

Francesca Natascia Vasta, Raffaella Girelli

Infertilità, procreazione medicalmente assistita, prematurità

Abstract

Il lavoro descrive il filo rosso che collega l'esperienza della coppia che riceve una diagnosi di sterilità o infertilità, il percorso relativo alla procreazione medicalmente assistita e il possibile esito di questo percorso in un parto pretermine, con conseguente ricovero del neonato in un reparto di Terapia intensiva neonatale. Il vertice da cui è esaminato questo filo conduttore è quello della sofferenza identitaria femminile, vissuta dalla donna prima del concepimento e dalla madre del piccolo ricoverato poi. Viene evidenziato il ruolo che può svolgere lo psicoterapeuta, con esperienza specifica sul campo, in un apposito spazio di prevenzione e cura di tali ferite identitarie. Questa funzione psicologica a sostegno della funzione genitoriale sembra assumere maggiore efficacia se in concomitanza sussiste un'équipe di cura integrata in cui i medici e il personale sanitario sono formati a un dialogo empatico e competente sul piano della relazione con la coppia che li incontra prima e dopo il concepimento. Un caso clinico esemplifica il discorso.

The paper describes the links between the experience of couples faced with a diagnosis of sterility or infertility, the medically assisted journey, and the possible preterm birth outcome as a result of the latter, resulting in the hospitalization of the newborn at a Neonatal Intensive Care Unit. This thread is analyzed from female identity suffering perspective, as experienced by the woman before conception and then by the mother of the hospitalized newborn. The work highlights the role that a psychotherapist with specific on field experience can perform in a special space for prevention and treatment of such identity wounds, and the ways in which such parental support psychological function becomes more effective when coupled with the work of an integrated treatment team of doctors and medical staff, trained to carry out an empathic and competent dialogue in the

context of the relationship with the couple before and after conception. A clinical case study is set forth.

Parole chiave: infertilità, procreazione medicalmente assistita, prematurità, ferita identitaria
Keywords: infertility, medically assisted reproduction, preterm birth, identity wound.

Introduzione

*Certo che ti farò del male. Certo che me ne farai.
Certo che ce ne faremo.
Ma questa è la condizione stessa dell'esistenza.
Farsi primavera, significa accettare il rischio dell'inverno.
Farsi presenza, significa accettare il rischio dell'assenza.
Antoine de Saint-Exupéry (1942-1943)*

Quando nasce un figlio? La risposta a tale domanda non è scontata come si potrebbe pensare, anzi dovremmo ritenerla molto complessa. Lo scenario di risposte varia a seconda del contesto e dell'interlocutore con cui dialoghiamo. Immaginiamo delle risposte possibili.

Un medico ginecologo potrebbe rispondere: “Quando ha luogo il parto”.

Un prete direbbe forse: “Al momento del concepimento”.

Una giovane madre potrebbe dire: “Quando ho sentito mio figlio muoversi per la prima volta nel mio grembo”.

Un padre a sua volta: “Quando ho visto mio figlio fuori dalla pancia”.

Uno psicoterapeuta potrebbe asserire che il transito effettivo all'accoglienza del “nuovo nato” avviene quando il desiderio di essere genitore diviene evolutivo. In questo caso, le immagini interne di sé e del bambino immaginario possono trovare nella via della procreazione il passaggio somatopsichico da un funzionamento orientato dal sistema motivazionale di attaccamento a quello in cui possa prevalere un sistema motivazionale di accudimento (del genitore verso il figlio) (Liotti & Monticelli, 2008). Proprio le caratteristiche “qualitative” di questo passaggio – a nostro avviso – potranno fungere da

garanti rispetto ai rischi insiti nel percorso di costruzione della funzione genitoriale di ogni concepimento. Il lavoro psicologico svolto con l'accompagnamento di specialisti si rivela un fattore protettivo per la nascente relazione genitore-figlio in quelle situazioni di approdo alla genitorialità che hanno seguito percorsi più difficili e delicati di quelli naturali.

A questo proposito, possiamo chiederci: cosa accade quando la ricerca di un figlio subisce un arresto obbligato? Il figlio pensato, immaginato, desiderato, sognato esce di scena o continua a vivere in qualche area della mente? E, soprattutto, come si incontra con il bambino reale nato dopo anni di cure per l'infertilità?

