'identità corporea in crisi. Dimensioni cliniche del vissuto sul corpo nella prospettiva del sé*, Giuffrè, Milano, 2-18
- Preta L., 1999, "L'esperienza del 'perturbante' nell'impatto con le biotecnologie", in Preta L., a cura di, *Nuove geometrie della mente. Psicoanalisi e bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 5-20

- Rispoli L., 1991, "Il corpo nel pensiero scientifico e nella psicologia clinica", in Peirone L., a cura di, *L'identità corporea in crisi. Dimensioni cliniche del vissuto sul corpo nella prospettiva del sé*, Giuffrè, Milano, 209-216
- Rosolato G., 2002, "La filiazione: implicazioni psicoanalitiche e rotture", in Zurlo M.C., a cura di, *La filiazione problematica*, Liguori, Napoli, 301-316
- Ruvolo G., 2001, *La psicologia dinamica come scienza clinica*, EdiSES, Napoli
- Salerno A., 2002, "Aspetti psicologici nella fecondazione assistita: excursus sulla recente letteratura scientifica", in Di Vita A.M., Giannone F., a cura di, *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio*, FrancoAngeli, Milano, 214-221
- Scatoletti B., 1996, "Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia", in *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29, 37-44
- Slade P., 1981, "Sexual attitudes and social role orientation in infertile women", in *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 183-186
- Vaccaro P., 2001, "Il corpo smarrito. Ridefinizione del ruolo del corpo tra fecondazione artificiale e realtà virtuale", in <http://www.psychomedia.it/pm/-grpind/family/vaccaro.htm>
- Vegetti Finzi S., 1990, *Il bambino della notte*, Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S., 1992, *Il romanzo della famiglia. Passioni e ragioni del vivere insieme*, Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S., 1995, "Paradossi della maternità", in Buzzatti G., Salvo A., a cura di, *Corpo a corpo. Madre e figlia nella psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, 147-190
- Vegetti Finzi S., 1997, *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Mondadori, Milano
- Ventimiglia C., 2001, *La procreazione medicalmente assistita in Emilia Romagna. Indagine sulla domanda e sulla risposta dei servizi*, Marsilio, Venezia
- Willi J., 1986, *La collusione di coppia*, FrancoAngeli, Milano
- Winnicott D.W., 1974, *Gioco e realtà*, Armando, Roma
- Wyatt F., 1979, "Note cliniche sui motive della riproduzione", in Baruffi L., a cura di, *Il desiderio di maternità*, Boringhieri, Torino, 245-260

Allegato. Domande-guida dei colloqui con le coppie

1) Area della coscienza soggettiva del proprio corpo:

- Secondo Lei, il fatto di non riuscire ad avere bambini è una malattia?
(Se sì, perché? Forse è legato all'esperienza della procreazione medicalmente assistita? Se no, cos'è?)
- Cosa pensa del suo corpo, del suo aspetto fisico?
(Si piace o no?)
- Che rapporto ha con il suo corpo? (la scoperta della sterilità, gli esami, i contatti con i medici, quanto hanno inciso?)
- Le è capitato di prendere coscienza del suo corpo? Quando, in che circostanze, in che momenti, sente, avverte il suo corpo? (malattia, dolore, piacere, specchio, sguardo altrui, rapporto sessuale)
- Crede sia importante conoscere il suo corpo, ciò che provoca nel suo corpo sensazioni gradevoli o sgradevoli?
- Si è trovata in situazioni in cui ha provato sensazioni fisiche piacevoli? Quali?
E sensazioni spiacevoli? Quali?
- Qual è secondo lei l'organo più importante del nostro corpo? Perché?
- Il rapporto con il suo corpo è cambiato dopo la diagnosi di sterilità? E dopo l'inizio dei trattamenti di fecondazione assistita?
- Quanto crede di potere controllare il suo corpo, il suo funzionamento o di potere incidere su esso? Chi crede possa controllare il suo corpo. Dio, il destino, il medico, nessuno?
- Che sentimenti prova nei confronti del suo corpo? E verso quello del suo partner?
- Tra questi, quale termine sceglierebbe se dovesse fare un paragone con il suo corpo: albero, animale, fabbrica, laboratorio, automobile? Perché?

2) Area della conoscenza e della curiosità intorno al corpo

- È curiosa di sapere quello che succede all'interno del suo corpo?
Legge libri, riviste, articoli che riguardano il corpo e la salute?
Quanto conosce del funzionamento dell'apparato sessuale maschile e femminile?
- Si è documentata/o a proposito o lo ha sentito dire?
Tali conoscenze sono in qualche modo in relazione con la sterilità?

3) Area dell'apparenza del corpo

- Si guarda allo specchio? (Che rapporto ha con lo specchio?)
- L'opinione più importante sul suo corpo è la sua, quella di suo marito, quella degli altri?

4) Area della relazionalità del corpo

- Pensa che il suo corpo sia attraente?
- Crede che il suo corpo sia attraente per il suo partner?
- La vostra vita sessuale è cambiata o è rimasta invariata dopo la diagnosi di sterilità?
- Le capita di avere rapporti sessuali senza desiderio? È legato in qualche modo all'iter di fecondazione assistita? O alla diagnosi di sterilità?
- Quando avete rapporti sessuali pensate al figlio, alla gravidanza, al concepimento o niente di tutto questo?

5) Area della rappresentazione del corpo "in gravidanza"

- Per lei: si immagina incinta? Se sì, come?
- Per lui: immagina mai la sua partner incinta? La descriva.

6) Area dell'identità di genere

- Vivete la vostra difficoltà procreativa come un attacco al vostro essere uomo o donna?
- Crede che il suo corpo, durante la gravidanza, diventerebbe più femminile?
- Crede che la sua virilità sia legata in qualche modo alla gravidanza?

5. L'identità di genere nel percorso psico-affettivo verso la genitorialità

di Alessandra Salerno e Anty Intorcchia

1. Introduzione

L'esperienza della maternità e della paternità, la rilevanza psico-sociale e i vissuti simbolici che ad essa si accompagnano sono connessi alla specificità dello sviluppo psico-affettivo e socio-relazionale di ciascun individuo, alle dinamiche psicologiche che caratterizzano la relazione di coppia all'interno della quale la nascita di un figlio si inserisce. Trasversalmente a tali fattori, va considerato in primo piano il modo in cui il progetto di genitorialità è accompagnato da un immaginario maschile e femminile strettamente legato a fantasie inconse, archetipi universali, che investono la natura sessuale e sessuata del corpo umano.

Non possiamo dunque, parlare di genitorialità e di rapporti di filiazione se prima non affrontiamo la discussione sulle differenze e sulle disuguaglianze sessuali secondo una prospettiva di genere.

Quello della sessualità infatti, è un tema che è così profondamente associato all'ordine naturale ed immutabile delle cose, che difficilmente viene posto criticamente in discussione. Affrontare questo argomento, tenendo conto della sua complessità significa, invece, trascendere dalla concezione di categorie biologiche intese come destino anatomico che contrassegna l'esistenza del genere maschile e femminile in modo radicale.

Il superamento di concezioni sulla sessualità basate su un rapporto dicotomico natura/cultura, categorie artificiosamente poste in contrapposizione tra loro, è possibile con l'assunzione di un diverso presupposto epistemologico basato sull'indissolubilità dell'interconnessione tra aspetti biologici e socio-culturali in ogni ambito dell'esistenza umana e in modo ancor più rilevante, come vedremo, in tema di sessualità. È possibile così considerare la cultura, e la capacità di far uso di essa, parte del patrimonio biologico dell'uomo, "fondamento strutturale e strutturante dello psichismo umano" (Inglese, 1996, 15).

L'identità individuale e nello specifico l'identità di genere, affonda le sue radici in una dimensione socio-culturale caratterizzata dall'intersoggettività, all'interno della quale le dimensioni psicologiche, sociali e biologiche sono strettamente interconnesse; essa è attraversata e plasmata da un insieme di pre-concezioni inconscie, da matrici di base del proprio setting d'appartenenza, "basate sulle proprietà biologiche della specie, ma anche sui valori e sulle reazioni saldamente radicati da un punto di vista culturale" (Powell, 1996, 16).

Non si può mettere in dubbio che il maschile e il femminile si basino innanzitutto su differenze nette e predeterminate della struttura biologico-anatomica dei corpi ma ciò che ha massima rilevanza psico-sociale è il modo in cui la cultura è intervenuta su questa differenza biologica, attraverso un sistema di significazione dal forte potere valoriale che ha definito la sessualità maschile e femminile, e con essa l'identità genitoriale materna e paterna. Perciò un'analisi critica della sessualità deve porsi nell'interrelazione tra mondo culturale e naturale, tra corporeità e psiche.

Questo processo di simbolizzazione della sessualità che nasce dalla definizione di rituali, tabù, interdizioni è stato utilizzato per la costruzione di un sistema artificioso di attribuzioni di ruolo e di codici valoriali, falsamente neutri, parte di un sistema ideologico dualistico, sessualizzato e gerarchizzato all'interno del quale, sociologicamente, al maschio si addice la polarità positiva della luce, del calore, del giorno, mentre alla donna la polarità negativa del buio, del freddo e della notte.

La disuguaglianza sessuale trova senso nell'essenza stessa di queste opposizioni e non nel loro contenuto. È nella dissimetria del valore maschile e del disvalore femminile che trova origine dunque, l'elaborazione sociologica del costruito teorico di *genere* definito come una "struttura di prestigio" (Ortner, Whitehead, 2000, 90), attraverso cui la cultura pensa e costruisce la subalternità del femminile rispetto al maschile, tramite il rafforzamento di quegli artefatti psico-sociali, investiti di significato simbolico-affettivo, che hanno ingabbiato la femminilità riducendo la donna a corpo generativo, mero mezzo riproduttivo, sottratto alla complessa integrità psico-fisica.

La transculturalità del genere, ovvero il modo in cui civiltà diverse e lontane nel tempo hanno dato senso al biologico, ci consente di comprendere come il nodo fondamentale della disuguaglianza sessuale sia relativo alla generatività femminile.

La rappresentazione simbolica dell'evento della nascita è spesso accompagnata da fantasie paranoidee che esprimono l'angoscia persecutoria di poter essere uccisi da chi ci dovrebbe donare la vita, un atteggiamento fobico rispetto ad un utero generante che potrebbe non consentirci di nascere. Vissuti di per sé caratterizzati da una intensa potenza emotiva, inci-

dono in modo ancora più terrifico nell'immaginario maschile, dacché l'uomo è biologicamente escluso dal poter dare alla luce la vita, escluso dall'intima e preziosa relazione simbiotica che sin dalla gestazione la madre ha il privilegio di instaurare con il feto.

Sposando un'ottica psicoanalitica, potremmo dire che l'uomo vive una lacerante mancanza nella sua identità sessuale che tenta narcisisticamente di colmare organizzando la propria mascolinità attorno al mito del corpo forte e potente, immortale e generativo, "espressione della volontà di controllare la riproduzione da parte di chi non dispone di questo potere particolare" (Heritier, 1997, 11).

Pertanto, non è la differenza dei sessi ma sono le costruzioni psicosociali che ruotano attorno al mito della generatività a rappresentare il vero motivo della disuguaglianza sessuale e della subalternità del femminile. È vero che la possibilità di donare la vita e la maternità "concorrono a forgiare la situazione esistenziale in maniera diversa per il maschio e per la femmina. Ma è una questione di centralità. Nella specie umana è l'attività simbolica, a sua volta connessa ad esigenze psicologiche, ad avere la preminenza" (Vianello, Caramazza, 1998, 37).

Non si intende adottare una prospettiva che escluda ogni forma di influenzamento biologico nella costruzione dell'identità sessuale, non si vuole trascendere dal corpo sessuato, altrimenti rischieremmo di aprire la strada all'androgino. Al contrario, è attraverso l'affermazione del corpo e delle sue funzioni riproduttive, che caratterizzano diversamente il maschile e il femminile, che è possibile liberarsi da quei codici di significazione che hanno fondato un sistema di potere patriarcale, tenendo conto del fatto che proprio l'affermazione delle diversità consente di superare le disuguaglianze, aprendo la strada del confronto e dello scambio.

Il sentimento di invidia per la generatività del corpo femminile, a causa di sentimenti discordanti d'ammirazione e di frustrazione, ha fatto sì che per secoli il parto e la nascita biologica rappresentassero un'esperienza muta e inascoltata, perciò tipicamente femminile.

Il mito della ginocrazia ci racconta di un mondo primordiale, che in termini Freudiani potremmo definire pre-edipico, perché non contempla l'intervento del padre in segno di rottura della diade primaria madre/bambino. Venendo a mancare la legge del padre, il regno della madre viene equiparato al caos primigenio che, come dice Aristotele (cit. in Heritier, 1997), essendo la donna una creatura dell'eccesso, genererebbe solo creature mostruose e ribelli, fuori dallo spazio del *logos*; per questo si rende necessario sottoporre le donne al controllo della ragione maschile, cui corrisponde l'autorità del "verbo".

Ha così origine la rimozione della potenzialità generativa femminile e

dell'invidia ad essa connessa: attraverso un intervento manipolativo della funzione riproduttiva femminile, la donna viene messa a tacere. Leggiamo infatti, nella trattazione scientifica della riproduzione animale di Aristotele (cit. in Heritier, 1997) che il gamete femminile, materia bruta, per generare avrebbe bisogno del principio primo della vita di cui solo l'uomo è portatore: è lo *pneuma*, soffio vitale, in grado di vitalizzare l'essere in potenza.

In questa concezione della riproduzione, costruzione difensiva rispetto all'immaginario mitico della ginocrazia, alla madre viene concesso soltanto la funzione di ricettacolo della nuova vita.

La lettura psicoanalitica Freudiana sui processi di sviluppo dell'identità psico-sessuale segue la stessa logica Aristotelica: ci troviamo dinanzi ad una teoria che dà credito alla concezione del monismo sessuale, laddove è il sesso maschile il punto di forza assoluto rispetto al quale la femminilità non viene mai legittimata nella sua diversità ma relativizzata rispetto ad un termine di paragone assoluto: la costruzione dell'identità femminile si basa sull'angoscia rispetto alla mancanza del fallo che costringerebbe la donna ad una condizione di irrisolta fragilità.

Come dice Lacan (cit. in Bestetti, 1996), la prospettiva maschilista assunta da Freud non consente di dare spazio a vissuti ed esperienze tipiche della psicologia femminile connesse alla maternità, perché concentrata sul valore ontologico della presenza/assenza del fallo: l'uomo ha il fallo, dunque è; la donna non ha il fallo, dunque non è, è il non essere. All'interno di questa concezione, la gravidanza viene ridotta ad una semplice esperienza di risarcimento simbolico rispetto all'invidia originaria del pene, sintomo di una mancanza non risarcibile.

“Benché si sia ormai riconosciuto che... la gravidanza non è soltanto contenimento e nutrizione perché tra la gestante e il feto intercorrono comunicazioni affettive ed emotive, il paradigma aristotelico rimane dominante a livello di autoconsapevolezza immediata” (Vegetti Finzi, 1996, 136).

La vera nascita infatti, in termini Lacaniani, è la nascita sociale che è possibile soltanto con il riconoscimento del padre, con l'attribuzione del cognome paterno, con un sistema condiviso di riti e cerimonie sociali che sanciscono l'ingresso del bambino nel contesto d'appartenenza. Il nome del padre è una castrazione simbolica che consente di rimuovere il prestigio dell'esperienza materna della gravidanza e di enfatizzare la superiorità dell'apporto simbolico-maschile alla generazione.

Mentre la relazione con la madre si situa nella logica della “filiazione da corpo a corpo” (Guyotat, 1980, cit. in Zurlo, 2002), quella con il padre si situa sul versante della filiazione istituita, spezzando i legami di natura uterina prima, ed edipica dopo, e strutturando così una relazione sul piano della genealogia maschile (Zurlo, 2002).

Se la donna genera naturalmente la vita, l'uomo si arroga il diritto di farlo simbolicamente (con l'utilizzo e l'imposizione dei valori supremi di ragione e volontà) in tutti gli ambiti della sfera sociale, economica, politica e culturale, ambiti di esclusiva prerogativa maschile, perciò gerarchizzati e sessualizzati.

Antropologicamente, ci dice Levi-Strauss (cit. in Rubin, 1976), i tre pilastri fondamentali dell'organizzazione sociale patriarcale sono rappresentati dall'istituzione simbolica dell'interdizione dell'incesto, attraverso il quale viene imposta l'esogamia che implica il rito dello scambio delle donne, dono sociale per eccellenza e fondamentale per lo stabilirsi di alleanze sociali tra gruppi diversi, anche se nell'unica forma consentita del matrimonio.

“Il rapporto sessuale assume il carattere di un atto veramente politico e agisce come idioma dominante per le relazioni politiche” (Ortner, Whitehead, 2000, 78).

Il controllo politico sul corpo femminile per essere ancora più efficiente necessita inoltre, della ripartizione sessuale dei ruoli: da un lato, l'economia sociale che sancisce gli uomini nell'autorevole ruolo di produttori della sfera pubblica, e dall'altro l'economia domestica che relega la donna ad un ruolo riproduttivo, depauperato da ogni valenza di prestigio, mortificato dal non riconoscimento della ricchezza della sua diversità in quanto risorsa dell'esistenza.

Il genere dunque, non ci informa soltanto su come viene costruita l'identità sessuale ma ci dice molto anche sulla definizione del rapporto patriarcale tra biologia, sessualità e ordine sociale. Si impone quindi, un modello di categorizzazione umana unisessuale e un modello di convivenza sociale eterosessuale ma disequilibrato nelle dinamiche di potere.

La trama delle relazioni sociali e la sintesi dei due diversi stili di esistenza (quello femminile e quello maschile, determinati da un assetto sociale organizzato secondo un ordine androcentrico) hanno definito delle differenze nette nello sviluppo emotivo-cognitivo, nello sviluppo dei processi di socializzazione, ovvero nel modo in cui uomini e donne raggiungono una diversa comprensione delle regole di convivenza sociale, sviluppando quindi una diversa modalità di gestione delle relazioni intime e della collettività.

È infatti, possibile individuare uno spazio fisico-simbolico maschile, arcaicamente rappresentato da spazi aperti e minacciosi, caratterizzato da dinamiche relazionali basate sul conflitto e la competitività, in cui la sopravvivenza è stata possibile grazie allo sviluppo di un pensiero pragmatico, razionale e strategico; e uno spazio fisico-simbolico femminile tradizionalmente rappresentato dallo spazio casalingo, intimo, privato, chiuso, caratterizzato da una quotidianità ripetitiva, dalla ciclicità dei ritmi bio-

logici della natura. All'interno di esso, la donna è stata relegata alla sua "naturale" funzione materna, nello svolgimento di compiti di cura e di accudimento, definendo così lo sviluppo di un pensiero ovulare e contenitivo, capace di accogliere e privilegiare i legami d'attaccamento e le dinamiche relazionali fondate sulla collaborazione.

Non è quindi un caso che le difficoltà psicologiche più frequenti che le donne si trovano ad affrontare nel loro percorso di vita siano relative al conflitto tra il senso di responsabilità verso gli altri e il bisogno di affermare la propria individualità; anzi, spesso la realizzazione del sé passa proprio attraverso la cura dell'altro.

L'"etica delle responsabilità" (Gilligan, 1987), tipicamente femminile, implica quindi una concezione della giustizia di tipo distributivo in cui non ci si appella soltanto al generico interesse personale ma alla possibilità di contemperare questo, con una morale di cura e di responsabilità per l'intera collettività.

Gli uomini tendono, invece, a definire la loro identità in funzione di caratteristiche strettamente individuali basate sulle capacità intellettive, abilità razionali che consentono loro il raggiungimento del successo e dell'autoaffermazione. In questo caso, abbiamo a che fare con un'"etica dei diritti" (Gilligan, 1987) basata sulla salvaguardia degli interessi personali e su una concezione della giustizia di tipo astratto, fondata sull'eguaglianza formale, su diritti e su norme predeterminate, non capace di tener conto della dimensione delle relazionalità, da cui tutti i diritti non potrebbero essere scissi.

Fornari (cit. in Cristiani, 1997), a questo proposito, individua delle specifiche strutture affettive inconscie, sessualmente differenziate, che sono entrate a far parte di un background valoriale condiviso: il "codice materno" fondato sul senso di appartenenza, sul legame, sulla cura come risposta ai bisogni dell'altro; e il "codice paterno", basato sull'indipendenza, l'autonomia, l'efficienza: il padre interviene nella diade simbiotica madre/bambino determinandone il processo di separazione e di differenziazione, onde evitare che la brama generativa materna possa giungere a divorare il bambino. La donna infatti, va "esclusa dall'etica e dall'estetica" (Vegetti Finzi, 1996, 140), perché brutta e amorale come il caos primigenio della ginecocrazia, al punto da necessitare un addomesticamento imposto dall'ordine del potere maschile.

La maternità rimane dunque, anche nella nostra epoca, muta e silenziosa, resa invisibile da concezioni estreme: la santità della donna antica da un lato, e la demonizzazione dell'autonomia del desiderio femminile moderno dall'altro.

Il silenzio che oggi viene imposto alle donne si esprime con un potente

sistema di interdizioni che parla il linguaggio del diritto, quest'ultimo inteso come pensiero e modalità di regolazione dei rapporti sociali, in grado di esercitare un pieno controllo psico-giuridico sulla sessualità femminile, mascherandosi dietro l'utilizzo di categorie neutre e asessuate che in realtà esprimono il "verbo" dell'unico soggetto giuridico contemplato: un soggetto maschio, bianco e adulto. L'interdizione è pronta ad elevarsi tutte le volte che le donne tentino di rompere il silenzio, che per secoli è loro appartenuto, per appropriarsi pienamente del proprio potenziale materno, prendendo le distanze da immagini di sé imposte dall'esterno e veicolate da un assetto politico androcentrico, e tentando di conquistare il diritto di gestire autonomamente e con pieno senso di responsabilità la propria soggettività.

2. Rilevanza psico-giuridica e vissuti simbolico-affettivi nell'esperienza dell'aborto

L'emancipazione del genere femminile, la diffusione dei metodi contraccettivi, durante gli anni settanta, ha determinato e rafforzato il costituirsi di una nuova concezione psicosociale della maternità, non più considerata fenomeno biologico incontrollabile ma evento consapevole e scelta responsabile.

Nell'inconscio collettivo però, continua a persistere la concezione tradizionale secondo cui il desiderio femminile è per definizione inteso come desiderio di maternità, "brama generativa che parassita il corpo femminile, indipendente dalla sessualità, avulsa dal coinvolgimento erotico con l'altro, così come dalla ricerca del piacere" (Vegetti Finzi, 1996, 139). L'archetipo della madre continua ad impregnare, saturandola, l'identità psicosociale della donna, scandendo tutti i vissuti inerenti la scelta o il rifiuto della maternità e connettendoli ad un intenso conflitto tra la profondità della cultura del materno e la possibile non appartenenza a quest'immagine culturale.

Nella dimensione luttuosa che sempre accompagna la decisione di un'interruzione volontaria di gravidanza, anche all'interno di una prospettiva laica, è racchiuso tutto il dramma affettivo legato alla distruzione di un figlio immaginario.

Il dolore psicologico connesso al rifiuto di una vita umana è inoltre, fortemente influenzato da un'altra dimensione del lutto, determinato dal senso di distruzione della parte fondante della propria identità psichica, quella basata sulla maternità, sancita a livello psico-sociale come la "naturale" essenza della femminilità stessa.

La scelta dell'aborto non è riduttivamente riconducibile ad un problema di svantaggio economico-sociale altrimenti la questione sarebbe stata risolvibile adottando un approccio razionalistico basato sull'educazione contraccettiva e su strategie di supporto sociale.

Negli anni settanta, periodo in cui la drammaticità dell'aborto era soprattutto determinato dalla clandestinità che metteva in serio pericolo la vita delle donne, il Movimento delle donne, per la prima volta, connette la questione dell'aborto alla sessualità femminile, al suo potenziale di fertilità, e in particolar modo all'identità di genere, cioè all'impossibilità delle donne di potersi pensare e definire all'interno di uno spazio fisico e simbolico veramente libero e autonomo.

L'interruzione volontaria di gravidanza e i vissuti psico-affettivi ad essa correlati, dunque, vanno inquadrati in un'ottica psicodinamica che tenga conto, per prima cosa, della specificità del processo di costruzione dell'identità psico-sessuale femminile.

Nel modello di maternità interiorizzato, infatti, incide moltissimo la storia psico-relazionale del soggetto in rapporto alle figure primarie di accudimento, il proprio vissuto di figlia, la significazione del legame psico-affettivo con la figura materna reale e immaginaria, i costrutti simbolici sulla cultura del materno trasmessi dal contesto sociale d'appartenenza.

Una maternità non desiderata quindi, può spiegarsi in funzione di complesse e profonde dinamiche psicologiche. Essa può essere, infatti, legata all'impossibilità di pensare alla maternità come possibile categoria di identificazione reale, piuttosto utilizzarla come categoria ideale ed astratta rispetto alla quale far convergere i propri bisogni individuali e relazionali più inconsci, le proprie fantasie più recondite.

A questo proposito, Pasini (cit. in Cacciari, 1987) ritiene che una gravidanza indesiderata possa essere causata dallo iato tra il desiderio di gravidanza, come espressione di bisogni narcisistici (dal provare a sé stesse la propria fertilità all'illusione di rendere eterno un rapporto di coppia) e il desiderio di maternità inteso come disponibilità a dare affetto e prendersi cura dell'altro.

In altri casi, "le cosiddette 'maternità non volute' sono state prioritariamente 'sessualità non pensate'" (Vegetti Finzi, 1999, 84), all'interno delle quali la componente del piacere e la modalità ludica legata alla sessualità erotica è tenuta scissa dal pensiero sulla propria natura generativa. Di certo, tener conto di questa possibilità, non significa subordinare il piacere sessuale alla sessualità finalizzata all'atto procreativo, significa piuttosto prendere consapevolezza dei propri desideri più inconsci per evitare l'utilizzo di meccanismi di negazione rispetto al proprio potenziale di fecondità.

Può anche accadere che, in quanto parte fondante della propria identità psico-sessuale, il desiderio di maternità rimanga tale soltanto ad un livello inconscio, riuscendo comunque ad oltrepassare la censura e realizzare comunque i propri fini, scontrandosi però con il diktat sociale di controllo della propria fecondità, generando quindi un intenso conflitto intrapsichico. Non è un caso, a questo proposito, che è in crescita il numero delle trentenni che chiedono interventi irreversibili di sterilizzazione.

È allora più che mai evidente che fecondità fisica e psichica non sempre coincidono, che la maternità non è un fatto biologico, per cui da un lato assistiamo a gravidanze isteriche, somatizzazioni del desiderio inconscio di maternità, dall'altro l'aborto rappresenta la negazione della gravidanza perché la sua realizzazione non necessita semplicemente di un utero fisiologicamente preparato ad accogliere: la generatività implica invece, un investimento di desiderio, non un grembo fisico ma un grembo psichico dove l'altro possa essere concepito simbolicamente ed affettivamente, in modo da consentire il passaggio dal figlio immaginario, narcisisticamente presente, al figlio reale.

Chiarificatore a questo riguardo è la differenziazione semantica (inesistente nella lingua italiana) tra il concetto di *motherhood*, che indica la maternità come fenomeno biologico e sociale, e il concetto di *motherliness*, che invece corrisponde ad uno stato psicologico effettivamente raggiunto, che non è necessariamente legato al primo, determinato da specifici fenomeni emozionali che consentono alla madre di godere della relazione affettiva con il suo bambino, quindi di andare incontro ai suoi desideri e ai suoi bisogni.

Se il concepimento affettivo non si verifica sin dalle prime fasi della gravidanza, la richiesta di aborto potrebbe esprimere l'impossibilità dell'accoglimento dell'altro, l'impossibilità di pensare l'altro e donargli senso, cosa che può mettere gravemente a repentaglio la salute psico-fisica della madre e del feto stesso.

Il modello psico-sociale della madre votiva, per dote naturale, è fortemente interdipendente dalla problematica del controllo sociale sulla generatività perché alla maternità, intesa come dimensione naturale e sacra del femminile, è richiesto di divenire una silenziosa macchina di riproduzione. Ne è una chiara dimostrazione il fatto che alle battaglie sociali degli anni settanta che rivendicavano la liberalizzazione della sessualità e la diffusione dei metodi anticoncezionali venne risposto con una campagna statale e clericale di demonizzazione della contraccezione stessa, il cui interesse evidentemente fa capo al controllo delle nascite e della riproduttività femminile.

Non dimentichiamo inoltre, che fino al 1976, anno in cui gli italiani

vennero chiamati ad esprimersi con il referendum sull'aborto, le norme che fino ad allora disciplinavano la materia presentavano un profilo strettamente repressivo che prescindeva da ogni riferimento alla persona e ravvisava l'oggetto di offesa del "delitto" in un interesse della collettività relativo alla tutela del patrimonio demografico della nazione: l'aborto era parte dei "delitti contro l'integrità della stirpe".

Solo un grave pericolo per la vita, e non un pericolo per la salute, consentiva l'aborto in funzione quindi, del grave stato di necessità.

Negli anni settanta dinanzi al crollo della famiglia patriarcale, le logiche di potere androcentrico sono sopravvissute e si sono espresse attraverso il consolidarsi di un assetto economico-capitalistico che ha enfatizzato la valorizzazione del ruolo produttivo, di capitale e di cultura, e la svalorizzazione del ruolo riproduttivo delle donne e della loro cultura materna, non funzionale al sostentamento del sistema economico-capitalistico ma necessario al mantenimento di una cultura fallocratica dominante. L'affermazione indiscussa della subalternità della cultura materna rappresenta la modalità attraverso cui la società riesce a tenere in scacco l'autonomia decisionale delle donne in merito alla generatività.

A questo proposito, nell'immaginario simbolico del legislatore relativo alla legge 22 maggio 1978, n. 194, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza", emerge con forza l'ottica criminalizzante e moralistica rispetto alla quale la scelta abortiva è aprioristicamente intesa come evento mostruoso e innaturale, indipendentemente dalla specificità dei fattori originari che la motivano (tranne nei casi in cui la gravidanza non rappresenti un grave pericolo per la salute della donna).

Questa legge non ha istituito l'aborto, come ancora viene fatto credere, ha solo cercato di rendere legale e medicalmente più sicura una pratica che veniva comunque effettuata in forme clandestine che metteva gravemente a repentaglio la vita delle donne.

L'auspicata penalizzazione dell'aborto, da parte cattolica, di certo non avrebbe risolto i problemi, al contrario questi sarebbero stati semplicemente rimossi e lasciati irrisolti.

La società, in preda ai fantasmi tipici della fase più primitiva dello sviluppo in cui è intensa l'angoscia persecutoria di essere rifiutati o di non essere affettivamente concepiti dal desiderio materno, non riesce a farsi carico della sofferenza di una donna che vive un dilaniante conflitto tra il desiderio di maternità e l'effettiva incapacità o impossibilità di essere madre; tale vissuto è caratterizzato da una sofferenza indicibile legata alla concezione di sé come madre cattiva e mortifera, dal terrore della distruzione dell'altro e della propria stessa esistenza.

Gravidanza e maternità, sottratte alle loro implicazioni psicologiche, af-

fettive e relazionali, vengono trattate come mere questioni biologiche, quindi come ambito di esclusiva pertinenza medica.

L'operatore del consultorio (come previsto dalla legge 194), opera quindi in un clima caratterizzato dalla distanza relazionale, laddove è l'intervento tecnico, medicalizzato e burocratizzato, ad essere chiamato in causa nella risoluzione del problema attraverso l'utilizzo di risposte preconfezionate, sottovalutando e negando il pathos della scelta abortiva.

La domanda di interruzione volontaria di gravidanza non è mai semplicemente la richiesta di un atto medico perché le complesse componenti esistenziali che ne derivano, richiedono accoglimento, ascolto, sostegno e rielaborazione, al di là del fatto che nella decisione personale prevalga la scelta procreativa o abortiva.

Sembra però che la trafila prettamente burocratica, prevista dalla legge, nasconda una ritualità simbolica dal significato punitivo all'interno di un percorso scevro da ogni significato psico-relazionale; ci si trova dinanzi ad un cammino espiativo e disumanizzante, che come dice Bordi (cit. in Cacciari, 1987) acquisisce le caratteristiche, non di un "Io ausiliario", ma di un "Super-Io sociale" che si pone come minaccia dell'intimità della coppia a causa di un'ingerenza di tipo medico-statale dal significato simbolico, se non violento, di certo perturbante.

La presunta laicità della legge 194, allora, cede dinanzi alla sua vera *ratio* che non coincide né con la tutela dell'embrione (dal momento che dopo una trafila espiativa, la decisione ultima spetta comunque alla donna) né con la tutela della salute psico-fisica femminile (ultimo elemento chiamato in causa nel percorso decisionale): l'ostracismo di questa legge, che traspare implicitamente tra le righe, è riconducibile invece al bisogno di monitorare l'autodeterminazione femminile in fatto di procreazione, attraverso un'irremovibile condanna di immoralità della scelta abortiva. La riproduzione viene perciò tenuta sotto rigido controllo, anzi è la società a farsi carico della valutazione di legittimità della scelta abortiva, sostituendosi interamente alla responsabilità femminile, non essendo considerata la donna in grado di elaborare autonomamente un discorso etico sulla maternità.

La condizione di apparente autonomia decisionale, ribadita nella legge come diritto alla procreazione cosciente e responsabile, evoca fantasmi di onnipotenza femminile in fatto di generatività; all'interno della stessa legge non si esita, quindi, a porre la donna in una posizione di maggiore debolezza, sottoponendola a maggiori richieste da parte del partner e della società, richieste che non potrebbero realizzarsi se non attraverso lei.

In realtà, non può esserci una reale assunzione di responsabilità da parte femminile finché persiste una concezione inconscia della gravidanza intesa

come mero ricettacolo fisico, scisso dalla dimensione affettiva e relazionale con l'essere che si porta in grembo, concezione questa che mantiene e rafforza l'idea della madre come potenziale avversaria del feto, legittimando così le strutture di controllo sociale.

A livello psico-giuridico, il rapporto donna-embrione non va considerato né nell'ottica della proprietà privata, perché il concepito non rappresenta una qualsiasi parte del corpo femminile, né va inteso come un rapporto tra soggetti autonomi. Ci troviamo invece, dinanzi ad una relazione simbiotica in cui si è uno e due nello stesso tempo: solo la madre può fornire adeguatamente le cure fisiche e psicologiche perché l'essere che porta in grembo possa divenire persona.

Nessuna avanguardia tecnologica, nessuna regolamentazione che si imponga dall'esterno può sostituire il legame affettivo che si crea tra i due, perché non solo non si riuscirebbe a tutelare né la vita dell'embrione né la salute psicofisica della donna, ma si negherebbero alla donna stessa le competenze e le responsabilità relazionali che è culturalmente in grado di assumersi anche nei confronti della *polis* e del bene comune.

La decisione della nascita di un figlio infatti, deve liberarsi dall'etica dei diritti, dall'affermazione indiscriminata delle scelte e delle libertà individuali, discorso asettico e impoverente perché significherebbe ammettere, in modo mortificante per la stessa dignità umana, che tali scelte abbiano natura razionale e che vengano valutate in base ad un disumanizzante rapporto costo/beneficio. La decisione di un aborto volontario invece, mette sempre in gioco alti livelli di conflittualità e di sofferenza intrapsichica di cui dobbiamo avere grandissimo rispetto perché mai bisognerebbe pensare, adottando criteri moralistici, che tale scelta possa essere soppesata in base a criteri razionalistici.

La scelta della maternità attiene a vissuti molto più complessi in cui non sempre desiderio e volontà coincidono perché attinge alla profondità della dimensione affettiva appartenente a diverse storie di vita: quella materna, quella paterna e la storia della coppia.

Appropriarsi democraticamente della soggettività da parte delle donne, significa riconoscere la propria responsabilità nei confronti del partner, quindi cercare di comprendere come la decisione presa lo colpirà emotivamente (cosa di fondamentale importanza in un'epoca in cui si chiede agli uomini, e gli uomini stessi chiedono, un maggiore coinvolgimento nelle responsabilità genitoriali); prendere atto delle proprie responsabilità rispetto alla vita, al futuro, alla crescita di un potenziale figlio, riconoscendo i propri limiti e l'eventuale impossibilità di farsene carico, perché sia le motivazioni adottate alla scelta della maternità sia quelle adottate alla scelta abortiva rientrano all'interno di un sistema di responsabilità relazionali.

Aver fiducia nell'etica delle responsabilità significa quindi, dare la possibilità alle donne di riappropriarsi del proprio corpo sessuato e potenzialmente fecondo, e alla società di legittimarlo; vuol dire far sì che le donne vengano riconosciute, per la prima volta nella storia dell'umanità, soggetti morali sessuati, non più specularmente confrontati e assimilati all'identità maschile.

Questo non significa che partner e comunità siano svincolati da ogni genere di responsabilità in questioni riguardanti la generatività: le donne non vanno poste sotto tutela, dovrebbero invece essere messe nelle condizioni di poter autodeterminarsi, disponendo, in piena fiducia da parte della comunità, della loro sensibilità e responsabilità.

È assolutamente necessario che la disciplina sull'aborto non sia più legata a nessuna legge ambigua che lasci spazio all'ipocrisia del legislatore e al suo bisogno di controllo sociale sulla fecondità, camuffato da istanze moralistico-religiose di tutela dell'embrione.

Nel pieno rispetto del riconoscimento della sensibilità etica, morale e religiosa di ciascuno, temi di natura così delicata non dovrebbero essere relegati nella sfera di un diritto repressivo (che per altro consentirebbe solo il ritorno alla clandestinità), né all'interno di un diritto caratterizzato da norme rigide e astratte.

L'etica della responsabilità materna potrebbe essere davvero riconosciuta e legittimata all'interno di un diritto che non si nasconda più dietro una soggettività neutra e asessuata: se, come dice Irigaray (1993), "la natura umana è due, maschile e femminile", e se il diritto vuole rispettare la vita non può né neutralizzare le differenze né inventarsi una seconda natura, astratta ed irrealistica, dietro cui si nasconderebbe solo la metà del genere umano.

Lungi dal voler proporre una epistemologia dualista basata su una distinzione di tipo manicheo tra maschile e femminile, tra due diritti sessualizzati e differenziati secondo categorie rigide e dicotomiche, ciò che si auspica è l'elaborazione di un nuovo diritto capace di valorizzare la diversità del soggetto maschile e femminile attraverso il riconoscimento della centralità della cultura del materno in fatto di procreazione e attraverso l'affermazione di un nuovo soggetto giuridico, "sessuato, concreto e vincolato" (Pateman, cit. in Pitch, 1998, 39), posto nella possibilità di raccontarsi, rappresentarsi e autodefinirsi a partire da sé, dall'unicità della propria identità psico-fisica di cui ognuno deve avere piena sovranità.

Questo nuovo modello giuridico corrisponde alla nascita di un diritto leggero, caratterizzato da "vuoti legislativi" (Cigarini, cit. in Pitch, 1998, 230) che, contrapponendosi all'universalismo individualistico e all'uguaglianza formale del diritto moderno, sia capace di porsi a garanzia della complessità,

relatività e specificità della esistenza umana, sia in grado di “bilanciare interessi diversi, il principio dell’autodeterminazione, la tutela della salute della donna, e non da ultimo il diritto alla vita del feto” (Pitch, 1998, 85).

Soltanto così, il diritto alla vita del nascituro può essere tutelato insieme, e non contro, il diritto all’integrità psico-fisica della madre.

3. Rilevanza psico-giuridica e vissuti simbolico-affettivi nell’esperienza della fecondazione assistita

L’immaginario psico-affettivo che ruota attorno al tema della generatività oggi entra in profonda crisi dinanzi alla diffusione dell’intervento medico-scientifico sulla procreazione, alla commistione di temi di natura etica, giuridica, biomedica e psico-sociale e del modo in cui questi influenzano la dimensione fantasmatica dei legami di filiazione, districandosi nel rapporto tra diritti, doveri e responsabilità.

Benché la procreazione medicalmente assistita (P.M.A.) interessi direttamente un numero limitato di coppie, la questione etica e politica ad essa connessa coinvolge tutti i soggetti sociali di questo periodo storico-culturale, poiché l’espansione di pratiche di riproduzione artificiale introduce questioni complesse ed innovative, in rottura con i modelli culturali che per secoli hanno caratterizzato gli stili di convivenza sociale, rispetto ai quali l’opinione pubblica e la coscienza sociale fatica ad attribuirvi un significato chiaro ed univoco.

Già negli anni settanta, l’introduzione dei metodi contraccettivi aveva contribuito al delinearsi di nuovi modelli sessuali e genitoriali basati su una volontà negativa legata alla possibilità di decidere liberamente di non voler concepire un figlio in un determinato periodo della propria vita. Oggi, la recente diffusione delle tecniche di fecondazione assistita introduce, per la prima volta, una volontà positiva legata alla possibilità di decidere quando, con chi e come concepire un figlio.

L’originaria scissione tra sessualità e riproduzione assicurata dalla contraccezione, con la recente introduzione delle tecniche di fecondazione assistita, è stata sostituita dalla scissione tra riproduzione e fertilità (ben più rilevante in termini psicologici e sociali), ovvero l’indipendenza tra chi è portatore del desiderio di procreare e chi invece è portatore di materiale genetico.

Mentre la diffusione dei metodi contraccettivi aveva messo in discussione la sfera della sessualità femminile, la diffusione delle tecniche di P.M.A. mette in discussione le concezioni tradizionali sulla generatività, non semplicemente ad un livello biologico perché, come abbiamo già vi-

sto, le costanti psico-sociali che ruotano attorno al tema della generatività hanno origine dall'investimento simbolico sulla natura sessuale e sessuata del corpo umano, sulla potenzialità generativa delle donne, base universale dell'assetto normativo che regola la relazione tra i sessi e a partire dalla quale prende forma la convivenza umana.

I mutamenti repentini introdotti dalla contraccezione, dal prefigurarsi di un nuovo ruolo femminile nella famiglia e nella società e dalla recente diffusione delle tecniche di riproduzione artificiale, stanno definendo una modifica dei rapporti umani, dell'assetto tradizionale della famiglia, accompagnandosi ad implicazioni emotive molto intense.

La psicoanalisi, essendo essa stessa nata dalla crisi del soggetto moderno, può aiutarci nel processo di riconcepimento psico-socio-culturale dei legami familiari, nella rivisitazione psico-giuridica della costituzione istituzionale ed affettiva del legame di filiazione, nell'attribuzione di senso a quelle tecniche biomediche che nascondono le loro logiche dietro una parvenza di neutralità.

La fecondazione omologa è una tecnica di riproduzione artificiale culturalmente più accettata rispetto ad altre poiché possono usufruirne coppie coniugali o coppie unite da una convivenza stabile, tali da non intaccare i confini istituzionali della famiglia, implicando un mutamento soltanto nei metodi della procreazione.