La questione dello sviluppo della funzione genitoriale per la donna/uomo – e per la coppia, la funzione di co-genitorialità¹ (Bighin, 2014) – non può essere considerata avulsa da questi eventi. In particolare, per il nostro discorso è utile sottolineare che le ricerche empiriche di settore hanno evidenziato come i sottosistemi familiari con le loro rispettive funzioni – coniugalità, genitorialità e cogenitorialità – non si muovono allo stesso identico modo rispetto ai vari transiti che la famiglia deve affrontare, neanche in maniera distinta (autonoma) l'uno dall'altro. Riteniamo importante che la questione sia stata studiata nella sua specificità. Ecco anche perché le ferite all'identità di donna e di madre createsi nel tempo, in-concepibile, della ricerca del figlio avrebbero bisogno di essere trattate, cicatrizzate, o quanto meno viste, specie nel transito dalla coppia alla nuova famiglia.

In questa direzione la riflessione psicoanalitica, specificamente dedicata al tema, ha offerto un importante stimolo di riflessione. Nunziante Cesàro (2000) ha segnalato il rischio, riferendosi in particolare alla fecondazione artificiale eterologa, che possa perdere gravidanza quel “contratto narcisistico” – di cui ha parlato la Aulagnier già negli anni '70 e ripreso poi da Kaës (2008; 2009) –, che affronta la complessa questione della trasmissione della vita (psichica) tra le generazioni e della garanzia del legame fra il nascituro e il gruppo di appartenenza².

¹ Come spiega Bighin: «la cogenitorialità fa riferimento al grado di accordo e sostegno reciproco che i due partner riescono a raggiungere quando affrontano il loro ruolo nei confronti dei figli [...] la definizione di cogenitorialità non si riferisce strettamente alla divisione del lavoro e della responsabilità nell'accudimento del figlio, ma in modo più ampio alla coordinazione e al sostegno fra gli adulti responsabili della cura e dell'allevamento del bambino» (2014, pp. 133-134).

² Per il tema che trattiamo qui, appaiono particolarmente utili le parole con cui Neri (2007) esprime il pensiero della Aulagnier: «Piera Aulagnier [...] attraverso il concetto di “Contratto narcisistico primario” [...] mette in evidenza i limiti che sono posti ad ogni essere umano – già prima che veda la luce – per il fatto stesso di nascere all'interno di una certa famiglia. Piera Aulagnier illustra, prima di tutto, le clausole del contratto. Da

Scrive l'autrice:

La fecondazione artificiale eterologa, come è noto, implicando l'anonimato del donatore e l'assenza di ogni rapporto tra donatore e ricevitore, si connota come produzione di una genitorialità sganciata dalla sessualità che mette in pericolo il contratto narcisistico e quindi i legami di filiazione e appartenenza [...]. Va anche evidenziato che il vissuto delle coppie che ricorrono a questo intervento, dopo una lunga attesa che si è consumata nel desiderio di un figlio, dopo ripetute esperienze di fallimento e delusioni, appare dominato da fantasie inconsce compensatorie della mancanza, spesso onnipotenti, che comportano la sottovalutazione o la negazione delle difficoltà del percorso intrapreso. Il misconoscimento delle difficoltà di questo tipo di procreazione assistita, con cui i medici colludono, influenza i rapporti di filiazione [*ibidem*, pp. 77-78].

Il nostro vertice di osservazione clinica sulla madre e sulla coppia è quello dell'*ex post*, ossia di quando il figlio è nato, in particolare di quando la nascita è avvenuta in condizioni inattese e precoci, pre-mature e come tali potenzialmente traumatiche. Questo scenario, che per certi versi acutizza i rischi delineati dall'autrice, ci ha reso sempre più consapevoli della necessità di un percorso di sostegno psicologico durante il processo di procreazione medicalmente assistita (omologa ed eterologa). Da questo punto di vista, riteniamo anche che tale percorso – di messa in parola del dolore fisico e mentale attraversato, incluso quello delle eventuali perdite di gravidanze, e soprattutto il poter fruire di un aiuto specialistico per effettuare il passaggio psichico come genitori verso l'accudimento del figlio reale –, sia garante e protettivo rispetto al contenimento dei rischi sopra esposti. L'esperienza che racconteremo di Eleonora, come altre di ricovero in Terapia intensiva neonatale, testimonia una qualità dell'incontro col figlio reale-nato pretermine – stante tutta una serie di sue specifiche complicanze mediche e di limiti logistici nella interazione con lui – che richiede al genitore di riaprire/rivedere la questione di tutto ciò che è successo prima della nascita, quale strada da percorrere per riuscire a stare accanto al figlio ricoverato.