L'ambiguità dell'utilizzo delle tecniche di P.M.A. riguarda il fatto che esse, se presuntuosamente applicate fuori dal coinvolgimento affettivo e decisionale della coppia, come quasi sempre avviene, finiscono per perdere il loro significato clinico (nel senso etimologico della parola) ed acquisire le caratteristiche di un'esperienza avulsa e perturbante sia per la donna, fatta oggetto di manipolazione fisica, che per la coppia all'interno della quale il partner, escluso radicalmente dal coinvolgimento fisico, sarebbe portato ad un processo di svalutazione della propria paternità.

Nel caso della fecondazione eterologa, l'intensità della risonanza emotiva che ne può caratterizzare i vissuti è determinata da fantasie, desideri e timori che incidono profondamente sia sul piano reale che fantasmatico della relazione di coppia, sia sul rapporto di filiazione.

Per il padre sociale, infatti, la presenza del seme di un altro uomo, padre biologico esterno alla coppia, rappresenta un ulteriore momento di esclusione dalla diade madre-bambino, una enfaticizzazione quindi, della fantasia partenogenetica femminile; fantasmi questi, difficili da esorcizzare se non attraverso l'utilizzo di meccanismi di negazione che contribuiscono alla formazione di un segreto familiare indicibile che, inelaborato ed espulso dalla coscienza, apre la strada alla formazione di rischiose, non sane e sintomatiche organizzazioni familiari.

Ancora più difficile e complesso, sempre in tema di fecondazione eterologa, è il caso della donazione di ovuli, in cui il concepito è geneticamente estraneo alla madre sociale, che potrà soltanto portarlo in grembo e partorirlo, venendosi a trovare così in una situazione a metà tra la fecondazione e l'adozione: "il bambino che nascerà sarà sentito 'meno proprio' di quello naturale ma 'più proprio' di quello adottivo" (Vegetti Finzi, 1999, 220). In questo caso, la madre sociale, attraverso la gravidanza, può tentare di riparare la ferita narcisistica della propria sterilità biologica, consentendole il parto di dare alla luce un figlio da sé.

Fanno da sfondo alle varie tecniche di procreazione assistita, l'angoscia della coppia per gli alti rischi fallimentari cui si può andare incontro, il timore non solo di perdere un bambino reale e fantasmatico ma anche la frustrazione di un percorso segnato da numerosi ostacoli e sofferenze in cui diventa sempre più risonante la propria ferita narcisistica.

La difficoltà più grande che fa da ostacolo al processo verso la genitorialità è la rottura fisiologica, psicologica e simbolica rispetto ad un modello condiviso, la difficoltà a legittimare la genitorialità sociale attribuendole pari dignità della genitorialità biologica.

L'introduzione della tecnologia riproduttiva nel concepimento umano ha determinato infatti, un innaturale svincolarsi della riproduzione dal rapporto sessuale, ha alterato di fatto ciò che prima era considerato un evento biologico con tempi e modi naturali, trasformandolo in un prodotto artificiale e culturale.

Si assiste alla scissione della genitorialità tra elementi prettamente biologici, elementi culturali ed elementi giuridici che stentano a trovare una rappresentazione mentale e sociale condivisa, nella difficoltà di districarsi tra un pluralismo di modelli genitoriali: genitorialità biologica, maternità gestante, genitorialità legale, genitorialità sociale, genitore-donatore di sperma, genitore-donatrice di ovuli, maternità surrogata.

All'interno di un quadro così complesso, inevitabilmente si determina un vuoto di pensiero e di capacità di simbolizzazione tale da non rendere iscrivibile la propria genitorialità in nessuna categoria socialmente riconosciuta.

La crisi profonda che colpisce la generatività, intaccandone il livello istituzionale e culturale, coinvolge anche la dimensione immaginaria e narcisistica della filiazione. Come per le famiglie adottive, anche per le famiglie che abbiano fatto ricorso alle tecniche di P.M.A., la genitorialità e i rapporti di filiazione sono spesso contrassegnati dal fantasma delle origini biologiche che pongono il figlio in una ricerca fantastica ed incessante delle proprie radici, e i genitori in un affannoso tentativo di scongiurare tale scoperta. Il corollario della consanguineità coincide con il corollario dell'autodetermi-

nazione, della riproduzione narcisistica del sé: esso è un cordone ombelicale psichico riscontrabile anche nei vissuti che connotano l'adozione.

I fantasmi inconsci legati al mistero delle origini potrebbero incidere sulla strutturazione del legame ed in particolare sull'elaborazione della fase edipica dello sviluppo dei figli, i quali potrebbero essere portati a deidealizzare il padre a causa della sua infecondità, vissuta come impotenza (enfaticizzando, quindi, i sensi di colpa per il desiderio di castrazione nei suoi confronti, tipici di questa fase dello sviluppo); o al contrario, se prevalgono le fantasie onnipotenti e narcisistiche, tipiche dei bambini in questa fascia d'età, questi ultimi potrebbero essere portati a fantasticare di essersi generati da sé.

Le tecniche di fecondazione assistita, quindi, introducendoci in nuovi modelli parentali e di filiazione ci alimentano paure, ci provocano angosce perché ci pongono al di fuori degli assetti di triangolazione edipica su cui si basa il modello tradizionale della famiglia.

La ferita narcisistica, legata alla scoperta della propria infertilità e all'ansia rispetto ad un assetto familiare anomalo, rende i genitori incapaci di mediare tra il livello simbolico-istituzionale e il livello fantasmatico del familiare. Dinanzi a tale difficoltà, una soluzione può essere individuata nel rafforzamento difensivo del modello normativo di organizzazione familiare o nell'investimento narcisistico di un nuovo tipo di legame di filiazione, determinato dall'evoluzione delle tecniche biomediche, che Guyotat definisce "filiazione da corpo a corpo" (Zurlo, 2002, 6).

Questo legame di filiazione da un lato, ha la funzione di sanare la ferita della infecondità fisica e psicologica, perché la riproduzione biologica corrisponde al desiderio di autogenerazione, quindi consente di ovviare all'angoscia di morte, all'umiliazione dell'impossibilità della replicazione di sé e della continuazione della specie; dall'altro lato, legittima e rafforza l'archetipo della madre per vocazione naturale che trova massima espressione nella rappresentazione del corpo femminile come macchina riproduttiva, un tempo biologica, oggi artificiale.

In realtà, il percorso verso la maternità è un evento lungo e complesso che va dal concepimento fino alla gestazione, dal parto alla cura, eventi questi che incidono nella sfera psico-fisica individuale e nel rapporto affettivo che può instaurarsi con il feto sin dalle prime fasi della gravidanza. Il percorso verso la paternità invece, è un evento caratterizzato da un vuoto simbolico-affettivo, oltre che concretamente temporale, che va dal momento del concepimento alla nascita del figlio.

L'uomo quindi, escluso fisiologicamente dalla generatività, vive le prime tappe del suo percorso verso la genitorialità ad un livello puramente astratto ed immaginario, posto ancor di più in difficoltà dal conflitto tra un modello ideale di concepire la paternità, libera dall'ordine autoritario e patriarcale del

passato, e l'incapacità di elaborare un modello genitoriale ex novo che non si sovrapponga necessariamente al tradizionale ruolo materno.

Soltanto prendendo consapevolezza della complessità della questione relativa alla procreazione medicalmente assistita, è possibile aprire una riflessione etica che orienti le coscienze civili a guardare al fenomeno adottando un'ottica basata sulla complessità dinamica e sulla relatività, che sia in grado di evitare veloci ed aprioristiche demonizzazioni determinate dall'angoscia della mancanza dei tradizionali riferimenti culturali e dall'intensità dei vissuti emotivi elicitati, e di tener conto anche del fatto che alle tematiche riguardanti la generatività, la fertilità e la sterilità fanno da sfondo le costanti simboliche sulla identità di genere.

L'uomo, ad un livello ancestrale, ha tentato in ogni modo di appropriarsi di un ruolo di forza all'interno della triade familiare, attribuendo alla paternità un ruolo antitetico rispetto alla funzione tipicamente materna basata sull'accudimento e sulla cura della relazione: ha imposto il proprio codice valoriale e la propria cultura utilizzando la funzione della legge, la trasmissione del patrimonio economico e del prestigio della discendenza familiare, essendo queste le uniche pratiche che potevano garantirgli simbolicamente un senso di immortalità e di generatività eterna.

Oggi, la diffusione delle tecniche di riproduzione artificiale fornisce definitivamente agli uomini la possibilità di esprimere il desiderio maschile inconscio di prendere parte alla generazione, di appropriarsene concretamente, e non più soltanto simbolicamente; le donne invece, rischiano di perdere quella continuità temporale e simbolica nell'esperienza che unisce concepimento e parto, rischiando così di vedere la loro maternità ridotta ad una mera funzione biologica, sottratta a quelle valenze emotivo-relazionali che ad essa appartengono.

Il discorso simbolico che attraversa e dà continuità logica al cambiamento epocale che ha consentito il passaggio da un modello tradizionalista di maternità, inteso come evento determinato dal destino anatomico, ad un modello di genitorialità condizionato dagli artefatti scientifico-culturali, riguarda sempre e comunque la sottomissione della fecondità femminile ad un controllo sociale esterno che parla il linguaggio della cultura fallocratica, attraverso un processo di rimozione della sfera psicologica ed affettiva connessa alla generatività.

Affinché la scienza infatti, manipolata dal pensiero androcentrico, riesca nel suo intento di controllo diventa necessario ridurre il corpo femminile in oggetto di studio scientifico da analizzare secondo un modello medico-istituzionale, caratterizzato da meccanicità, razionalità ed astrattezza. Si fa spazio così, un'epistemologia che non è capace di dare valore alla cultura del materno, che si sostituisce alla ricchezza esperienziale accumu-

lata nei secoli dalle donne levatrici, ad un patrimonio unico tramandato di madre in figlia e basato sulla preziosa unicità dell'esperienza psico-affettiva della generatività.

La tecnologia genetica quindi, non può essere concepita come semplice servizio sanitario erogato dalla comunità medica poiché essa non svolge una vera funzione terapeutica, piuttosto assume le caratteristiche di un palliativo che consente soltanto di aggirare l'ostacolo dell'infertilità, non essendo volta né a sanare né a restituire la funzione generativa.

L'apparente neutralità e asetticità che accompagnano le tecniche di P.M.A. e l'apparente desessualizzazione che impongono al momento procreativo, è invece caratterizzata da un investimento di desiderio che rende necessario prima ancora che un ripensamento del legame di filiazione, una riflessione psicologica, etica e politica sui rapporti di potere che caratterizzano le relazioni sessuali e sessuate tra uomo e donna, basate sul rafforzamento del controllo medico sull'utero femminile.

Con l'approvazione del testo di legge sulla procreazione assistita (legge 40/2003), lo Stato è stato pericolosamente richiamato ad intervenire nell'ambito della relazione tra i sessi: la legge sposa infatti, un profilo strettamente repressivo in cui riemerge, con forza, l'intrusione del pubblico nel privato in aree che dovrebbero essere di esclusiva pertinenza della vita intima della coppia e della sua autonomia e responsabilità decisionale.

Il divieto del ricorso a tecniche di fecondazione assistita di tipo eterologo ha il significato di scongiurare i rischi che una donna possa procreare senza autorizzazione di un uomo legittimato dall'istituzione statale o religiosa a mantenere il controllo sul suo corpo, e di recingere la generatività all'interno di un modello di maternità "naturale", garantito dall'esclusivo impiego del seme del partner.

Tale divieto persiste anche laddove è presente la volontà e il consenso della coppia di ricorrere a un donatore esterno, pur contrastando con una moderna concezione della genitorialità intesa come dimensione relazionale ed affettiva, e non semplicemente biologica, della filiazione, ormai affermatasi anche nel diritto positivo.

La legge pone poi un limite numerico degli ovuli da fecondare, a causa del divieto di crioconservazione, per cui la donna si trova ad essere sottoposta, per decisione sanitaria obbligatoria (incostituzionale sia in base al diritto alla salute e alla vita sia in base al diritto di autodeterminazione nelle cure), all'impianto di ben tre embrioni per volta, a costose e pericolose stimolazioni ormonali, ad una manipolazione pesante sul corpo.

È evidente come le tecniche di fecondazione assistita non guardino al corpo femminile come soggetto da tutelare, sottratto com'è alla sua naturale integrità psico-fisica, reso frammentato e manipolabile dall'intervento tecno-

logico e dalla presenza invasiva di un medico-burocrate. È presente nella legge invece, una tendenza astrattizzante che pone una forte attenzione alla tutela del feto come se si trattasse di persona giuridica; e una tendenza oggettivante che riduce la maternità a funzionamento corporeo e che non consente di contemperare l'interesse morale per il feto con il diritto alla salute della donna, anzi ad essere più precisi, il diritto alla salute finisce per essere subordinato al diritto alla vita dell'embrione che si pone come censore della dignità e della sacralità della gestazione.

Un punto altrettanto ambiguo della legge riguarda poi il divieto di diagnosi preimpianto che di fatto finisce per ostacolare la genitorialità di tutte quelle coppie che si rivolgono alla scienza a causa di rischi di patologie genetiche o virali per il nascituro. Pensiamo, ad esempio, alle decine di centinaia di coppie talassemiche dell'area mediterranea che non avrebbero ormai più motivo, nonostante ce ne fosse piena necessità, di usufruire della fecondazione assistita, benché la legge, paradossalmente, consenta loro di optare per l'aborto terapeutico.

La medicina della procreazione in questo modo tenta onnipotentemente di superare i limiti posti dalla natura umana, nascondendo la sua brama di controllo dietro l'affermazione dell'etica della vita, la mitizzazione della scienza attuata nella cultura occidentale e la sovrapposizione di ragioni ideologiche su ragioni sanitarie, cosicché alla massima rigidità ideologica della legge corrisponde la massima inapplicabilità.

Dinanzi alla consapevolezza di avere a che fare con una legge il cui unico interesse è l'imposizione di modelli conservatori e patriarcali di genitorialità e di relazione tra i sessi, assistiamo al sovvertimento del principio costituzionale della laicità dello Stato, oggi sovrapposto alla morale e al sabotaggio dell'autodeterminazione femminile.

Se è il diritto a dover giudicare, decidere, sollecitare e controllare le competenze, il senso di responsabilità e di cura, vuol dire che ancora una volta la donna non è considerata soggetto pienamente morale, soggetto politico autonomo, ma corpo pubblico vincolato da divieti. Si evince che "il corpo femminile è un campo di conflitti in cui si scontrano interessi riconducibili a soggetti diversi; che comunque le donne non sono tra questi soggetti" (Pitch, 1998, 20).

Alla luce di quanto detto, un approccio diverso alle tecniche di riproduzione sessuale è possibile utilizzando pratiche di promozione sociale che favoriscano un atteggiamento genitoriale fondato sulla relazionalità, affermando il riconoscimento delle differenze sessuali e collocando la donna in una posizione centrale per la primaria importanza biologica, psicologica e affettiva che ricopre nella procreazione in quanto evento relazionale.

Ciò implica un processo di riconoscimento e di valorizzazione sociale

di uno stile affettivo e intellettuale, radicalmente differente dall'etica dominante basata sulla soggettività dell'Io, capace invece di inquadrare il discorso sulle biotecnologie in una trama di desideri e di responsabilità, pur in assenza di vincoli etici esterni.

Il riconoscimento dell'autodeterminazione femminile equivarrebbe allora al riconoscimento di un'etica capace di districarsi tra diritti, doveri e responsabilità basati su vincoli interni, in rottura con modelli culturali onnipotenti basati sul "volere un figlio a tutti i costi". Una volta garantita l'assoluta e prioritaria responsabilità delle donne in fatto di riproduzione, una volta garantita la libertà d'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, allora sarà reso possibile alle donne assumere piena responsabilità verso se stesse e la propria storia di vita, verso l'embrione e la comunità in generale.

Si auspica inoltre, lo sviluppo di una medicina olistica che, sottraendosi alle logiche di potere statale, sappia guardare all'individuo nella sua integrità psicosomatica, riesca a privilegiare l'interesse e la tutela della salute psicofisica delle donne, sappia garantire alle coppie genitoriali sterili un percorso di sostegno psicologico perché ci sia consapevolezza dei significati che vengono attribuiti dalla coppia alla sterilità e al legame di filiazione desiderato.

Mentre il bisogno di regolazione sociale ha trasformato il discorso psico-socio-affettivo sulla genitorialità in norme moralistiche, astratte e spersonalizzanti, fondate sulla negazione e sulla repressione della soggettività degli attori coinvolti, è più che mai necessario affermare la necessità di un paradigma legislativo leggero, basato su una cornice di principi dinamici e relativisti: il diritto alla dignità umana (contro la commercializzazione dei corpi delle donne, contro la strumentalizzazione dei poteri civili e religiosi della maternità), il diritto alla maternità (perché la donna abbia piena sovranità sul proprio corpo), il diritto alla identità umana (Irigaray, 1989).

Le relazioni d'amore, la sessualità e la procreazione non sono iscrivibili in norme asettiche e predeterminate; esse si fondano, sull'empatia, sulla condivisione e sull'interdipendenza, su quella cultura del materno che, non esaurendosi nella generatività biologica, potrebbe essere in grado di creare nuove culture relazionali, di produrre nuovi legami sociali, di esprimere creatività culturale.

Se riconosciuta e valorizzata, l'etica delle responsabilità sarebbe in grado di abbattere quelle logiche patriarcali che oggi trovano massima espressione, oltre che nel pensiero che domina la differenza di genere, anche nella violenza delle "monocolture della mente" (Shiva, in Barazzetti, Leccardi, 2001, 147), tipiche delle società capitalista e delle sue forme neocoloniali basate sulla guerra permanente, pronta a distruggere ogni genere di

biodiversità (razza, genere o classe sociale) che possa mettere in crisi l'assetto di potere sociale, economico, politico e culturale dominante.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., 2001, *Convegno Europeo: Donne e bambine in Europa*, FIDAPA-BPW, Torino
- Associazione Donne Magistrato Italiane, 1995, *La violenza domestica. Un fenomeno sommerso*, FrancoAngeli, Milano
- Baratta A., 1999, "Il paradigma del genere. Dalla questione criminale alla questione umana", in *Dei delitti e delle pene*, 1, 69-115
- Barazzetti D., Leccardi C., 2001, *Genere e mutamento sociale*, Rubettino, Soneria Mannelli
- Barra R.C., 2000, "Lo statuto giuridico dell'embrione umano", *Jus. Scienze giuridiche*, 1, 157-165
- Belmont N., Valabrega J.P., 1981, "Sessualità", in *Enciclopedia*, vol. 12, 813-830
- Bestetti G., 1996, "Teorie della sessualità femminile", in Cristiani C., a cura di, *Percorsi di genere tra natura e cultura*, Unicopli, Milano
- Bimbi F., a cura di, 2003, *Differenze e disuguaglianze*, Il Mulino, Bologna
- Brown D., Zinkin L., a cura di, 1996, *La psiche e il mondo sociale*, Cortina, Milano
- Burr V., 2000, *Psicologia delle differenze di genere*, Il Mulino, Bologna
- Cacciari C., 1987, "All'inverso di madre. La legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza", in Pitch T., a cura di, *Diritto e Rovescio*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli
- Cantarella E., 2001, *Passato prossimo*, Feltrinelli, Milano
- Carotenuto A., 2001, *L'anima delle donne*, Bompiani, Milano
- Commissione Nazionale Pari opportunità, 1999, *Pagine rosa. Guida ai diritti delle donne*, Ed. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma
- Commissione Nazionale Pari Opportunità, 2000, *Ragioniamo di maternità. Maternità, paternità e riforma del Welfare*
- Commissione Nazionale Pari Opportunità, 2002, *La convenzione contro il razzismo*
- Cristiani C., a cura di, 1996, *Percorsi di genere tra natura e cultura*, Unicopli, Milano
- Cristiani C., 1996, "Affetti e genialità: l'identità di genere tra appropriazione e scambio", in Cristiani C., a cura di, *Percorsi di genere tra natura e cultura*, Unicopli, Milano
- D'Agostino G., 2000, "Travestirsi. Appunti per una 'trasgressione' del sesso", in Ortner S., Whitehead H., a cura di, *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile*, Sellerio, Palermo
- Dettore D., Fuligni C., Vitagliano F., 1993, *Donna e abuso sessuale*, FrancoAngeli, Milano

- Di Maria F., 2000, *Psicologia della convivenza*, FrancoAngeli, Milano
- Di Vita A.M., Mancuso R., a cura di, 2000, *Oltre Proserpina*, FrancoAngeli, Milano
- Di Vita A.M., Giannone F., a cura di, 2002, *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio*, FrancoAngeli, Milano
- Farri Monaco M., Castellani P., 1994, *Il figlio del desiderio. Quale genitore per l'adozione?*, Boringhieri, Torino
- Freud S., (1905) 1970, "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Freud S., *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino
- Freud S., (1932) 1989, "La femminilità", in Freud S., *Opere*, vol. XI, Boringhieri, Torino
- Gianformaggio L., 1997, "Femminismo: diritto e identità", in *Ragion pratica*, 8, 11-108
- Giannone F., Lo Verso G., 1996, *Il self e la polis. Il sociale e il mondo interno*, FrancoAngeli, Milano
- Gilligan C., 1987, *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano
- Goldman A., 1996, *Le donne entrano in scena*, Giunti, Firenze
- Godelier M., 1981, "Uomo/donna", in *Enciclopedia*, vol. 14, 796-813
- Gulotta G., 2000, *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, Giuffrè, Milano
- Haraway D.J., 1999, *Manifesto Cyborg*, Feltrinelli, Milano
- Héritier F., 1979, "Maschile/femmineile", in *Enciclopedia*, vol. 8, 797-812
- Heritier F., 1997, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari
- Inglese S., 1996, "Introduzione", in Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Boringhieri, Torino
- Irigaray L., 1989, *Il tempo della differenza*, Editori Riuniti, Roma
- Irigaray L., 1992, *Io, tu, noi*, Boringhieri, Torino
- Irigaray L., 1993, *Amo a te*, Boringhieri, Torino
- Leach E., 1980, "Natura/cultura", in *Enciclopedia*, vol. 9, 757-791
- Le Roy J., 1996, "Gruppoanalisi e cultura", in Brown D., Zinkin L., a cura di, *La psiche e il mondo sociale*, Cortina, Milano
- Mancina C., 2002, *Oltre il femminismo*, il Mulino, Bologna
- Mengarelli Flamigni M., 2002, *I bambini nel cassetto. Le molte facce della procreazione: uno sguardo socio-culturale sulla fertilità e sulla infertilità*, FrancoAngeli, Milano
- Moscarini L.V., "Aborto", *Enciclopedia Giuridica*, vol. 1, 19—**
- Nicholson L., 1996, "Per un'interpretazione di 'genere'", in Piccone S., Saraceno C., a cura di, *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Il Mulino, Bologna, 41-65
- Ortner S., Whitehead H., a cura di, 2000, *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile*, Sellerio, Palermo
- Ortner S., Whitehead H., 2000, "Prefazione all'edizione italiana", in Ortner S., Whitehead H., a cura di, *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile*, Sellerio, Palermo

Anno?	Pa-
	gine?

- Ortner S., Whitehead H., 2000, "Una spiegazione dei significati sessuali", in Ortner S., Whitehead H., a cura di, *Sesso e genere, L'identità maschile e femminile*, Sellerio, Palermo
- Palazzi M., 1997, *Donne sole*, Mondadori, Milano
- Piccone S., Saraceno C., a cura di, 1996, *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, Il Mulino, Bologna
- Piccone S., Saraceno C., 1996, "Introduzione. La storia di un concetto e di un dibattito", in Piccone S., Saraceno C., a cura di, *Genere. La Costruzione sociale del femminile e del maschile*, il Mulino, Bologna
- Pitch T., 1998, *Un diritto per due*, il Saggiatore, Milano
- Pitch T., 1987, "'There but for fortune...'. Le donne e il controllo sociale", in Pitch T., *Diritto e rovescio*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli
- Pitch T., a cura di, 1987, *Diritto e rovescio*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli
- Pizzini F., Lombardi L., a cura di, 1994, *Madre provetta. Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano
- Powell A., 1996, "Verso il concetto unificante di matrice di gruppo", in Brown D., Zinkin L., a cura di, *La psiche e il mondo sociale*, Cortina, Milano
- Romito P., 1999, "Dalla padella alla brace. Donne maltrattate, violenza privata e complicità pubbliche", in *Polis*, 13, 235-254
- Romito P., 2000, *La violenza di genere su donne e minori. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano
- Salerno A., Di Vita A.M., 2004, *Genitorialità a rischio. Ruoli, contesti e relazioni*, FrancoAngeli, Milano
- Scabini E., Cigoli V., 2000, *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Cortina, Milano
- Rubin G., 1976, "Lo scambio delle donne. Una rilettura di Marx, Engels, Lévi-Strauss, Freud", in *Nuova dwf donna woman femme*, 1, 23-66
- Scorza A., 1993, "Tra disciplina scientifica e norma giuridica: la storia minore delle donne", in *Dei delitti e delle pene*, 1, 15-35
- Valentini C., 1997, *Le donne fanno paura*, il Saggiatore, Milano
- Vegetti Finzi S., 1996, *Il Bambino della notte. Divenire donne divenire madre*, Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S., 1999, *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*, Mondadori, Milano
- Ventimiglia C., 1992, *Donna delle mie brame. Viaggio intorno al problema della molestia sessuale sul posto di lavoro*, FrancoAngeli, Milano
- Ventimiglia C., 1991, "La riproduzione umana tra vincoli di necessità e scenari in trasformazione. Le rappresentazioni, gli attori, la coscienza del limite", in *Politica del diritto*, 2, 235-275
- Vianello M., Caramazza E., 1998, *Donne e metamorfosi della politica*, Editori Riuniti, Roma
- Zurlo M.C., 2002, *La filiazione problematica*, Liguori, Napoli

6. Il disagio e l'abuso: gruppi di musicoterapia con bambini e mamme maltrattati

di Flora Inzerillo

1. Introduzione

Il maltrattamento e l'abuso infantile sono fenomeni di grande complessità e di sempre maggiori dimensioni nella rilevanza sociale e pubblica; infatti i casi denunciati sono in crescita e ciò non sembra attribuibile tanto ad un parallelo aumento delle vittime, quanto ad un accresciuto senso di responsabilità e di coscienza culturale rispetto al mondo dell'infanzia e ai suoi diritti.

Uno dei primi studiosi ad occuparsi d'abusi sui bambini è stato il pediatra americano Kempe che nel 1962 ha introdotto la nozione di "sindrome del bambino battuto"; successivamente il concetto d'abuso è stato ampliato non limitandolo più solo alle percosse e ai danni fisici ma anche al cosiddetto abuso psicologico; all'interno di questo concetto poi l'International Conference of Psychological Children and Youth del 1983, cita: "atti omessi o commessi da individui che sono in una posizione di potere differenziale che rende il bambino vulnerabile" (Benedict, 2000).

Questo si collega ad uno dei tratti che accentua la traumaticità dell'abuso cioè la "rottura della barriera intergenerazionale": in tal caso infatti "nell'interazione tra bambino e adulto vengono a confondersi i ruoli generazionali, per cui l'adulto perde il proprio ruolo educativo e protettivo e il bambino per lui non è in grado di evocare la funzione di tutela e protezione indispensabile per la sua crescita. Si determinerà così una profonda confusione che investe in modo complesso le dimensioni intrapsichiche profonde e il livello d'interazione" (Giommi, Perrotta, 1997).

Per il bambino tutto ciò comporta l'impossibilità di utilizzare la funzione genitoriale, rompendo l'investimento narcisistico "sano" nei confronti dei genitori, che si proietta nella crescita; l'importanza del mantenimento dei ruoli generazionali sta nell'interiorizzazione delle regole e nel riconoscimento nel tempo dei processi di crescita ed autonomia.

Tutto ciò si trova ad essere sovvertito nei casi d'abuso e risulta ambivalente nei casi di maltrattamento.

Tra gli esempi di maltrattamento psicologico vi sono gli atti di rifiuto, d'intimorimento, d'isolamento e di sfruttamento. Tutte queste forme di violenza implicano un vissuto di umiliazione, poiché sono connesse alla disconferma di una richiesta d'attenzione e d'approvazione che il bambino può ricevere solo sperimentando la presenza di figure genitoriali, quali soggetti relazionalmente in grado di guidarlo via via verso l'autonomia; il contraltare di questo è il sentimento di solitudine e vuoto che la negazione di tali bisogni suscita.

Tra le conseguenze a breve termine che l'abuso determina vi è la comparsa di disturbi emotivi, disturbi del sonno e dell'alimentazione, disturbi del comportamento sociale, delinquenza giovanile.

Tra gli effetti a lungo termine citiamo quadri psicopatologici che vanno dalla depressione alle somatizzazioni, alle dissociazioni, spesso accompagnati da abuso di sostanze o da alterazioni della sessualità (sia in termini di inibizione sia di consumo compulsivo).

La complessità delle dinamiche attivate nelle vittime di maltrattamenti ed abusi alterna spesso due fasi che si esprimono: l'una tramite "momenti in cui vengono rivissuti episodi traumatici ed altri in cui vengono negati, ovvero un alternarsi di momenti intrusivi e di momenti di intorpidimento" (Giommi, Perrotta, 1997).

Vista la complessità del fenomeno si tratta di considerare le situazioni che possono esporre i minori a divenire "preda" del mondo adulto.

Tra i principali fattori di rischio osservati vi è la **familiarità**, da parte dei genitori, a pratiche educative sperimentate nella famiglia d'origine, nonché esperienze di maltrattamenti subiti nell'infanzia. Da ciò deriva il concetto di **incompetenza genitoriale** che è di natura essenzialmente affettiva, ma che è anche correlabile ad un disagio di vita più generale.

Non ultimo fattore di rischio è la chiusura familiare verso l'interno, cioè la mancanza di contatti e di scambi con il mondo esterno. Diciamo che ciò che espone e predispone a situazioni fortemente a rischio è dunque la "povertà relazionale" con i genitori, che si esplicita o nell'assenza di questi o nella qualità di relazioni non "sufficientemente buone" per il bambino.

2. Perché la musicoterapia?

L'idea di proporre un intervento di musicoterapia rivolto a bambini "a rischio" di abuso e maltrattamento (vittime accertate e non) e alle loro mamme, è nata da una consolidata prassi terapeutica che si rivolge all'infanzia

attraverso l'uso di mediatori simbolici, che consentono al bambino una più spontanea espressione delle proprie emozioni, dei propri vissuti e delle proprie fantasie. In tal senso l'esperienza musicoterapica è pensata come l'instaurarsi di uno spazio "transizionale", un'area tra interno ed esterno che diviene area d'incontro e di scambio comunicativo. Ciò assume una valenza terapeutico/trasformativa qualora concepiamo l'area "transizionale" come "area del gioco", luogo di creatività.

Nei casi in cui si siano perpetrati episodi di abuso in particolare, diviene necessario avvicinarsi all'infanzia e al suo mondo in modo meno intrusivo di quello verbale, per cui l'uso del codice sonoro può consentire di rompere un silenzio simbolo di una morte interiore, legata ad una colpa che subisce un'inversione di ruoli nel rapporto vittima/carnefice: "è il silenzio imposto dall'adulto al bambino che predispone quest'ultimo a terribili conseguenze. Non a caso l'espressione "avere visto l'orco" significa aver perduto la voce. L'orco fa ammutolire la vittima. Incontrarlo è pertanto esiziale. La morte di cui parlo consiste nel negare a sé stessi il diritto alla vita, alla propria singolare chance esistenziale, per l'affermarsi di una 'colpa traumatica'". E tutto ciò è reso ancor più drammatico dall'assenza di interventi mirati a cercare di "restituire parola e pensiero" a vicende che permangono all'interno dei bambini, germinando dolore e sofferenze indicibili ed impresentabili.

Alla luce di tali complesse dinamiche, finalità dell'intervento musicoterapico è stata quella di fornire degli stimoli e agevolare l'espressione di sé stessi, scoprendo parallelamente nuovi canali di comunicazione che non transitassero per la parola. Ciò discende dal desiderio di fare sì che i bambini sperimentassero modalità più serene e mature di rapporto con se stessi, con i coetanei e con gli adulti: "una palestra per nuove relazioni".

Riprendendo da Foulkes (1967) il concetto di matrice come "ipotetica rete di comunicazione e relazioni in un determinato gruppo, l'ambiente psicologico in cui essi si incontrano e su cui poggiano tutte le comunicazioni verbali e non verbali", l'intento era quello di creare un gruppo come "nuova matrice" in cui i bambini avessero la possibilità di conoscere e sperimentare parti di sé che vengono escluse dal contesto di appartenenza, che permettesse loro di lasciar emergere l'aggressività e successivamente canalizzarla in forma costruttiva, di sperimentare relazioni valorizzanti con gli adulti, da cui avere restituita un'immagine più costruttiva di sé.

2.1. Riferimenti teorici

Il modello teorico che ha ispirato e guidato l'intervento musicoterapico è quello riconducibile alle concettualizzazioni di Benenzon, i cui concetti

di ISO nelle sue varie elaborazioni hanno costituito il costante appiglio che ha consentito di orientare la comprensione degli sviluppi che si andavano dinamicamente attuando nel setting gruppale. Infatti l'elaborazione benenzoniana dei vari ISO è una fonte estremamente preziosa di spunti di riflessione nella considerazione delle "sfaccettature" e dei livelli che toccano profondamente gli individui nel loro affermarsi come soggetti in una relazione e nel loro modificarsi in rapporto ad essa.

Se infatti pensiamo all'elemento base che costituisce quasi un "corredo genetico" a livello sonoro-musicale, cioè l'ISO gestaltico, possiamo poi tracciare nell'emergere dei successivi ISO (dal complementare al gruppale) come segnale di un percorso trasformativo attivato all'interno di un campo relazionale e gruppale.

I concetti di "oggetto intermediario" ed "oggetto integratore" possono poi essere visti come i punti di aggancio che favoriscono proprio le trasformazioni ed i cambiamenti che possono essere osservati. Essi consentono di visualizzare ed evidenziare la modalità di utilizzo degli strumenti e dei suoni in rapporto alla dimensione individuale e gruppale. Infatti da un lato l'oggetto intermediario offre la possibilità di attivare una dimensione soggettiva che però inerisce ad "una comunicazione che permette di agire terapeuticamente sul paziente" (Benenzon, 1992) per le sue caratteristiche, e che consente quindi di aprire un varco comunicativo con un soggetto specifico; dall'altro lato "l'oggetto integratore", essendo "quello strumento musicale che in un gruppo prevale sugli altri strumenti e assorbe in sé la dinamica del legame tra i pazienti del gruppo e il terapeuta" (*ibidem*), consente di cogliere in maniera chiara le dimensioni inerenti alla dinamica del gruppo prevalente e alle questioni ad essa inestricabilmente connesse.

L'altro riferimento è quello alle concettualizzazioni di Stern (1985) sulle "sintonizzazioni" che sono alla base di ogni modalità di comunicazione non verbale. Il concetto di "sintonizzazione" trova la propria originalità, rispetto a quello di "rispecchiamento", per il fatto che "i comportamenti di sintonizzazione riplasmano l'evento e spostano l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, sulla qualità dello stato d'animo condiviso". In musicoterapia si potrà dunque dire che "all'interno della relazione terapeutica verranno utilizzati parametri armonizzanti di tipo sonoro musicale, i quali favoriscono lo sviluppo di sintonizzazioni di natura affettiva" (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1998). Da ciò deriva che è possibile considerare questi concetti come aventi un'importanza non solo in termini di concezione teorica rispetto ai processi comunicativi, ma anche e soprattutto una centralità ed una forte determinazione in termini di scelte "tecniche" che consentono di "perseguire l'obiettivo tattico dell'armonizzazione e, in ultima analisi, l'obiettivo strategico della migliore integrazione possibile della personalità" (*ibidem*).

L'uso dell'elemento sonoro-musicale nel setting musicoterapico attraverso i processi di sintonizzazione e la comparsa di capacità segnalanti la relazione (la compartecipazione attenta, la compartecipazione delle intenzioni e la compartecipazione degli affetti) e la sua qualità consente di affermare che "questa capacità di far collimare il proprio stato d'animo interno con quello che viene visto "su" o "in" un altro si può definire interaffettività" (Galizzi, 1996). Da questo punto di vista appare chiaro che la centratura teorico-tecnica cui si fa riferimento concepisce quali grandi risorse terapeutiche il suono e la relazione, nella loro inscindibilità, partendo da una visione in cui "il soggetto pur assorto e compreso dal suo patire mantenga un legame con l'esterno, evidenzia una vita interiore non totalmente inaridita o destrutturata ma ancora capace di investimenti ed emozioni", in tal caso allora l'intervento musicoterapico può essere considerato come "un'espressione capace di amplificare contenere, strutturandoli, i propri contenuti interiori" (Manarolo, 1996), e ciò è garantito dalla "condivisione di un'emozione, di uno stato d'animo, determinata dall'evento sonoro-musicale che costituisce il perno della relazione" (Raglio, 1996).

3. Il gruppo: contenitore trasformativo

La scelta di intervenire in assetto gruppale con bambini abusati e maltrattati è legata a valutazioni inerenti alcuni fattori di dinamica di gruppo in rapporto all'età evolutiva.

Infatti le dinamiche di funzionamento del gruppo sono inestricabilmente connesse alla fase evolutiva dei soggetti che lo compongono, essendo il gruppo sia una riproposizione d'istanze profonde della struttura dell'individuo, sia un'attualizzazione e drammatizzazione del gruppo/famiglia, esso diviene il "luogo" in cui si determinano le riattivazioni dei "gruppi interni" e i processi identificativi e proiettivi nei confronti dei membri del gruppo; tali processi sono strettamente collegati alla psicologia mentale specifica dei membri che compongono il gruppo, alla loro età, alla loro cultura d'appartenenza.

Nella fase evolutiva che ci interessa da vicino, in quanto riguarda i componenti del gruppo di musicoterapia, ci troviamo in una fascia d'età scolare in cui il gruppo è ormai pienamente parte della vita dei bambini, non solo quindi a livello d'attivazione interna ma anche di esperienza relazionale quotidiana, in cui sono messe in gioco relazioni che attivano dinamiche inerenti soprattutto la competizione e il potere. Il desiderio di scambio cooperativo in genere si attiva successivamente, ma in gruppi che vivono circostanze particolari, ciò può già manifestarsi, assumendo specificamente la

caratteristica dell'affermarsi in opposizione a un altro gruppo, quindi essenzialmente attraverso una coesione interna, volta al proprio rafforzamento in vista dell'autoaffermazione. Quindi il punto di vista del gruppo è in parte ancora intriso di egocentrismo.

Il tipo di interazione che si osserva nei gruppi di bambini cambia molto da quella che si potrà osservare nel momento in cui s'inserisca un adulto. Infatti, le peculiarità comunicative variano molto nelle due diverse situazioni: "tra bambini soli si evidenzia la scoperta comune dei giochi e dello spazio, la competizione ed alcune manifestazioni aggressive, il cui scopo, all'interno di questi giochi, è di garantirsi un ruolo predominante o, semplicemente, di mettere alla prova le reazioni degli altri. Sembra che questo spazio di comunicazione debba essere una fonte di arricchimento molto importante, di apprendimento e di autostima. D'altra parte, quando le interazioni si producono con l'adulto, si tratta di comportamenti di affiliazione: richiesta di aiuto, assicurazione, protezione..." (Privat, 1998).

Tale trasformazione delle caratteristiche interattive dei bambini in presenza dell'adulto hanno una ricaduta anche sui modelli comunicativi utilizzati; infatti è come se il bambino si sforzasse di avvicinarsi al mondo dell'adulto, privilegiando i canali di comunicazione più specificamente socializzati e destinati all'adulto, ciò comporta una perdita delle competenze creative del bambino, che non potrebbe più così sperimentare le proprie potenzialità.

Se da un lato tutto ciò è da tenere ben presente nel momento in cui s'inizi un percorso di gruppo, dall'altro lato ci giunge in soccorso l'idea che lavorare attraverso canali espressivi diversi da quello verbale possa consentire di recuperare quella potenzialità creativa che spesso viene perduta nel rapporto comunicativo tra adulto e bambino. Il gruppo di musicoterapia in tal senso è da considerarsi come uno spazio di gioco" che permette al gruppo per intero di superare le barriere generazionali che il linguaggio marca in modo forte.

Ma il ruolo dell'adulto, in un gruppo quale quello in esame, è particolarmente delicato poiché, se da una parte si tratta di favorire una vicinanza che consenta l'espressione di sé, dall'altra parte nel caso dell'abuso s'impone la necessità di ripristinare una funzione adulta che è stata stravolta in una precoce relazione corporea/sexualizzata. Il bambino in tale drammatica situazione sperimenta un sentimento di solitudine talmente profonda da divenire impensabile, metterà in atto dei meccanismi difensivi di scissione volti alla propria "sopravvivenza". Per fare sì che tali esperienze che non sembrano avere uno spazio nella mente del bambino, non divengano humus per futuri sviluppi psicopatologici, è necessario aiutarlo a trasformarli in contenuti di pensiero dotati di emozioni condi-

visibili. Tale processo è comprensibile attraverso il modello bioniano di “funzione alfa”.

Secondo Bion, la mente del neonato sarebbe il frutto dell’interazione con la mente materna che assumerebbe la funzione di “contenitore” di tutti quei contenuti mentali che il bambino non sarebbe in grado di tollerare, questi che Bion definisce “elementi beta”, verrebbero espulsi attraverso il meccanismo dell’identificazione proiettiva. “Ciò che prima era dentro il bambino ed era angosciante, ora è dentro la madre ed ha un “etichetta” di “non pericoloso”. Questa percezione da parte del bambino consente una riassunzione dentro di sé dell’esperienza prima espulsa, che ora è diventata tollerabile” (Guasto, 1998). Il riferimento al modello bioniano risulta di grande aiuto nel caso della “patologia della funzione alfa”, cui si possono ricondurre le esperienze di abuso.

“Il tipo di patologia del legame adulto-bambino che caratterizza le violenze psicologiche che sono la base dei maltrattamenti e degli abusi sessuali, è costituito... da un’inversione del flusso delle proiezioni nelle quali l’adulto usa la mente del bambino come ‘ricettacolo’ delle proprie proiezioni, creando una sorta di scompaginamento che spesso viene malamente arginato dai fenomeni di scissione. I contenuti mentali dell’adulto... proiettati nella mente del bambino possono avere differenti percorsi evolutivi, ma hanno la caratteristica di non andare incontro a ‘metabolizzazione mentale’, non vengono cioè “digeriti” dall’apparato mentale, ma vengono trattati come “corpi estranei” (Guasto, 1998).