Nel presente contributo ci interrogheremo dunque sulle complessità che caratterizzano il percorso di una donna (Eleonora appunto) tra i 35 e i 45 anni a cui è stata fatta una diagnosi

un lato la famiglia (la famiglia allargata) deve fare un pre-investimento e poi un investimento narcisistico sul neonato, quale nuovo membro che si viene ad aggiungere alla comunità familiare. Dall'altro, il neonato deve prendersi posto ed assicurare la continuità della linea generazionale rispondendo alle aspettative. Voglio sottolineare che Piera Aulagnier parla non soltanto di un investimento, ma anche di un pre-investimento narcisistico. Con questo vuole mettere in evidenza che l'investimento da parte della famiglia precede la nascita. È un investimento che riguarda il bambino che è stato o che sarà concepito».

di infertilità o sterilità legata a fattori collegati all'età. Si tratta di una donna, come oggi spesso accade, che decide di affrontare un percorso di procreazione medicalmente assistita e che successivamente va incontro a una gestazione difficile e a un parto prematuro.

Sappiamo bene che il percorso della ricerca di una gravidanza coinvolge la coppia nel suo insieme, ma in questa sede ci concentreremo soprattutto sulla dimensione del femminile e di cosa può significare per una donna attraversare i momenti sopra citati.

Questa attenzione “dedicata” al femminile trova ulteriori importanti ragioni in quel filone di studi che ha posto come elemento centrale, lungo l'asse dei processi di separazione e acquisizione identitaria, lo “spazio cavo” del corpo della donna (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985):

La femminilità, infatti, procede nello sviluppo attestandosi sempre più sull'esperienza di cavo (il riconoscimento della vagina prima e della vulva poi, il menarca, la deflorazione, il coito, il parto), esperienza somatica su cui si articolano fantasie e processi d'identificazione. Il maschile, invece, che pure inizialmente partecipa di quest'esperienza nell'area d'indifferenziazione con la madre, molto rapidamente struttura, in virtù della differenze anatomiche tra i sessi, sia delle vicissitudini dei processi d'identificazione, l'esperienza che la cavità appartiene al genere femminile ed è quindi, per larga parte, altro da sé³ [Nunziante Cesàro, 2014, p. 12].

A livello personale il desiderio di maternità è unico e soggettivo, si inserisce nel percorso di vita di quella determinata donna. Vissuti profondi, legati alla propria identità, vengono continuamente rielaborati in un processo dinamico: la storia personale, familiare e transgenerazionale è contenuta nelle varie scelte che spingono una donna, nella fattispecie una coppia, verso un progetto procreativo. Il punto di vista psicodinamico ha sottolineato come il movimento interno che la donna deve compiere nell'assumere la posizione di madre da quella di figlia abbia nei processi di identificazione con la madre un'importante base di partenza. A volte questo passaggio identitario costituisce anche un'opportunità per rivisitare il legame con la madre e offrirgli una riparazione (De Pascalis, Bozicevic & Monti, 2014).

Vedremo come questa dimensione di relazione con la propria madre giocherà un ruolo importante anche nella vicenda della donna protagonista della storia clinica qui presentata e

³ Tutto questo trova in qualche misura una corrispondenza anche nella nostra esperienza clinica rispetto ai tempi, diversi fra madre e padre, di partecipazione al percorso di sostegno psicologico nel corso del ricovero del figlio (si veda anche l'esempio clinico narrato nel presente articolo).

come il lavoro psicologico ne abbia tenuto conto e abbia contribuito a esplorarla ed elaborarla.

A livello dell'appartenenza al gruppo sociale e culturale una donna – se fortunata – ha ricevuto una buona educazione sessuale nel periodo adolescenziale, le è stato insegnato come funziona il suo sistema riproduttivo e come sia opportuno e protettivo fare scelte consapevoli nell'esplorazione della sessualità. Gli educatori parlano e spiegano come non rimanere incinta, dando per scontata la possibilità di avere figli; la questione dell'infertilità non viene affrontata, come se quest'eventualità non fosse rappresentabile, come se per una donna non fosse importante e necessario conoscere questa dimensione e questa possibilità. Il nostro gruppo sociale ci orienta, ci “aiuta a pensare” a livello del transpersonale (Ferraro & Lo Verso, 2013) alla fecondità della capacità generativa, al concepimento di un bambino. Ma “l'altra faccia della luna” – il mancato concepimento – resta inesplorata, ciò che viene genericamente (e solamente) trasmesso è che dopo i quarant'anni è più difficile ottenere una gravidanza.