Sembra essere proprio questo ciò che accade nei casi di abuso: l’esperienza rimane non digerita, incapsulata all’interno del bambino “come una spina irritativa che non se ne andrà”. È dunque indispensabile che il bambino sperimenti un “oggetto materno comprensivo e rispettoso”, che gli restituisca in una forma accettabile ciò che prima non lo era, e questo potrà avvenire tramite un contatto emotivo che viene espresso all’interno del gruppo che, in tal caso, ha una funzione di contenitore trasformativo, che restituisce un senso di dolore che viene riconosciuto e condiviso e quindi trasformato in emozione propria.

4. La metodologia

Il **setting**: il gruppo è stato realizzato all’interno di un centro sociale del Comune di Palermo.

Il gruppo ha avuto una durata di nove mesi, con due sedute a settimana, ciascuna della durata di circa quarantacinque minuti. Il gruppo era un “gruppo chiuso”: questa scelta è stata motivata dalle storie e dai vissuti

particolarmente drammatici di questi bambini, che necessitavano di presenze stabili e costanti all'interno del gruppo, fattori indispensabili per il formarsi di un clima di gruppo, di progressiva fiducia che permettesse poi l'evoluzione dei processi comunicativi del gruppo.

Il gruppo era condotto da due musicoterapiste, i cui ruoli di terapeuta e di co-terapeuta sono stati esercitati in base alle esigenze manifestate dal gruppo dapprima di tipo pedagogico/supportivo, successivamente di tipo elaborativi/analitico.

Ciò è nato anche dall'osservazione riguardante la funzione che ciascuna delle due esercitava nei confronti di questo o quel paziente del gruppo; infatti sin dal principio si sono andate strutturando delle relazioni che evidenziavano la necessità di qualcuno dei pazienti di trovare un supporto attivo e affettivo da parte di una o dell'altra delle musicoterapiste; a questa "richiesta non verbale", essenzialmente basata su processi transferali e controtransferali, si è deciso di "rispondere" attraverso l'esercizio di funzioni dapprima supportive, che si sono poi evolute nel processo terapeutico. La conduzione è in un primo periodo è stata direttiva con consegne verbali, successivamente semi-direttiva, infine il lavoro elaborativo è stato supportato dall'uso di tecniche grafiche e narrative.

Il setting strumentale comprendeva: strumenti appartenenti alle famiglie dei membranofoni, idiofoni, metallofoni e strumenti di provenienza etnica.

4.1. Il gruppo dei bambini/ragazzi

Il lavoro musicoterapico che qui riporto si colloca all'interno di un progetto di musicoterapia, promosso dall'associazione "Musicalmente" in collaborazione con il Comune di Palermo, "pensato" per la prevenzione della violenza sui minori di un quartiere palermitano caratterizzato da variegate problematiche e disagi relativi soprattutto al maltrattamento e all'abuso. L'intervento di musicoterapia ha coinvolto bambini di età compresa tra i 6 e i 14 anni, segnalati da strutture del territorio (ASL, tribunale dei minori, centri sociali, scuole), in quanto soggetti a rischio di maltrattamento e abuso. Gli incontri, bisettimanali, hanno avuto una durata ciascuno di circa 45 minuti. Parallelamente l'intervento, in setting gruppale, ha coinvolto anche le madri dei minori indicati. L'esperienza che segue si riferisce al gruppo di musicoterapia con bambine/ragazze e bambini/ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 14 anni.

I nove mesi di attività laboratoriale sono stati caratterizzati da un succedersi di "fasi" ognuna delle quali si è contraddistinta per aspetti sonoro-relazionali peculiari.

La **prima fase**, ovvero la fase della “fondazione sonora del gruppo”, è stata anche la fase del riconoscimento di una propria soggettività sonora e non, in relazione all’“altro”. Ogni singolo membro del gruppo, infatti, non soltanto faticava nel riconoscimento degli altri (riconoscimento inteso come accettazione e rispetto fisico e sonoro), ma tendeva a “non riconoscersi” attraverso strategie di non ascolto, di negazione della propria percezione psico-corporea.

Al caos emotivo e cognitivo corrispondeva un caos sonoro finalizzato, probabilmente, a “rendere muto e incomprensibile” tutto lo spazio fisico e sonoro del Setting. Alla osservazione, tutto ciò si traduceva in irrequietezza posturale, scelta non consapevole degli strumenti musicali, conseguente utilizzo di questi come oggetti a volte “incistati” a volte “catartici”, assenza di pause, mancanza di circolarità di sguardi, utilizzo del canale verbale a scopo provocatorio e oppositivo, attacchi anche fisici tra i membri (menarsi, tirarsi gli strumenti etc.).

Ecco allora che il lavoro della conduttrice e co-concuttrice si è incentrato sulla costruzione di confini ritmico-sonori (definizione dello spazio e del tempo attraverso i parametri della altezza e della durata) avvenuta con giochi sonori tra conduttrici e singolo membro e tra membro e membro, giochi fondati sulla iniziale imitazione di cellule ritmiche e melodiche proposte.

La **seconda fase** è stata caratterizzata dalla presa di coscienza delle proprie potenzialità sonore e dal riconoscimento di un bisogno immediato da parte dei membri del gruppo, quello di “urlare” le proprie emozioni e sofferenze attraverso un prodotto musicale caratterizzato da intensità forte/fortissimo (f/ff) su ritmi assordanti e incalzanti, vocalizzazioni metalliche, movimenti ancora incessanti del corpo.

Il gruppo da un lato ha amplificato tali bisogni, dall’altro si è posto come “spazio altro” in cui poter dar voce, anche attraverso momenti di drammatizzazione sonora, alla rabbia e al dolore.

Nella **terza fase** si è iniziata a delineare una maggiore consapevolezza della propria soggettività sonora in rapporto a quella altrui e al proprio mondo familiare di appartenenza. Non sono mancati i momenti di depressione e smarrimento da parte di membri del gruppo, manifestati dal punto di vista sonoro attraverso la scelta preferenziale di strumenti melodici (metallofono e xilofono) utilizzati per tutta l’estensione sonora con scale, glissandi, sequenza di suoni quasi ad arpeggio, suonati non più con forza e violenza, ma con un chiaro intento espressivo-malinconico.

Il senso di appartenenza gruppale si è reso manifesto attraverso una accettazione condivisa delle caratteristiche sonoro-relazionali dei singoli membri e la narrazione sonora di una storia – la “storia del gruppo” –, si-

gnificativo momento di creatività in cui ogni membro, impersonando un personaggio liberamente scelto, si narrava sonoramente attraverso un uso assolutamente non convenzionale dello strumentario e l'utilizzo creativo (dal punto di vista sonoro) di oggetti appartenenti al setting.

La possibilità di pensare le cose in un altro modo, quanto meno a livello sonoro-musicale, è stato forse il segno più evidente di una nascente progettualità. Attraverso il canale sonoro il gruppo è riuscito ad imporsi come spazio fisico e psichico non saturo né saturante, all'interno del quale si è resa pensabile una dimensione del futuro.

4.2. Il gruppo di musicoterapia con le mamme. Perché l'intervento con le mamme

La scelta di un percorso di musicoterapia con le mamme è nata dalla necessità di intervenire su una figura significativa del gruppo-famiglia. La finalità è stata quella di far svolgere loro, da una parte una funzione di "mediazione" tra l'operatore e il bambino, dall'altra di offrire uno spazio all'interno del quale poter esprimere, elaborare e trasformare il vissuto di morte e la sofferenza che spesso scaturisce da una identità femminile "maltrattata" e da un ruolo materno "negato", aiutandole, al contempo, ad intraprendere quel percorso evolutivo individuale interrotto. Ed è forse a causa di ciò, che la loro condizione psicologica era quella di "mamma-bambina", incapace di assolvere non soltanto un normale ruolo genitoriale, ma ancora di più di contenere la sofferenza legata alle drammatiche esperienze dei propri figli.

Obiettivo dell'intervento è stato quello di restituire a queste donne la dignità di soggetti, portatori di potenziali risorse emozionali, e di dar voce alla loro sofferenza di donne e di madri.

La singolarità del gruppo offriva inoltre l'opportunità di verificare quella comparazione esistente tra due differenti modelli, l'uno musicoterapico, l'altro psicoterapico gruppale, e precisamente al modello di Benenzon e al modello gruppoanalitico.

La gruppoanalisi ben si coniuga con lo specifico musicoterapico, non soltanto per l'importanza che attribuisce agli aspetti non verbali della relazione, e cioè alla presenza del corpo, dello sguardo, alla gestualità, quali fattori di comunicazione della dimensione affettivo-relazionale, ma anche e soprattutto per alcuni concetti fondanti la sua stessa teoria, primo tra tutti quello di transpersonale, definito da Lo Verso come "l'insieme delle relazioni che il soggetto interiorizza e si rappresenta a partire dalla sua nascita, i cui differenti livelli sintetizzano le principali esperienze collettive a cui si

collega e da cui si sviluppa la vita psichica individuale”, concetto che ben si avvicina a quello di ISO definito da Benenzon come “l’esistenza di un suono o di un insieme di fenomeni sonori interni che riassumono i nostri archetipi sonori, il vissuto intrauterino, il vissuto sonoro della nascita, dell’infanzia fino all’età attuale”.

Non è errato quindi sostenere che ogni individuo assimila, dal momento in cui nasce, suoni, ritmi, sensazioni sonore appartenenti al mondo antropologico che lo accoglie, e cioè alla famiglia di origine, la quale a sua volta li ha ereditati da gruppaltà ancora più remote. Il gruppo si pone quindi come contenitore di una pluralità di eventi che costituiscono quella rete di relazioni attivata da utente ed operatore insieme, ma anche come spazio privilegiato adatto ad una restituzione “simbolopoietica” della sofferenza, luogo di progettualità, spazio mentale collettivo capace quindi di fornire canali espressivi e comunicativi alternativi. Tali aspetti vengono amplificati nel setting grupppale musicoterapico, in quanto l’elemento sonoro-musicale consente di riattivare i processi relazionali dell’uomo e con l’uomo, costituendosi anche come cornice entro cui l’espressione della sofferenza attraverso il sonoro diventa quantomeno tollerabile.

4.3. Setting e gruppo di mamme

L’intervento di musicoterapia ha avuto una durata di nove mesi con una cadenza di un incontro a settimana.

La durata di ogni seduta è stata di 60 minuti.

Il gruppo, “chiuso”, è stato condotto da una musicoterapista con un ruolo semidirettivo.

La seduta è stata caratterizzata da momenti di produzione, da momenti di ascolto musicale e da verbalizzazione focalizzata sulle tematiche e sui vissuti emersi attraverso “il sonoro”.

Lo strumentario è formato da strumenti appartenenti alle principali famiglie strumentali con l’aggiunta di qualche strumento etnico.

4.4. Il gruppo

Il gruppo è formato da sette donne, di cui due sono mamme di bambini con esperienze di maltrattamento e abuso. Le altre sono mamme di bambini “a rischio” di maltrattamenti.

Tutte vivono nello stesso quartiere e molte frequentano già il centro sociale.

La storia di questo gruppo inizia con l'invio di R. e di M. da parte delle assistenti sociali del comune di Palermo.

R. è madre di tre figli, di cui due vittime di abuso, inseriti per questo nel percorso musicoterapico. R. ha 34 anni. Il suo primogenito, S., ha 14 anni. A., secondogenito, ne ha 8. La figlia più piccola, F., ha 6 anni. I primi due figli sono stati coinvolti in vicende giudiziarie legate a giri di porno-pedofilia e pertanto sono stati seguiti da un'équipe integrata formata da neuropsichiatra infantile, psicologo, assistente sociale, giudice minorile.

La mamma, signora R., al momento dell'invio vive da sola con i tre figli, in quanto il marito già da qualche anno ha "messo su" una nuova famiglia, anche se, di tanto in tanto, continuava a pretendere una sorta di "ospitalità" dalla prima moglie. Soltanto da poco tempo R. si limitava ad avere con il padre dei suoi figli rapporti regolamentati dal tribunale.

Al primo incontro R. appare una donna fisicamente provata (scarna nel viso, con molti denti caduti, capelli radi ed una dermatite visibile alle mani).

Indossa pantaloni, un giaccone avvolgente, borsa a tracolla (che non lascia per tutta la seduta). Tuttavia possiede una espressione da bambina, un po' vergognata un po' impaurita. Manifesta comunque un'esplicita fiducia nell'istituzione inviante ed afferma che è disposta a fare qualunque sacrificio per amore dei figli.

M. ha 35 anni ed ha 4 figli, tre dei quali, M. di 10 anni, R. di 8 anni, D. di 6 anni, inseriti nel percorso musicoterapico.

A differenza della signora R., M. appare sfuggente (anche a causa di uno sguardo non direzionato provocato da un grave strabismo) e poco partecipe, ma soprattutto ciò che colpisce di lei è il distacco emotivo dalle situazioni, dalle persone e in particolare dai suoi figli.

I dati anamnestici fanno ipotizzare un trascorso legato alla prostituzione e testimoniano una condizione di maltrattamento fisico da parte del coniuge (infatti vengono riportati episodi di ricovero anche in reparto di rianimazione a causa delle violente percosse).

Al momento dell'invio, M. vive da sola con i quattro figli e continua a subire di tanto in tanto incursioni da parte dell'ex coniuge.

Le altre donne hanno una età compresa tra i 30 e i 36 anni.

Alcune sono state abbandonate dal marito, altre vivono con il coniuge.

Tutte sono accomunate da una condizione di maltrattamento familiare perpetuata nel tempo, tutte appaiono come donne un po' mamme ed un po' bambine forse a causa di una infanzia sovrainvestita da responsabilità e da ruoli inappropriati, ed una adolescenza interrotta da eventi legati a convivenza e nascita di figli.

L'intervento di musicoterapia è stato centrato soprattutto su R. ed M., in quanto segnalate dal Tribunale dei minori ed inviate dal servizio sociale.

La scelta delle altre mamme è stata effettuata dalla musicoterapista sulla base delle caratteristiche che rendevano “omogeneo” il gruppo.

4.5. La relazione sonora

La natura interazionale di una seduta di musicoterapica può essere definita come un sistema dinamico e complesso in cui la transazione paziente/i-musicoterapista agisce secondo un modello di funzionamento circolare e non lineare. In tale prospettiva, che affonda le sue radici nella teoria della complessità, non appare possibile ipotizzare un intervento se non specificato per i suoi aspetti peculiari di interrelazione, cioè di ciò che avviene in un contesto tra due o più persone.

Ogni fenomeno di valore terapeutico, pur se agganciato a precisi riferimenti teorici intenzionalmente posti dal terapeuta, s’inserisce in uno scambio comunicazionale attivo, in cui la partecipazione mediata e relazionale appartenente alla dimensione del “visibile”, della consapevolezza, si lega immediatamente a quelle spinte inconscie e “non visibili”.

Sono proprio gli aspetti relazionali “incistati” nel teatro mentale del non detto, del mai vissuto e quindi del “mai nato”, legati in maniera inscindibile alla trasmissione degli affetti e dei sentimenti, che vengono giocati quasi del tutto, su un livello non verbale.

Il corpo, incluso quello del musicoterapista, diventa canale di comunicazione primario fortemente connotato in senso affettivo.

Il reciproco accomodamento negli atteggiamenti posturali, il controllo delle distanze nell’avvicinamento/allontanamento, il variare significativo della tensione muscolare, gli atti di prensione e di rilascio, la sudorazione della pelle, i movimenti a volte incessanti dei muscoli del viso e del corpo, la gestualità, gli sguardi, sono tutti possibili canali di comunicazione utilizzabili per l’instaurarsi della relazione. Essi sono però anche indicatori della natura delle relazioni esterne ed interne vissute o rivissute dal soggetto nella situazione attuale.

Il recupero della “corporeità”, intendendo con tale espressione la possibilità di attivare sequenze cinestesiche e prossemiche, può essere attivato a condizione che il musicoterapista sappia utilizzare e gestire lo strumento corpo-sonoro-musicale.

Spesso però il corpo che appare in seduta è un corpo portatore di sofferenza, di sensazioni distruttive e minacciose, è un corpo malato perché chiuso al mondo, il corpo dell’espressione del conflitto psichico, un corpo che narra l’angoscia. Ma è anche un corpo che non evolve più, che ha smesso di vibrare e quindi di ascoltare.

Ecco allora che il suono supporterà il gioco di relazione stimolando a tutti i livelli, sensoriale, motorio ed affettivo, un possibile incontro con il mondo sonoro del paziente.

Alla luce di quanto esposto risulta evidente che, presupposto teorico-metodologico dell'intervento di musicoterapica, è la creazione di una relazione sonora, fattore terapeutico/trasformativo che agisce da **mezzo**, ma che rappresenta al contempo il **fine** stesso dell'intervento.

Per poter cogliere la trasformazione delle modalità relazionali e comportamentali di ogni singola soggettualità, man mano che il processo musicoterapico consente la costruzione di una comune matrice sonora, sono stati utilizzati parametri osservativi capaci di evidenziare fenomeni che attendono alla relazione sonora nel "qui ed ora", la quale è, a sua volta, intrecciata con aspetti psicodinamici, gestuali e corporei che rimandano a dimensioni inconsce, a volte non pensabili perché troppo dolorose, appartenenti ad un "lì e allora".

4.6. I parametri di osservazione

Il taglio osservativo è stato centrato di volta in volta su:

- soggetto/gruppo;
- soggetto/musicoterapista;
- parametri sonori;
- produzione sonora del paziente.

Nella fattispecie l'instaurarsi della relazione sonora col gruppo ed eventuali modalità di evoluzione di questa sono state osservate attraverso i seguenti parametri (Raglio, 2000):

A) relazione diretta col musicoterapista:

- bassa = contatto visivo col musicoterapista;
- media = avvicinamento fisico (vicinanza, apertura posturale);
- alta = interazione col musicoterapista con fine comunicativo.

B) relazione col musicoterapista mediante strumenti:

- bassa = contatto visivo con strumenti;
- media = ascolto e/o esplorazione di strumenti;
- alta = utilizzo di strumenti con fine comunicativo (strumenti diversi o anche lo stesso strumento suonato da paziente e musicoterapista);

C) modalità di utilizzo degli strumenti ai fini della relazione sonora:

- oggetto incistato;
- oggetto catartico;
- oggetto transizionale;

- oggetto intermediario;
- D) modalità relazionali:
 - adesiva;
 - imitativa;
 - partecipativa;
 - propositiva;
 - oppositiva;
- E) produzione sonora dei pazienti:
 - ritmica;
 - melodica;
 - aleatoria;
 - connotata culturalmente;
 - già nota;
 - caratterizzata da troppi riempimenti;
 - caratterizzata da eccessi di pause;
 - caratterizzata da elementi sonori che si ripetono più volte nel corso della seduta.

4.7. Il processo

4.7.1. La prima fase. La fondazione sonora del gruppo

Durante i primi incontri il gruppo ha faticato nel riconoscimento di un setting improntato alla non verbalità.

La continua necessità di parlare viene fuori con l'irruzione delle proprie storie personali e delle preoccupazioni quotidiane.

La modalità relazionale che caratterizza le prime sedute è palesemente provocatoria e oppositiva.

Dal racconto, a volta incessante, delle loro vicende personali traspare la rabbia di coloro che si sentono sole ma orgogliose di esserlo.

Dal comportamento gestuale e corporeo a quello spaziale e sonoro si percepisce una chiusura mentale e una non disponibilità nei confronti del gruppo inteso come "spazio mentale condiviso".

Di fronte all'invito di esplorare gli strumenti a loro disposizione, soltanto R. sembra sinceramente incuriosita e li sperimenta sia pure con inibizione. Al senso di piacere che manifesta nel percepire i suoni prodotti, si contrappone una postura controllata e una rigidità muscolare tipiche di una situazione di allerta. Le altre eseguono la consegna quasi come un dovere. Provano lo strumento e parlano al contempo; mantengono un atteggiamento difensivo esplicitato sonoramente dalla produzione di cellu-

le ritmiche ossessive, ripetitive, accompagnate da risate e ridicolizzazione del contesto.

I primi incontri sono stati finalizzati dunque all'accettazione del setting come "luogo altro" che in qualche modo ci appartiene.

Fondare sonoramente il gruppo non è stato semplice; tuttavia dopo circa otto incontri il gruppo finalmente inizia a proporsi in modo meno imitativo e ripetitivo, anche se tre donne, A, E, C, mantengono ancora lo sguardo fisso sullo strumento.

Dal punto di vista sonoro M. appare la più inquietante: riesce a rendere muto e privo di vibrazioni lo xilofono perché il battente colpisce la piastra di legno e vi soggiace per frazioni di secondi così da bloccarne sul nascere l'effetto di vibrazione. L'espansività sonora caratteristica dello strumento viene pertanto "punita", frustrata, da una forza muscolare esercitata come imitando una scena registrata che le scorre davanti, senza alcuna consapevolezza del qui ed ora.

Attraverso consegne chiare, date in modo semidirettivo, la musicoterapista ha portato il gruppo gradualmente al rispetto del setting sonoro, ad una definizione dei confini temporali e spaziali nonché alla capacità di discriminare timbri ed altezze, tutti segnali di una migliore capacità di ascolto di sé e degli altri.

Durante le improvvisazioni alcune donne riescono a reggere lo sguardo della musicoterapista e lo ricercano ogni qual volta iniziano una produzione sonora, che da semplice cellula ritmica priva di qualunque valenza intenzionale, acquista pian piano direzione (compaiono gli accenti e la durata inizia a differenziarsi). È come se attraverso lo sguardo ricercassero **consenso** a qualcosa che ancora loro stesse non comprendono.

4.7.2. La seconda fase: il riconoscimento di una "noità"¹ affettiva e sonora

Alla fine del decimo incontro, si inizia un lavoro centrato sulla ricostru-

¹ Questo termine indica un particolare momento del percorso grupppale terapeutico che corrisponde alla costituzione di una comune matrice dinamica del gruppo grazie ad una comunicazione inconscia ed uno scambio relazionale tra i membri del gruppo che per risonanza e rispecchiamento si riconoscono in qualcosa di comune. Il concetto di "noità" espresso da Di Maria e Lavanco va inteso come mezzo per il funzionamento del gruppo in senso più complesso. Questa forma di pensare di gruppo consente il superamento della contrapposizione tra sociale e individuale, raggiungendo quella connessione fra i diversi momenti della vita mentale di ognuno. Cfr. F. Di Maria e G. Lo Verso, 1995.

zione delle sonorità interne, legate da un lato al mondo affettivo familiare d'origine, dall'altro a situazioni emotive a loro più vicine.

Tale scelta metodologica avviene in un momento processuale caratterizzato dalla comparsa di Identità sonoro-musicale di alcune partecipanti, le cui caratteristiche risultano in dissonanza con ciò che il non verbale corporeo comunica.

L'uso di differenti strumenti, l'alternanza ritmica tra il binario e il ternario, la prensione dei battenti più addolcita, la produzione di segmenti melodici con 4 e 5 suoni, l'abbandono di forme arpeggiate del tipo tonica-modale-dominante-dominante-modale-tonica (1-3-5-5-3-1-) e la comparsa di sopradominanti segnali di un "sonoro" che si decristallizza, che abbandona pian piano forme sonore chiuse e che lascia intravedere aperture sonore, mal si concilia con le espressioni di vergogna, di eccessivo pudore, e con atteggiamenti di circospezione soprattutto da parte di R.

La conduttrice propone allora l'ascolto di brani, portati dal gruppo stesso. Cinque di loro (tra cui R. e P.), portano brani scelti dal repertorio leggero napoletano.

M. non porta nulla perché non possiede il nastro della sua canzone preferita (che è una canzone dei Beatles).

Dopo l'ascolto delle loro "musiche del cuore" si dà spazio alla verbalizzazione delle emozioni e sensazioni che il brano prescelto ha suscitato in ognuno di loro. Emerge una nostalgia di fondo, meglio tradotta in "perdita del nucleo affettivo d'origine", nonostante il riconoscimento da parte loro di una condizione di vita da "nubile" piuttosto repressa. Tali forti emozioni sembrano ben accordarsi con le loro scelte sonoro-musicali, dove le scale col sesto grado diminuito conferiscono facilmente un carattere sentimentale-nostalgico alle canzoni. Il gruppo viene allora invitato a rendere sonoramente attraverso lo strumentario ciò che provano pensando alla loro vita familiare attuale.

R., utilizzando il metallofono, riesce a creare un inizio di melodia caratterizzata da lunghe pause alternate a note ribattute di intensità tra il piano e il mezzoforte. Utilizza per far ciò due battenti, li impugna con sicurezza, ripropone lo stesso disegno melodico per tutta l'estensione dello strumento e sembra che quel gioco sonoro le consenta di sperimentare qualcosa di ben noto, si muove sonoramente su qualcosa di conosciuto e di rassicurante.

M. condivide i piatti con una compagna, anche se entrambe li battono con rabbia tanto da bloccarne le vibrazioni. Durante l'improvvisazione rimangono concentrate su ciò che fanno, incapaci di sentire ciò che attorno si produce.

Alla fine dell'incontro, durante la verbalizzazione, tuttavia alcune mam-

me esprimono per la prima volta osservazioni relative alle proprie ed altrui produzioni rintracciandovi (per risonanza) anche emozioni e sentimenti del tutto personali.

Durante le sedute successive si assiste ad una maggiore strutturazione delle iniziative sonore emergenti.

Molte di loro iniziano la seduta riconoscendosi in un preciso strumento, ma questo diventa oggetto portatore di proposte sonore per alcune, mentre per altre lo è come oggetto di accoglienza e contenimento ritmico alle produzioni ancora poco interpuntate di qualcuna.

Nel percorso evolutivo del gruppo, l'improvvisazione musicale è risultata occasione privilegiata per una libera e creativa simbolizzazione del proprio mondo interiore confermata da un sonoro più fluido, più variegato nella intensità, nella scelta timbrica, nei frammenti melodici, e nella realizzazione di pause, che da elementi di chiusura sonora si trasformavano in elementi di comunicazione sonora all'interno di una comune matrice sonora che, specularmente a quella dinamica ha consentito di sperimentare nuovi comportamenti, ruoli e modelli interattivi, facilitando nei soggetti al contempo l'espressione di emozioni difficili da esprimere verbalmente.

Verso la fine del percorso, durante una delle verbalizzazioni, R. comunica al gruppo che ha deciso di farsi seguire da un dentista: vuole finalmente iniziare a fare qualcosa per sé!

Ma ancora più significativo appare ciò che comunica, quasi una confessione, e cioè di avere accettato un invito da parte di un giovane che ha conosciuto già da qualche tempo.

Nel comunicare ciò lascia trasparire per la prima volta un desiderio di cambiamento, di riprendere qualcosa di interrotto, di ricominciare a vivere la sua vita di donna e di mamma.

5. Conclusioni

Durante i nove mesi di attività musicoterapica, si è assistito ad una evoluzione del gruppo in termini di sviluppo delle capacità di percepire ed esprimere sonoramente le proprie emozioni, in un continuo rispecchiarsi/rispecchiare le emozioni altrui.

La possibilità di rendere visibili gli effetti trasformativi del gruppo musicoterapico si è avuta grazie all'ottica teorica e metodologica adottata.

Infatti il gruppo, secondo l'ottica gruppoanalitica, ha svolto, analogamente alla famiglia originaria, la funzione di "spazio antropologico", campo di significazione degli accadimenti che lo attraversano, consentendo al

gruppo di intraprendere quel percorso di soggettivazione e di autenticità, percorso spesso intriso di elementi anche molto dolorosi.

Partendo dal qui ed ora dell'esperienza gruppale, ogni membro ha avuto la possibilità di riattribuire nuovi significati ad eventi passati, creando così le basi per una "pensabilità" del futuro.

Tutto ciò è stato facilitato e amplificato dal particolare tipo di setting analogico, dove gli elementi sonori, ritmici e corporei che lo contraddistinguono, rappresentano già di per sé l'ossatura delle relazionalità interne ed esterne di ogni individuo. Sono questi infatti gli elementi che caratterizzano le fasi primitive dello sviluppo attraverso cui le esperienze percettivo-sensoriali "amodali", danno vita alle diverse modalità di sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale più evolute.

Tali elementi sono stati dunque la lente di osservazione del processo musicoterapico, ma, al contempo, oggetti privilegiati della stessa osservazione.

L'agire in gruppo, e cioè la produzione sonora, ha favorito il graduale superamento dello stato di incapacità ed impossibilità che caratterizzava il vissuto di quelle mamme, attivando spazi mentali collettivi e favorendo la creazione di canali espressivi, come quelli corporo-sonori, alternativi ai canali comunicativi incistati e congelati.

Infine la drammatizzazione sonora ha consentito di "dar voce" a quelle emozioni che risultavano di difficile accesso e di impossibile condivisione, e per questo causa di profondo disagio socio-affettivo sia sul versante intrapsichico che su quello interpersonale, attraverso una libera e creativa simbolizzazione del proprio mondo interiore, vissuta dal gruppo come mezzo sicuro per sperimentare nuovi comportamenti, ruoli e modelli interattivi "con" e "attraverso" il gruppo.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., 1996, *Atti del Convegno Musicoterapia e Autismo: Un Progetto pilota*
Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr), Cremona
- Benedict H., 2000, *1° rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza*, Edizioni Eurispes-Telefono Azzurro, Roma
- Benenzon R.O., 1992, *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma
- Bettelheim B., 1995, *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Feltrinelli, Milano
- Bowlby J., 1982, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina, Milano
- Barbagallo A.M., Giorgioni L., Mattazzi L., Moroni M., Mutalipassi S., Pozzi L., 2001, "Il perimetro sonoro", in *Musica e terapia*, n° 3, gennaio,
- Brunori L., 1996, *Gruppo di fratelli. Fratelli di gruppo*, Borla, Roma

Manca il
numero
delle pa-
gine

- Di Maria F., Lo Verso G., a cura di, 1995, *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Cortina, Milano
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F., a cura di, 1998, *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, FrancoAngeli, Milano
- Dipartimento di Salute Mentale USL n° 4 Mazara del Vallo (Tp), a cura di, 1990, *Pratiche di prevenzione: attività di promozione della salute mentale e di prevenzione psichiatrica*
- Foulkes S.H., 1967, *Analisi terapeutica di gruppo*, Boringhieri, Torino
- Giommi R., Perrotta M., 1998, *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti*, Del Cerro, Firenze
- Guasto G., 1998, *L'adulterio nel trattamento istituzionale e terapeutico dell'abuso sessuale, Relazione Convegno "Gruppi terapeutici con adolescenti"*, Roma
- Lecourt E., 1996, *Analisi di gruppo e musicoterapia il gruppo e il "sonoro"*, Cittadella Editrice, Assisi
- Lo Verso G., 1994, *Le relazioni soggettuali. Fondazione della psicologia dinamica e clinica*, Boringhieri, Torino
- Manarolo G., 1996, *L'angelo della musica. Musicoterapia e disturbi psichici*, Omega Edizioni, Torino
- Manarolo G., Borghesi M., a cura di, 1998, "Musica e Terapia", in *Riv. Musica e terapia*, 6, 1,
- McWilliams N., 1999, *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Miller A., 1990, *Il bambino inascoltato Realtà infantile e dogma psicoanalitico*, Boringhieri, Torino
- Napolitani D., 1987, *Individualità e gruppaltà*, Boringhieri, Torino
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., 1997, *Lineamenti di musicoterapia*, Carocci, Roma
- Privat P., 1998, *Il bambino, l'adolescente e il gruppo, Relazione Convegno "Gruppi terapeutici con adolescenti"*, Roma
- Raglio A., Ferrara C., a cura di, 2000, *Musicoterapia e ricerca*, Phoenix, Roma
- Rovatti P.A., 1992, *L'esercizio del silenzio*, Cortina, Milano
- Stern D., 1985, *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino
- Winnicott D.W., 1972, *Gioco e realtà*, Armando, Roma

Casa ed.?

Pp?

Casa ed.?

7. Genitorialità difficile: genitori di bambini con fibrosi cistica

di Fiorella Monti, Francesca Gobbi e Francesca Lupi

*La speranza del conforto dà coraggio nella sofferenza.
(Proust)*

65 Roses è il modo in cui molti bambini americani e inglesi affetti da fibrosi cistica (FC) chiamano la loro malattia perché queste parole sono molto più facili da pronunciare per loro se comparate con *cystic fibrosis*. Mary G. Weiss divenne una volontaria nel campo della FC dopo aver scoperto che il suo bimbo di tre anni ne era affetto. Il compito di questa donna era di chiamare club, associazioni o organizzazioni allo scopo di ottenere donazioni e supporto finanziario per la ricerca in FC. All'età di quattro anni Richard, il figlio di Mary, era abituato a sentire tutte le chiamate fatte dalla madre per il suo volontariato. Un giorno, dopo numerose telefonate, Richard si avvicinò a Mary e le disse: "Io so di che cosa ti occupi". Mary rimase di stucco, perché Richard non era al corrente del suo lavoro e non sapeva nemmeno di avere la fibrosi cistica. Con un po' di trepidazione, Mary fece la domanda: "Di che cosa mi occupo, Richard?". "Di 65 rose", le rispose lui.

Per ricordare questa commovente storia, la Cystic Fibrosis Foundation ha preso a proprio simbolo una rosa, l'emblema dell'amore, della fragilità e della bellezza della natura. Per molti anni le 65 Roses sono state usate dai bambini di tutte le età per descrivere il loro disturbo, ma renderla più facile da dire, non fa sì che sia più facile vivere con la fibrosi cistica, essere genitori di bambini malati o pensare di non poter avere figli.

1. La fibrosi cistica

La fibrosi cistica (FC) o mucoviscidosi è una malattia genetica, a decorso evolutivo cronico e prognosi infausta, che colpisce l'apparato ghiandolare esocrino. È la malattia genetica più frequente nella razza bianca. Secondo i dati elaborati dal Registro italiano della fibrosi cistica, l'inci-

denza di tale patologia in Italia è di 1 bambino malato ogni 3000-3500 nati vivi. Nonostante i notevoli progressi in ambito terapeutico, la malattia è a tutt'oggi gravata da un altissimo tasso di mortalità precoce (età media di sopravvivenza uguale a 30 anni circa) e richiede un costante monitoraggio clinico ed un regime terapeutico di rilevante impegno

La ricerca genetica in fibrosi cistica ha permesso l'individuazione del gene responsabile del manifestarsi della patologia: il cromosoma 7, che codifica una proteina anomala nominata CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance) deputata alla regolazione dei canali di passaggio degli ioni del cloro e del sodio. La patologia consiste in un'alterazione del prodotto delle ghiandole esocrine che risulta molto denso, disidratato, vischioso e poco scorrevole. Le secrezioni mucose interessano l'intestino, il pancreas, le vie biliari, il tratto respiratorio ed i vasi deferenti. La variabilità delle mutazioni incide sulle manifestazioni fenotipiche della malattia e i pazienti si trovano a dover combattere continuamente con numerose infezioni batteriche.

Pur essendo una malattia cronica di lunga durata, può comportare morte precoce, anche se la sopravvivenza negli anni '90 è molto aumentata, portando l'aspettativa di vita media di questi pazienti a circa 30 anni, con eccezioni che arrivano anche a più di 50 anni.

La FC inoltre resta, spesso per molti anni, "non-visibile" e questo è particolarmente vero una volta che la diagnosi è stata fatta e la terapia adeguata è stata avviata. Si verifica pertanto una situazione di contrasto fra come il paziente "appare", in tutto simile ai suoi coetanei, e quello che il paziente "è" (Perobelli, 1995) e soprattutto quello che egli sente.

Il decorso della malattia, peraltro, è imprevedibile, anche se le moderne tecniche diagnostiche a livello genetico consentono di correlare qualche aspetto della malattia con il tipo di mutazione del gene CFTR che vi sta alla base. La non prevedibilità della prognosi e allo stesso tempo la ricerca di uno stile di vita il più normale possibile sottopongono l'intero sistema familiare a oscillazioni emotive troppo intense: "l'incertezza può essere sia una maledizione che una benedizione ma ci ha insegnato a stare in equilibrio sulla corda, tra la speranza e la disperazione" (Armour, Andrew, 1991). L'equilibrio tuttavia è molto difficile: nelle famiglie all'interno delle quali c'è una persona affetta da fibrosi cistica, esso deve essere rafforzato da un continuo supporto a livello sociale, psicologico, emotivo e clinico, perché essere genitori di un bambino affetto da fibrosi cistica significa entrare in una dimensione costellata da esperienze dolorose ed angosce di morte.

La consapevolezza della malattia si accompagna ad un collasso narcisistico: il fallimento del compito di dare alla luce un figlio sano e di tutelarne la vita porta a un crollo traumatico dell'ideale genitoriale.

Avere un bambino con la fibrosi cistica significa inoltre affrontare la perdita dell'immagine idealizzata del figlio: il bambino malato, che "è minacciato nelle sue promesse di vita, perde la specificità di bambino" (Brun, 1989), in quanto non "certifica" la funzione genitoriale, ma la minaccia. È un lutto simbolico legato alla perdita del bambino e del genitore ideale, è un lutto reale per la gravità e cronicità della malattia: in questa situazione il mondo s'impoverisce e si svuota.

La scoperta e la convivenza con la malattia confrontano pazienti e famiglie con sentimenti contrastanti: da un lato angosce di morte, dall'altro moti di fiducia e di ottimismo, sentimenti di incertezza e di incontrollabilità accanto ad altri in cui domina il senso di stabilità e normalità. Quando la fibrosi cistica viene diagnosticata in un bambino, tutti i componenti della famiglia sono coinvolti e colpiti in qualche modo: dai genitori al paziente stesso, dai fratelli sani ai nonni e agli amici più intimi. In una situazione a così forte impatto emotivo, la funzione del contesto familiare, come mediatore dell'andamento della malattia, e di quello sociosanitario, come impalcatura di supporto (*scaffolding*), assumono un significato rilevante (Senatore Pilleri, Oliverio Ferraris, 1989).

2. La comunicazione della diagnosi

La comunicazione della diagnosi, come tempo e spazio di incontro tra sistemi, l'équipe curante e la famiglia, rappresenta il momento più delicato nell'iter terapeutico della fibrosi cistica, in quanto si configura come esplicitazione di una situazione traumatica che scardina i processi mentali, generando una sofferenza spesso ingestibile.

Esistono due tipologie di diagnosi: per screening e per sintomi. Lo screening è la metodologia diagnostica che si avvale di un marker biochimico, il tripsinogeno, rilevato nel liquido ematico del neonato subito dopo il parto. Tale modalità anticipa la diagnosi di FC ai primi mesi di vita, prefigurando uno scenario di intense angosce materne che potrebbero ostacolare il legame di attaccamento con il neonato, quel dialogo madre-bambino che comincia con la percezione reciproca del battito cardiaco, e che prosegue con lo scambio di gesti, strutturandosi come comunicazione emozionale ed infine come linguaggio verbale. Il lutto sperimentato dalla madre, successivamente alla comunicazione diagnostica, potrebbe dunque, a causa di un difensivo disinvestimento oggettuale, interrompere quello scambio affettivo che rappresenta una tappa di fondamentale importanza nella processualità del divenire psicobiologico individuale.

La nuova tecnica, tuttavia, ha accelerato l'identificazione precoce dei

bambini affetti da mucoviscidiosi, debellando così i decessi prematuri dovuti prevalentemente alla mancata diagnosi ed al conseguente ritardo nella somministrazione di adeguati regimi terapeutici.

Lo screening ha portato la comunità scientifica a confrontarsi sia con i progressi scientifici sia con le problematiche relative ai falsi positivi: genitori che successivamente alla diagnosi di malattia incurabile e mortale, dopo vari accertamenti strumentali per confermare l'ipotesi diagnostica, arrivano ai centri regionali di diagnosi e cura per la fibrosi cistica e scoprono, tramite il test del sudore, che il loro bambino è sano. I dati scientifici attualmente disponibili riguardo i benefici apportati dalla metodologia di screening sono piuttosto contraddittori e non garantiscono una crescita della curva di sopravvivenza nelle popolazioni screenate rispetto quelle non screenate, anche se ricerche piuttosto recenti (Farrell, 1997) mostrano una maggior funzionalità polmonare nelle prime rispetto le seconde. La diagnosi per screening, tuttavia, porta con sé una profezia di morte che devasta l'equilibrio in fieri della triade familiare; inoltre i tempi insufficienti, la mancanza di un protocollo condiviso, l'impossibilità di seguire psicologicamente i genitori traumatizzati, i falsi positivi, acuiscono sentimenti di confusione, di rabbia e di paura.

La diagnosi per sintomi, a differenza di quella per screening, avviene dopo un lungo periodo di stress, in cui alle ipotesi e ai dubbi diagnostici si succedono le incessanti ansie genitoriali unite ai tormentati pellegrinaggi specialistici che trovano finalmente una risposta nella conferma diagnostica di fibrosi cistica. Essa viene interpretata come uno spiraglio, un'ancora cui aggrapparsi dopo mesi e anni di interminabili vicissitudini cliniche e di incertezze. La fase iniziale, in cui l'ansia si modula con la speranza, si dissolve con le prime riacutizzazioni della malattia, e viene sostituita da intensi sentimenti sfiducia nei confronti dell'équipe di cura e da stati profondi di depressione e di sconforto. Necessita identificare precocemente e riconoscere questi cambiamenti dei vissuti genitoriali per poter costruire interventi specifici, mirati a comprendere e attenuare l'intensità del dolore mentale, che potrebbe portare a un crollo psicologico e costituire un forte empasse nell'alleanza équipe e famiglia.

Durante il processo diagnostico la maggior parte dei genitori sperimenta una ridotta capacità cognitiva, in quanto la situazione traumatica innesca difensivamente amnesie emotive e cognitive. In una ricerca (Bethesda, 1996) in cui vengono analizzate le modalità di reazioni genitoriali alla diagnosi di fibrosi cistica, solo il 33% dei genitori afferma di ricordare quanto stato detto loro in termini di informazioni. L'83% dichiara di avere provato paura, il 56% disperazione, mentre il 54% sostiene di avere vissuto un vero e proprio shock emotivo. Tali dati concordano con quelli pervenuti al Cen-

tro regionale fibrosi cistica di Cesena tramite un questionario di autovalutazione sui bisogni assistenziali della famiglie con figli affetti da fibrosi cistica. Il 94% del campione dichiara, infatti, di aver desiderato un sostegno psicologico durante il momento di comunicazione diagnostica ritenuto come uno dei momenti maggiormente difficili dell'intero arco esistenziale, vissuto con un intenso dolore mentale. Il 55% dello stesso campione riferisce inoltre un malessere determinato dal carattere di cronicità della malattia.

La comunicazione di diagnosi di malattia non guaribile rappresenta dunque per i genitori un vero e proprio lutto da elaborare: vissuti di depressione, rabbia, colpa si alternano a momenti di sconforto e di chiusura al mondo esterno. È un colpo durissimo al senso di autostima genitoriale, che mette in discussione la capacità di trasmissione generazionale; l'individuo, infatti, percepisce un' interruzione nella proiezione ideale di sé sul proprio figlio. L'idea di continuità influenza il desiderio di un adulto di generare una vita, la sua incapacità di salvarla diviene simbolicamente segno di impotenza e declino, attivando angosce catastrofiche. Il momento diagnostico suscita quindi molteplici ed ambivalenti emozioni che confluiscono in uno degli ostacoli maggiormente ardui da superare: continuare a credere di poter generare nuova vita, essere in grado di accudirla e amarla nonostante la prognosi infausta.

Le caratteristiche personologiche e dinamiche familiari interagiscono continuamente con il sistema operatori influenzandosi reciprocamente; il paziente non è l'individuo con la malattia, né i suoi familiari, ma l'intera rete delle sue relazioni più intime, le quali diventano oggetto di cura. Una corretta comunicazione terapeutica, quindi, non può prescindere da una conoscenza delle dinamiche, vissuti e potenzialità familiari: ogni operatore è inestricabilmente legato al processo di diagnosi e cura per favorire lo spostamento dell'attenzione dalla guarigione alla cura, per raggiungere l'ottimizzazione del benessere e della qualità di vita. Sarebbe un importante ausilio operativo, durante la comunicazione diagnostica, selezionare le notizie in base a ciò che i genitori sono in grado di comprendere in quel determinato momento, non anticipare, ma nemmeno celare informazioni. I genitori desiderano comprendere che cosa ha il loro bambino, non vogliono un elenco di mere informazioni statistiche e probabilistiche. Desiderano conoscere la prognosi, ma secondo tempi e modi differenti da genitore a genitore, non vogliono ricevere esclusivamente dettagli sulle ultime ricerche in ambito terapeutico. Sarebbe perciò auspicabile proporre e non prescrivere, vedere il presente e non esclusivamente il passato medico, carico di drammatiche ed ineluttabili verità. L'obiettivo finale è costruire una relazione sincronica tra équipe e sistema familiare, affrontando passo dopo

passo le difficoltà e non anticipandole, condividere e tollerare le sofferenze senza lasciarsi travolgere dal dolore e da dilanianti sensazioni di irrealtà.

3. Modalità di reazione genitoriali

La diagnosi di fibrosi cistica scatena in una famiglia una serie di sentimenti ed emozioni tra cui preoccupazione per il benessere del bambino, ansia riguardo il futuro, sensi di colpa nei genitori per aver concepito un figlio che ha ereditato da loro questa malattia, paura dell'ignoto e del futuro, rabbia perché tutto questo è successo proprio a loro, risentimento per il tempo e l'attenzione che il figlio malato richiede loro, diniego e profonda tristezza (Kubler-Ross, 1983).

I genitori che negano la diagnosi o che sono incapaci di esprimere i propri sentimenti possono avere grossi problemi a tollerare una realtà tanto dolorosa, ma se non trovano le risorse necessarie per reagire adattivamente alla situazione possono giungere ad uno scompenso, identificabile in diverse modalità di comportamento quali la fuga o l'allontanamento psichico e/o fisico di uno dei due genitori, vari gradi di depressione fino alla crisi psicotica e, più comunemente, lassismo educativo o iperprotezione nei confronti del figlio. Quest'ultima caratteristica riguardante la modalità educativa deriva dal fatto che i genitori sono spesso combattuti tra il permettere qualsiasi cosa al figlio, data la sua condizione, e il cercare di proteggerlo da qualunque cosa, finendo per ostacolare processi di individuazione e capacità di fronteggiamento.

Queste famiglie hanno bisogno di avere il "permesso" di soffrire per quello che è accaduto e di chiedere aiuto per la loro sofferenza. Si trovano davanti al difficile compito di affrontare ed elaborare un duplice lutto, quello legato alla perdita di un bambino sano, atteso e fantasticato durante la gravidanza, e quello relativo al fallimento della propria immagine di genitori "buoni".

La repressione di sentimenti così complessi e ambivalenti può avere effetti di carattere fisico e psicologico che portano le famiglie a sentirsi invasi da una sofferenza tanto irrisolta e soffocante da doverla proiettare su tutte le persone vicine, dai medici al bambino affetto da FC.

La natura genetica della malattia, che confronta i genitori con le parti difettose del proprio potere procreativo, sollecita sentimenti di inadeguatezza e di colpa: non solo viene vissuta la responsabilità rispetto ai propri figli, ma anche nei confronti dei propri familiari d'origine che, a loro volta, possono essere portatori del gene. Le informazioni sulla genetica della malattia (cromosomi, geni, leggi di ereditarietà, concetto di probabilità, entità

di rischio) sono, a volte, difficili da comprendere e fanno sentire un ulteriore senso di inadeguatezza e di incapacità. C'è il problema della pianificazione familiare che confronta i genitori con la necessità di operare delle scelte coerenti con il desiderio di procreare, le convinzioni profonde sul valore della vita, il rapporto con la sofferenza.

Come per i bambini con fibrosi cistica, anche per i genitori è indispensabile uno spazio di comunicazione con gli operatori per instaurare e alimentare un patto di alleanza collaborativa, per consentire l'elaborazione del trauma conseguente alla malattia e per favorire il mantenimento di un assetto emotivo che sia coerente con un'adeguata funzione genitoriale.

Quando si tratta di bambini, è indubbio il ruolo svolto dai genitori nel definire il tono dell'accettabilità o della paura, della finzione o ancora della colpevolezza con cui si stabilisce il rapporto con la malattia. Tali comunicazioni non avvengono tanto a livello verbale: è nota la capacità dei bambini anche molto piccoli di "leggere" i segnali emotivi delle madri. La diagnosi di fibrosi cistica in età pediatrica rende il soggetto colpito un paziente obbligato ad affrontare e a convivere con la minaccia della morte, proprio in un'età in cui tutto dovrebbe essere invece legato alla vita. Tale minaccia viene comunicata prevalentemente dall'atteggiamento espressivo dell'adulto e soprattutto da quello dei genitori. La valenza dell'espressione emozionale è nota, poiché le emozioni rappresentano, fin dai primi mesi di vita, i principali regolatori del contatto e delle relazioni interpersonali (Trevarthen, 1993). Fanno parte, infatti, delle manifestazioni delle relazioni di attaccamento ma, nello stesso tempo, contribuiscono a costruire le relazioni stesse (Battacchi, 1988); sono una forma di linguaggio la cui attuazione e comprensione è imprescindibile dalla conoscenza delle situazioni che le producono (Michalson, Lewis, 1985). Queste modalità di scambio emozionale vanno a costruire i primi meccanismi di reazione per cui si possono osservare bambini con FC perfettamente in grado di valutare la forza o debolezza emotiva dei genitori e comportarsi di conseguenza: ad esempio capita di vedere bambini, che stanno male, negare strenuamente i loro sintomi per proteggere i genitori dalla paura.

4. Genitorialità divisa: figli con fibrosi cistica e figli sani

La risposta di fratelli e sorelle sani al crescere con il bambino affetto da malattia cronica è unica, personale e condizionata da molte variabili. Fattori quali età, sesso, livello di sviluppo e ordine di nascita possono influenzare la risposta di ogni soggetto alla situazione (Lavigne, Ryan, 1979); le dinamiche familiari, le abitudini e i valori hanno anch'essi un impatto im-

portante sulla reazione di questi bambini sani (Thibodeau, 1988). Lo stress familiare ha sicuramente degli effetti sui fratelli sani dei pazienti FC, soprattutto quando questi ultimi hanno periodi di esacerbazione delle infezioni, perché i genitori possono ritrovarsi a scaricare su di loro rabbia e frustrazione. Rosentein (1970) ha notato che i fratelli sani possono sentirsi risentiti e arrabbiati per la mancanza di attenzione da parte dei genitori e che possono incontrare difficoltà soprattutto a scuola. L'esperienza di crescere in questa situazione può condurre facilmente alla nascita di sentimenti di perdita e sofferenza estrema, soprattutto perché il rapporto con il fratello malato può essere pieno di sentimenti contraddittori e permeati di ansia.

Innanzitutto, la situazione di continuo allarme attorno al bambino malato fa sì che i genitori si organizzino in una sorta di sistema concentrico che lo abbraccia, quasi a ricomporre la triade familiare padre-madre-bambino, e che ovviamente non ammette la presenza di altri individui. Questa particolare struttura familiare fa sì che il percorso che si snoda per i fratelli sia complicato, spesso solitario e, a volte, non meno doloroso di quello del bambino affetto da FC.

Il mondo delle relazioni tra fratelli/sorelle e paziente con patologia grave sono sature di emozioni complesse che purtroppo rimangono per lo più inesprese, poiché il fratello ritiene inutile coinvolgere i genitori nelle sue preoccupazioni. Da ricerche effettuate sui bambini oncologici è stato visto che i fratelli sani spesso si sentono liberi di comunicare il loro disagio solo quando i bambini malati stanno meglio o, nel caso dell'oncologia pediatrica, quando guariscono e vengono dimessi dall'ospedale (Scarponi, 2003).

Il senso di colpa è una delle pene che animano maggiormente il fratello sano di un malato cronico (Scarponi, 2003; Brunori, Fazioli, 2003; Brunori, 1997). Domande come: "Perché a lui e non a me?", "Si sarà avverato quello che ho pensato/sperato, ossia di essere l'unico per i miei genitori?" sono comunissime nel vissuto di questi bambini. La consapevolezza che la malattia è determinata da fattori genetici scatena poi la forte paura di essere colpiti dallo stesso male. Inoltre si hanno forti sentimenti di dolore e senso di perdita nei confronti dell'opportunità di avere un fratello senza problemi (Dunn, Kendrick, 1987).

Ci sono sentimenti contrastanti riguardanti la paura di avere la malattia ma, allo stesso tempo, il desiderio di essere malati per poter ricevere le attenzioni genitoriali. È importante coinvolgere i fratelli/sorelle sani nella cura del bambino malato, così che essi possano percepire una sensazione di appartenenza alla dinamica familiare, attenuando sentimenti di esclusione e isolamento. Questi bambini sani necessitano di spiegazioni dettagliate e sensibili che permettano loro di avvicinarsi alla questione malattia cronica in modalità più serena e adattiva. Avere un dialogo aperto sulla difficile

questione della FC con i figli sani non fa scomparire il problema, ma fornisce il messaggio chiaro che i problemi possono essere discussi e condivisi all'interno della famiglia (Lobato, 1990), che è possibile pensare a sentimenti di gelosia, di irritabilità verso il "malato ingombrante", senza essere "cattivi" e senza rinunciare agli affetti.

5. Contributo di ricerca

Nell'ambito della ricerca sugli aspetti psico-sociali della fibrosi cistica, un'area di particolare importanza per ricercatori e operatori del settore è rappresentata dalla qualità di vita. La ricerca sulla valutazione delle condizioni di vita ed esistenza delle persone ha sottolineato quanto la salute sia uno degli aspetti più salienti da considerare (Bowling, 1995; Labbrozzi, 1995; Kaplan, 1989) e ha mostrato quanto la letteratura sulla qualità di vita relativa allo stato di salute sia in rapida espansione. La rilevanza è proprio nell'interesse per l'aspettativa di una vita sana, opposta alla mera analisi dei tassi di mortalità o di ospedalizzazione, aspettativa che coincide con una visione più positiva della misurazione della salute e porta direttamente al concetto di "qualità di vita relativa allo stato di salute" e non "qualità di vita relativa alla malattia". Allo stesso tempo, l'attenzione ha cominciato a rivolgersi alla promozione della salute e alla prevenzione piuttosto che al tradizionale intervento di cura sulla malattia.

Su questa scia, lo stato di salute è sempre più considerato in relazione alla qualità di vita e, ugualmente, la sua operazionalizzazione nella ricerca viene riferita alla qualità di vita relativa allo stato di salute. In quanto condizione di salute soggettiva, è basata sul paziente ma, in particolare, è focalizzata sull'impatto che la percezione del proprio stato di salute può avere sulla capacità dell'individuo di vivere appieno la propria vita.

Lo scopo di misurare la qualità di vita in fibrosi cistica dovrebbe essere quello di quantificare e valutare l'impatto sia della malattia che dei trattamenti ad essa legati su tutti gli aspetti della vita del paziente. Questo potrebbe costituire la base di partenza per interventi sociosanitari e psicologici, per cui la conoscenza dell'impatto della malattia diventa un'attenzione empatica al tempo e al ritmo delle emozioni, delle paure e delle speranze.

La qualità di vita correlata allo stato di salute viene solitamente misurata tramite la compilazione, da parte dei pazienti in esame, di questionari che indagano sulla vita del soggetto e sulla varietà di esperienze associate alla malattia da cui sono affetti.

Ci sono tre tipi distinti di strumenti per misurare la qualità di vita correlata allo stato di salute: questionari e strumenti di indagine generici, *utility me-*

asures (strumento che fornisce un singolo valore numerico e permette una rapida analisi costi-benefici) e strumenti specifici per la malattia (cfr. tab. 1).

Il CFQoL è uno strumento malattia-specifico per la valutazione della qualità di vita in adolescenti e adulti con fibrosi cistica; è un questionario composto da 52 *items*, suddivisi in 8 scale (funzionamento fisico, funzionamento sociale, terapie, sintomatologia toracica, funzionamento emotivo, preoccupazioni per il futuro, relazioni interpersonali, immagine corporea, preoccupazioni per la carriera). La versione italiana, validata linguisticamente seguendo le linee-guida proposte da Guillemin *et al.*(1993) e dal MAPI Research Institute (Acquardo *et al.*, 1996), ha già mostrato buone proprietà statistiche nello studio pilota (Gobbi, 2004) e nelle successive indagini sui dati preliminari (Lupi, 2004).

5.1. Obiettivo dello studio

La genitorialità nella fibrosi cistica può essere valutata rispetto a due diversi punti di vista: quello dei genitori che scoprono di avere un bambino affetto dalla malattia e quello dei pazienti stessi, che si trovano a dover vivere e affrontare un'aspettativa della futura ed eventuale genitorialità che fin dall'origine si presenta come difficile, se non addirittura irrealizzabile. "I fili che dipana il tempo e che si tessono giorno dopo giorno tra genitori, medici e bambini diventati adolescenti, li mostrano tutti quanti uniti da una stessa preoccupazione relativa alla procreazione, in attesa di una vita suscettibile di essere modellata secondo le loro esigenze" (Brun, 1989).

Tramite la somministrazione del CFQoL italiano sono state evidenziate le aree di funzionamento particolarmente colpite e le difficoltà rilevanti nell'ipotizzare il futuro, i figli, l'indipendenza e le relazioni.

<i>Tipo di strumento</i>	<i>Adolescenti e adulti</i>	<i>Bambini</i>
<i>Utility measures</i> (strumenti che forniscono un singolo punteggio totale)	<i>Quality of Well-Being Scale</i> (QWB): attività fisica, mobilità, attività sociale e 27 sintomi. <i>Euroqol</i> (EQ-5D): mobilità, cura di sé, attività quotidiane, relazioni sociali, dolore, umore.	<i>Quality of Well-Being Scale</i> (QWB): attività fisica, mobilità, attività sociale e 27 sintomi.

Strumenti generici (forniscono un profilo di punteggi)	<p><i>Short-form 36 (sf-36)</i>: funzionamento fisico, limitazione fisica di ruolo, funzionamento sociale, salute mentale, limitaz. emotiva di ruolo, energia, dolore, percezione generale della salute, cambiamento nello stato di salute.</p> <p><i>Nottingham health profile (nhp)</i>: 1) abilità fisica, energia, dolore, emozioni, sonno, isolamento sociale; 2) lavoro, relazioni familiari, vita quotidiana, vita sessuale, hobby e vacanze.</p> <p><i>Sickness impact profile (sip)</i>: deambulazione, mobilità, cura del corpo, comunicazione, allerta, emozione, interazioni sociali, sonno e riposo, alimentazione, lavoro, gestione della casa, svaghi e passatempi.</p>	<p><i>Child Health Questionnaire (CHQ)</i>, bambini • 11anni e versione per i genitori: Funzionamento fisico, funzionamento sociale, dolore, sconforto, comportamento generale, salute mentale, autostima, percezione generale della salute, funzionamento emotivo, impatto emotivo dei genitori, impatto temporale dei genitori, attività familiari, coesione familiare, cambiamento nello stato di salute.</p> <p><i>Pediatric Quality of Life Questionnaire (pedsq)</i>, bambini • 5anni e versione per i genitori: funzionamento fisico, funzionamento psicologico, funzionamento sociale, vita scolastica, benessere.</p>
Strumenti non standardizzati	<p><i>Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (seiql)</i>: i pazienti comunicano le 5 aree più importanti della loro vita e danno un valore.</p>	
Misure specifiche per i disturbi respiratori	<p><i>Chronic respiratory disease questionnaire (crdq)</i>: affanno, fatica, risposta emotiva, padronanza della malattia.</p> <p><i>St georges respiratory questionnaire (sgrq)</i>: sintomi, attività fisica, impatto sulla vita quotidiana.</p>	

Strumenti FC-specifici	<p><i>Cystic Fibrosis Quality of Life Questionnaire (cfqol)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 anni: funzioni fisiche, funzioni sociali, trattamenti, sintomi, immagine del corpo, relazioni interpersonali, funzionamento emotivo, carriera, preoccupazioni per il futuro, percezione generale della salute. <p><i>Cystic Fibrosis Questionnaire (CFQ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 anni: funzioni fisiche, energia, stato emotivo, limitazioni sociali, limitazioni di ruolo, imbarazzo, immagine del corpo, disturbi alimentari, trattamenti. Scala dei sintomi. 	<p><i>Cystic Fibrosis Questionnaire (CFQ)</i>, bambini • 6 anni e versione per i genitori: versione per bambini: funzionamento fisico, energia, stato emotivo, limitazioni sociali, immagine del corpo, disturbi alimentari, trattamenti. Scala dei sintomi.</p>
---------------------------	---	--

Tab. 1 – Strumenti utilizzati in fibrosi cistica (Abbott J., Gee L., 2003)

5.2. Soggetti, strumenti e procedure

Durante il day-hospital (DH) di tre centri regionali fibrosi cistica, sono stati contattati e intervistati 104 pazienti FC (55 maschi, 49 femmine; età media = 25,2 anni; range = 14-46 anni). Ogni paziente ha compilato il CFQoL italiano e ha acconsentito all'utilizzo dei propri dati ai fini della ricerca. Dati demografici e clinici, quali sesso, età, FEV₁ e BMI, sono stati raccolti come di routine durante la visita DH. I soggetti sono stati divisi in base al genere (M e F), alla fascia d'età (adolescenti e adulti) e al grado di severità della malattia (lieve = 70% FEV₁, moderato = 40-69%, severo < 40%). Le risposte ai questionari sono state trasformate ottenendo un range di punteggi compreso tra 0 e 100 (dove 100 è la miglior qualità di vita percepita). Per l'analisi dei dati è stato usato il pacchetto statistico SPSS per Windows (2003).

5.3. Risultati

Dall'analisi dei dati ricavati dai questionari, è risultato che la dimensione del CFQoL, dove i soggetti mostrano un punteggio più basso e, quindi, una percezione della qualità di vita peggiore, è l'area "preoccupazioni per

il futuro” (punteggio medio = 55,1), seguita da “relazioni interpersonali” (punteggio medio = 75,3). Tutte le altre dimensioni presentavano punteggi medi più elevati e compresi tra 76,6 e 88,4.

All’interno della dimensione “preoccupazioni per il futuro” gli *items* con i punteggi più bassi e, quindi, indici di un potenziale rischio psicopatologico, sono stati gli *items* n° 33, 32 e 30 (rispettivamente “Sono preoccupato/a del fatto che la FC renda la mia vita più breve”, “La possibilità di aver bisogno di un trapianto mi preoccupa” e “Mi preoccupa l’eventualità che potrei non essere in grado di avere dei figli/di avere altri figli”).

Nell’area delle relazioni interpersonali gli item che presentano i punteggi più bassi sono: “Credo che i miei amici non sempre capiscano i limiti che la FC mi impone” (37), “Sono preoccupato/a che la mia FC sia stressante per le persone che mi stanno vicine” (43), “Credo che la FC mi faccia sentire diverso/a dai miei coetanei” (41), “La FC mi rende difficile stabilire relazioni intime” (38) e, infine, “La FC mi rende difficile mantenere relazioni intime” (39).

Dall’analisi delle correlazioni, effettuata con i coefficienti di correlazione r di Pearson, gli *items* 30, 34, 38, 39, 41, 43 correlano tutti significativamente tra loro, ad eccezione dell’incrocio 30 x 43, con valori di r compresi tra 0,32 e 0,76, evidenziando lo stretto legame tra queste aree di funzionamento nei soggetti con FC. Tale dato può indicare che i soggetti vivono le dimensioni delle relazioni interpersonali e della progettualità come altamente problematiche: ciò acuisce vissuti depressivi e di impotenza e può vanificare le capacità di far leva sulle risorse esterne ed interne.

Dal confronto dei punteggi globali di adolescenti e adulti alle dimensioni “preoccupazioni per il futuro” e “relazioni personali” del CFQoL, effettuato con una ANOVA a una via, gli adolescenti hanno mostrato sempre valori significativamente migliori ($p = 0,000$; $p = 0,01$). Inoltre, confrontando i due gruppi rispetto ai singoli *items*, nella dimensione “preoccupazioni per il futuro”, gli adolescenti hanno mostrato punteggi significativamente migliori negli *items* 30 e 34. Questo dato può far pensare, negli adolescenti, sia a risorse proprie e presenti in tale periodo del ciclo di vita, sia a meccanismi difensivi. Negli adulti, invece, la stabilizzazione dell’identità risulta inficiata in quanto sono particolarmente vulnerabili le dimensioni che ne sono alla base, relazioni intime e progettualità.

Alcune differenze importanti sono state inoltre osservate, nel nostro campione, analizzando i diversi gruppi rispetto alle variabili “genere X severità della malattia”, suggerendo che le diverse combinazioni tra genere e fascia di gravità della fibrosi cistica potrebbero condurre a diverse modalità adattive nei confronti della malattia. I maschi hanno riportato, in generale, i punteggi più poveri al questionario e i maschi nel gruppo intermedio

di severità della malattia sono risultati essere i soggetti con la peggior percezione della propria qualità di vita. Le femmine, sia adolescenti sia adulte, mostrano punteggi significativamente migliori in quasi tutte le aree di funzionamento rilevate dal questionario. Si può tuttavia pensare che l'identità femminile, più legata a processi di simbiosi e, quindi, a modalità empatiche di *taking care*, favorisca il mettersi in relazione con parti vulnerabili e fragili del Sé, mentre l'identità maschile, più legata a processi di individuazione, al "fare", sia sottoposta ad una sollecitazione maggiore, a causa di una malattia che debilita il corpo e incrementa la dipendenza reale e simbolica.

6. Conclusioni

La vita con un figlio affetto da fibrosi cistica è caratterizzata da una serie di eventi e responsabilità, ognuno dei quali può portare a una sensazione di sconfitta e perdita nella coppia genitoriale. Avere un figlio con la FC significa assumere su di sé anche la responsabilità del ruolo terapeutico, non solo per le cure quotidiane, ma anche per la necessità di sorveglianza richiesta alla precoce identificazione dei sintomi di infezione e per la disponibilità a controlli medici frequenti. Significa anche avere da gestire un carico molto maggiore di richieste, ma soprattutto trovare delle risposte a problemi inusuali, rispetto ai quali le persone sono prive di ogni esperienza e pervase da sentimenti angosciosi. I genitori sono i primi interlocutori delle domande del bambino che desidera sapere il perché della fisioterapia, quando guarirà, o perché deve andare sempre all'ospedale. Forte è il conflitto fra il desiderio di preservare il più a lungo possibile il bambino dalla presa di coscienza della malattia e il timore di tradire la sua fiducia negando la realtà.

Le madri spesso sono quelle che seguono maggiormente le cure e i trattamenti dei propri bambini e, tra tutti i membri della famiglia, sono anche quelle più informate sulla malattia e proprio per questa collusione di sensi di colpa e assunzione di responsabilità sono anche quelle che più facilmente vanno soggette a depressione e, più frequentemente, a malinconia (*feeling blue*) e stanchezza.

I padri, d'altra parte, vengono a loro volta coinvolti nelle cure del bambino e sono di grande aiuto soprattutto per quanto riguarda il supporto nelle terapie fisiche, come la fisioterapia toracica. A volte però la situazione è diversa e i padri difensivamente prendono "l'abitudine" di non essere coinvolti nelle cure. Questo accade anche perché avere un bambino affetto da malattia cronica limita e condiziona lo stile di vita di una famiglia. È molto

difficile, ad esempio, che entrambi i genitori lavorino a tempo pieno, perché uno dei due deve comunque prendersi carico del bambino, accompagnarlo alle innumerevoli visite mediche e aiutarlo nelle cure e nei trattamenti. Questa situazione comporta, a volte, anche problemi di tipo finanziario. In precedenza i genitori dovevano sostenere pesanti spese economiche per i farmaci; attualmente in Italia la legge tutela il diritto alle cure mediche per la fibrosi cistica in totale carico al SSN (Sistema Sanitario Nazionale), restano comunque a gravare sui genitori necessità pratiche aumentate dalla presenza della malattia. Grava quindi il peso economico, dei ritmi familiari assoggettati alla malattia, e soprattutto il sentirsi minacciati da un latente e costante senso di insicurezza, inadeguatezza, depressione. Anche il rapporto di coppia si trova confrontato con la necessità di condividere ruoli e compiti imprevisi: ne possono derivare difficoltà a mantenere una buona coesione e un senso di mutuo sostegno a livello emotivo, premessa alla possibilità che la famiglia svolga appieno le sue funzioni.

In questo tipo di situazioni, è importante che lo staff medico e infermieristico cerchi di andare incontro anche ai bisogni dei genitori, oltre che a quelli dei bambini malati (Woodfield, 1997). Gli operatori sanitari devono dare sostegno e consiglio a queste famiglie nel loro sforzo di dare delle cure appropriate ai propri figli e, allo stesso tempo, devono aiutarli anche a evitare condotte di comportamento eccessivamente zelanti, come l'iperprotezione, che ha come unico risultato la relazione di dipendenza completa da parte dei bambini (Cappelli, McGrath, MacDonald, 1989).

L'intervento dell'operatore può essere di vario tipo, ma deve essere prima di tutto supportivo e di sostegno, poiché queste coppie di genitori spesso vivono la mancanza dolorosa di risorse psicologiche per affrontare la situazione di un figlio con la FC. La medicina si è sempre occupata di come ci si ammala, meno di come si reagisce alla malattia, a livello psichico. Le cure mediche sono lo strumento più importante per "conservare la capacità di sperare, reagendo alla disperazione", che è un affetto catastrofico, ma "è innegabile" che il potere terapeutico del medico "è subordinato alla capacità di suscitare fiducia e speranza" (Fornari, 1985)

Alcuni ricercatori americani (Wilson, 1996) hanno verificato, tramite uno studio longitudinale, come le interazioni tra famiglia, figlio malato e contesto sociale di riferimento influenzino l'andamento clinico della fibrosi cistica. L'ambiente familiare, lo stato psicologico e quello fisico del paziente sono stati presi in considerazione. La coesione, la capacità di esprimere le proprie emozioni, l'organizzazione sono importanti fattori che intervengono durante le esacerbazioni e portano compensazione. Grossi eventi stressanti, quali divorzi, morti traslochi, perdita del lavoro incidono

profondamente sulla salute del paziente e sul benessere familiare, interagendo negativamente con le condizioni di salute. È dunque di fondamentale importanza sostenere l'intero nucleo per favorire l'autostima dei singoli membri e l'evitamento di condotte di fuga e negazione.

L'organizzazione di gruppi di genitori che s'incontrano periodicamente è risultata essere molto utile, perché il confronto con altre persone che si trovano ad avere un figlio con FC, il provare le stesse angosce, paure e gli stessi problemi a cui far fronte, fa sentire, attraverso la condivisione e la comprensione, meno pesante la solitudine.

Da ricerche svolte su gruppi di malati cronici di diverse categorie, è emerso che ci sono tre scopi principali per cui lo psicologo può iniziare un lavoro di supporto (Davis Hilton, 1993): a) facilitare i modi in cui i genitori e tutti gli altri membri della famiglia si adattano al bambino e alla malattia, psicologicamente, socialmente, fisicamente e nella vita di tutti i giorni, minimizzando o prevenendo eventuali disagi; b) spingere i genitori e gli altri membri della famiglia a incontrare i bisogni del bambino malato senza, però, negare i loro propri bisogni; c) mettere i bambini affetti dalla malattia nelle condizioni di avere la miglior qualità di vita possibile, grazie alle cure di genitori ed équipe medica.

Allargando l'ottica d'indagine agli aspetti psicologici, non solo del paziente ma dell'intero nucleo familiare e dell'équipe curante, si articola la complessità degli interventi con implicazioni pratiche in larga misura inesplorate. Il decorso clinico della fibrosi cistica varia da individuo ad individuo, inoltre la stessa rappresentazione della malattia suscita una serie di atteggiamenti rilevanti sul piano delle conseguenze cliniche, ad esempio la tendenza a minimizzare o ad accentuare i sintomi procrastinando indebitamente l'intervento medico nel primo caso, o rendendolo problematico nel secondo.

La famiglia di fronte alla diagnosi di fibrosi cistica si trova pertanto di fronte ad un evento che irrimediabilmente determina una frattura dell'equilibrio relazionale su cui si fonda, causando la perdita di progressione verso il futuro. Sentimenti di inadeguatezza, colpa, negazione disperazione sono in questo periodo fisiologici e contengono un messaggio specifico: "sono stato colpito da un dolore atroce: aiutatemi, sostenetemi, confortatemi". Ed è proprio di conforto, di ascolto empatico che le persone sembrano aver bisogno nella fase acuta, e non di sedazione. Possono, in questo senso, essere utili interventi di gruppi psicoeducazionali volti a diminuire l'angoscia, aumentare l'autostima e migliorare il funzionamento dell'intero nucleo familiare (Goldbeck, Babka, 2001)

Con il trascorrere degli anni, le acquisizioni scientifiche ed i progressi clinici evidenziano quanto sia importante trovare un "significato" alle a-

zioni terapeutiche. Questo significa che lo stesso tipo di intervento può elicitare un senso di benessere, essere infruttuoso o addirittura inadeguato, a seconda delle variabili, come timing, sistemi interagenti, contesto, a seconda cioè dell'orchestrazione.

In questo senso si può cogliere l'utilità di interventi psicodinamici, i quali, "se è vero che pensare la qualità della vita è pensare la vita in modo diverso che in una dipendenza alienante", aprono "alla rappresentazione della perdita e della separazione una molteplicità di registri che trascendono largamente quelli della realtà esterna" (Brun, 1989).

Il lavoro con i genitori di bambini affetti da malattie croniche consiste prevalentemente nel prendersi cura di individui, che spesso celano una sensazione di "prigionia", una percezione di esistenza ingabbiata. La condivisione permette la facilitazione di poter rappresentarsi opportunità nuove, nonostante il forte limite della patologia. La paura del futuro può essere fonte di ansia paralizzante che ostacola la progettazione e la realizzazione personale; diventa dunque indispensabile riuscire a trasmettere ai genitori la capacità di vivere il presente e di proiettarsi nel futuro anche nella disperazione, e di interagire con la realtà esterna per poterla almeno in parte modificare. Lo spazio tra la nascita e la morte può essere lungo o breve, ma l'essere genitori, reali o simbolici, comporta il fare tutto il possibile perché quello spazio valga la pena di essere vissuto. "Bisogna focalizzare l'attenzione sul problema, c'è qualche scintilla lì sulla quale si potrebbe soffiare fino a che diventi una fiamma in modo che la persona possa vivere quella vita che ancora ha, possa usare quel capitale che ha in banca? Quanto capitale vitale ha questa persona? E potrebbe essere aiutato ad usare quel capitale a buon fine?... Sia che il paziente sia all'inizio della vita, alla nascita, sia che si trovi all'altra estremità dello spettro, alla morte, egli può sentire la presenza di un oggetto amichevole o apportatore di salute" (Bion, 1983).

Speranze, desideri, sogni ed ideali debbono essere nuovamente fatti rivivere nel mondo esterno e riverberare in quello interno. Per una madre ed un padre ricreare in sé le possibilità e le speranze che un figlio incarna, richiede l'esperire nuovamente sensazioni di potere ricreativo e di capacità protettiva: deve esserci quindi, tra équipe e genitori, una sorta di "alimentazione reciproca" (Negri, 1994) che permetta di mantenere equilibrio e speranza.

La risposta./Che tu sei qui./Che esiste la vita e l'individuo./che il potente spettacolo continua, e tu puoi contribuirvi. (Whitman)

Riferimenti bibliografici

- Abbott J., Gee L., 2003, "Quality of life in children and adolescents with cystic fibrosis", in *Pediatric Drugs*, 5 (1), 41-56
- Abbott J., Webb K., Dodd M., 1997, "Quality of life in cystic fibrosis", in *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90 (31), 37-42
- Acquadro C., Jambon B., Ellis D., Marquis P., 1996, "Language and translation issues", in Spilker B., *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials (second edition)*, Lippincott-Raven, Philadelphia, 575-585
- Armour S., Cooper A., Andrew M.L., 1991, *This is our child*, Oxford University Press, Oxford, 120-31
- Battacchi M.W., 1988, "La dimensione evolutiva dell'esperienza emozionale", in D'Urso V., Trentin R., a cura di, *Psicologia delle emozioni*, Il Mulino, Bologna
- Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson B.S., 1981, "The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure", in *Medical Care*, 19 (8), 787-805
- Bethesda M.D., Mueller B., Pizzo P.A., 1996, "Pediatric FC. Conference April 28-30", in *Pediatrics*, 8, 45-49
- Bion W. R., 1983, *Trasformazioni: il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Armando, Roma
- Bowling A., 1995, *Measuring Disease*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- Brun D., 1996, *Il bambino dato per morto*, Guerini e Associati, Milano
- Brunori L., 1997, *Gruppo di fratelli, fratelli di gruppo*, Borla, Roma
- Brunori L., Fazioli M.S., 2003, "La relazione fraterna come risorsa", in Scarponi D., *Tutto il tempo che conta, Riflessioni in Psicooncologia Pediatrica*, Clueb, Bologna, 96-103
- Cappelli M., McGrath P.J., MacDonald N.E., 1989, "Parental care and overprotection of children with Cystic Fibrosis", in *British Journal of Medical Psychology*, 62, 281-289
- Congleton J., Hodson M., Duncan-Skingle F., 1998, "Do Nottingham Health Profile scores change over time in cystic fibrosis?", in *Respiratory Medicine*, 92 (2), 268-272
- Davis H., 1993, *Counselling parents of children with chronic illness or disability*, British Psychological Society, Leicester
- De Jong W., Kaptein A.A., Van Der Schans C.P. et al., 1997, "Quality of life in patients with Cystic Fibrosis", in *Pediatr Pulmonol*, 23, 95-100
- Dunn J., Kendrick C., 1987, *Fratelli: affetto, rivalità, comprensione*, Il Mulino, Bologna
- Farrell M.P., Kosork M.R., Laxova A., Shen G., Koshik R.E., Bruns W.T., Splaingard M., Mischler E.H., 1997, "Nutritional benefits of neonatal screening for cystic fibrosis", in *New Engl J med*, 337 (14), 9613-9
- Fornari F., 1985, *Affetti e cancro*, Cortina, Milano
- Gaither R., Bingen K., Hopkins J., 2000, "When the bough breaks: the relationship between chronic illness in children and couple functioning", in Schmaling

- K.B., Goldman T., Sher, ed., *The psychology of couplet and illness: theory, research and practise*, American Psychological Association, Washington, DC, 337-365
- Gee L., Abbott J., Conway S., Etherington C., Webb K., 2000, "Development of a disease specific health related quality of life measure for adults and adolescents with cystic fibrosis", in *Thorax*, 55, 946-954
- Gee L., Abbott J., Conway S., Etherington C., Webb K., 2002, "Validation of the SF-36 for the assessment of quality of life in adolescents and adults with cystic fibrosis", in *Journal of Cystic Fibrosis*, 1, 137-145
- Gobbi F., Lupi F., Miano A., Monti F., Iacinti E., Petrolini D., 2004, "Validation of the italian version of the Cystic Fibrosis Quality of Life Questionnaire (CFQoL): pilot study", in *Journal of Cystic Fibrosis*, 3 (1), S108
- Goldbeck L., Babka C., 2001, "Development and evaluation of multifamily psychoeducational program for cystic fibrosis", in *Patient Education and Counselling*, 44, 187-192
- Goldbeck L., Schmitz T.G., 2001, "Comparison of three generic questionnaires measuring quality of life in adolescents and adults with cystic fibrosis: the 36-item short form health survey, the quality of life profile for chronic disease, and the questions on life satisfaction", in *Quality of Life Research*, 10 (1), 23-36
- Guillemin F., Bombardier C., Beaton D., 1993, "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines", in *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 46 (12), 1417-1432
- Guyatt G., Berman L., Townsend M., 1987, "A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease", in *Thorax*, 42, 773-778
- Henry B., Aussage P., Grosskopf C., Goehrs J.M., 2003, "Development of the Cystic Fibrosis Questionnaire (CFQ) for assessing quality of life in pediatric and adult patients", in *Quality of Life Research*, 12 (1), 63-76
- Hunt S., McEwan J., McKenna S., 1986, *Measuring health status*, Croom Helm, London
- Jones P.W., Quirk F., Baveystock C., Littlejohns P., 1992, "A self-complete measure for chronic airflow limitation – the St George's Respiratory Questionnaire", in *American Review of Respiratory Diseases*, 145, 1321-7
- Kaplan R., Anderson J., Wu A., Mathews C., Kozin F., Orenstein D., 1989, "The quality of well-being scale", in *Med Care*, vol. 27, S27-S43
- Kubler-Ross E., 1983, *On children and death*, MacMillan Publishing, New York
- Labbrozzi D., 1995, *Misure di salute e di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma
- Landgraf J., 1996, *The Child Health Questionnaire (CHQ): a users manual*, The Health Institute – New England Medical Centre, Boston (MA)
- Lavigne J.V., Ryan M., 1979, "Psychological adjustment of siblings of children with chronic illness", in *Pediatrics*, 69, 616-26
- Lobato D., 1990, *Brothers, sisters and special needs*, Paul Brookes Publishing, London
- Lupi F., Gobbi F., 2004, "La valutazione della qualità di vita nella malattia cronica: dati preliminari della validazione italiana del Cystic Fibrosis Quality of Life Questionnaire (CFQoL) e prospettive di applicazione in ambito clinico",

- in *Riassunti delle Comunicazioni, VI Congresso Nazionale di Psicologia Clinica*, Aosta, 23-24 ottobre, Visual Data, Torino, 62-64
- Michalson L., Lewis M., 1985, "What do the children know about emotions and when do they know it?", in Lewis M., Saarni C., a cura di, *The socialization of emotions*, Plenum Press, New York
- Negri R., 1994, *Il neonato in terapia intensiva: un modello neuropsicoanalitico*, Cortina, Milano
- O'Boyle C., Browne J., Hickey A., 1995, *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW) – Administration manual. Royal College of Surgeons in Ireland*, Department of Psychology, Dublin, McGee, H.M.&Joyce, C.R.B.
- Orenstein D., Nixon P.A., Ross E.A., Kaplan R., 1989, "The quality of well-being in cystic fibrosis", in *Chest*, 95 (2), 344-347
- Perobelli S., a cura di, 1995, "Aspetti psicologici", in Mastella G., *Fibrosi Cistica*, Centro Regionale Fibrosi Cistica, Ospedale Borgo Trento Ed., Verona
- Quittner A., Buu A., Watrous M., 2000, *Cystic Fibrosis Questionnaire: a health-related quality of life measure – user manual (English version 1)*, North American Cystic Fibrosis Foundation, Gainesville (FL)
- Scarponi D., 2003, *Tutto il tempo che conta. Riflessioni in Psicooncologia Pediatrica*, Clueb, Bologna
- Senatore Pilleri R., Oliverio Ferraris A., 1989, *Il bambino malato cronico: aspetti psicologici*, Cortina, Milano
- Thibodeau S., 1988, "Siblings response to chronic illness: the role of clinical nurse specialist", in *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 11, 17-28
- Trevarthen C., 1993, "Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali", in Riva Crugnola C., a cura di, *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Cortina, Milano
- Varni J.W., Seid M., Rode C.A., 1999, "The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory", in *Med Care*, 37 (2), 126-39
- Walters S., Warren R.L., 2001, "Assesment of quality of life in adults with CF in the United Kingdom using the EuroQoL questionnaire (abstract)", in *24th European Cystic Fibrosis Conference*. Vienna, June 6-9
- Ware J., Snow K., Kosinski M., Gandek B., 1993, *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston, The Health Institute, New England Medical Centre, MA
- Wilson J., Fosson A., Kanga J.F., D'Angelo S.L., 1996, "Homeostatic interactions: a longitudinal study of biological, psychosocial and family variables in children with cystic fibrosis", in *Journal of Family Therapy*, 18, 123-139
- Woodfield T., 1997, "Parents of critically ill children: do we meet their needs?", in *Paediatric Nursing*, 9, 8
- World Health Organization, 1991, *World Health Statistics Annual*, WHO, Geneva

Note sugli autori

Ajovalasit Daniela è psicologa.

De Grazia Giancarlo è psicologo.

Di Renzo Magda è analista junghiana, responsabile del Servizio di psicoterapia dell'età evolutiva dell'Istituto di ortofonologia di Roma.

Di Vita Angela Maria è professore ordinario di Psicodinamica dello sviluppo e delle relazioni familiari presso la facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Palermo.

Errante Manuela è psicologa, dottore di ricerca in Marketing turistico presso il dipartimento di Metodi quantitativi per le scienze umane dell'Università degli studi di Palermo.

Garro Maria è psicologa, ricercatore in Psicologia sociale presso la facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Palermo.

Gobbi Francesca è psicologa e psicoterapeuta presso il Centro regionale di fibrosi cistica dell'Ospedale Bufalini di Cesena.

Intorcia Anty è psicologa.

Inzerillo Flora è psicologa, musicoterapeuta, musicista, psicoterapeuta in formazione.

Lupi Francesca è dottoranda in Discipline delle attività motorie e sportive presso il dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Bologna.

Merenda Alette è ricercatore, docente di Psicodinamica dello sviluppo e dell'educazione presso la facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Palermo.

Miano Paola è dottore di ricerca in Psicologia generale e clinica e assegnista di ricerca presso il dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Palermo. È professore a contratto di Dinamiche familiari e di gruppo presso la facoltà di Medicina e chirurgia e di Psicologia dinamica e di Psicodinamica dello sviluppo e delle relazioni familiari presso la facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Palermo.

Monti Fiorella è professore associato in Psicologia dinamica presso la facoltà di Psicologia dell'Università degli studi di Bologna.

Salerno Alessandra è professore associato, docente di Psicodinamica dello sviluppo e delle relazioni familiari presso la facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Palermo.