Eppure anche nelle fonti “mitiche” della nostra cultura (per esempio nella Bibbia) questa eventualità è rappresentata sia nel Vecchio che nel Nuovo Testamento⁴.

A livello antropologico, sussistono peraltro molte differenze fra le diverse culture: solo per fare due esempi estremi, in India c'è un forte mandato sociale a procreare, anche in età avanzata; in Cina la procreazione è invece addirittura regolata a livello legislativo. Nella stessa Europa, ci sono paesi in cui il *Welfare* prevede una larga assistenza alle famiglie per tutta la prima infanzia dei figli, altri in cui tutto questo non esiste. Come scrive Bärbel Schön:

Il concepimento/procreazione e la gravidanza sono già atti sociali e biologici, accompagnati da desideri, paure, fantasie, speranze dei partecipanti, ma sono anche regolati socialmente. Questo è dimostrato da regole sociali (per esempio, norme e proibizioni di matrimonio, accesso agli

⁴ Nel libro della *Genesi*, si racconta che Abramo seguì il suggerimento della moglie Sara per poter avere dei figli essendo lei sterile: congiungersi con una schiava, Agar, che gli darà un primo figlio, Ismaele. Abramo in età avanzata dopo una vita di ubbidienza al Signore avrà da Sara il figlio Isacco. La moglie di Abramo dovrà accettare inizialmente la ferita narcisistica che il marito si congiunga a un'altra donna, peraltro schiava, e non mancheranno sentimenti di gelosia da parte sua verso la madre di Ismaele e verso Ismaele stesso. Inoltre, sia Sara sia Abramo (che significa “padre di una moltitudine”) sono i nuovi nomi assegnati rispettivamente a Sarai e ad Abràm da Dio, in concomitanza col divenire genitori di Isacco, a seguito dell'alleanza stabilita con Lui, in cui viene promessa da Dio una discendenza numerosa quanto le stelle ad Abràm. Il cambio di nome sta a significare la trasformazione identitaria della nuova posizione acquisita.

anticoncezionali, aborto), la cui struttura mostra chiaramente l'influsso e il potere maschile, ma anche da fatti, apparentemente ovvi e quindi inosservati, che si verificano quotidianamente: mode prémaman, congedo di maternità e orari di apertura degli asili regolano la prassi materna [... Infatti, le] ricerche sulla biografia e sul corso della vita hanno attirato l'attenzione sul fatto che i processi e le decisioni biografiche [inclusa quella di procreare] non si compiono in uno spazio vuoto e che essi sempre più sono situati nel contesto delle strutture sociali [1997, pp. 327-330].

In questa sede, come anticipato, ci occuperemo dei fattori che rappresentano un momento di grande tensione e disorganizzazione emotiva per la coppia dal vertice del femminile. Essi corrispondono all'iter diagnostico, alla comunicazione della diagnosi con conseguente presa di coscienza, all'iter terapeutico e alle possibili complicanze che sopraggiungono con gravidanze difficili e parti prematuri.

Infertilità: affrontare la diagnosi

Spesso le coppie scoprono di avere problemi nell'ottenere una gravidanza nel momento in cui decidono di concepire. La scoperta che l'essere pronti per avere un figlio non trova sintonia su un piano mente-corpo pone la donna in una posizione di grande turbamento: il corpo tradisce, diventa estraneo, non riconoscibile, non più proprio, diviene territorio straniero da esplorare attraverso diverse procedure che si traducono in lunghi iter diagnostici che condurranno verso un verdetto che il medico presenta come incontrovertibile: la diagnosi di sterilità⁵.

Per una donna soprattutto l'invasività degli accertamenti comporta un primo momento di ingresso nell'area traumatica. Esami di routine come l'isteroscopia, l'isterosalpingografia⁶ possono rappresentare procedure dolorose sul piano psicocorporeo (Gaio *et al.*, 2010). La

⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce sterilità la situazione di una coppia in cui uno o entrambi i membri sono affetti da una condizione fisica permanente che non rende possibile il concepimento. L'infertilità è invece definita, in linea con le indicazioni dell'OMS e dell'American Fertility Society (AFS), come l'assenza di concepimento dopo un anno di rapporti sessuali costanti e non protetti, oppure come il risultato di aborti ricorrenti. I due termini, quindi, pur usati a volte nel linguaggio comune come sinonimi, si riferiscono a condizioni con caratteristiche ben diverse anche in termini prognostici.

Si stima che circa il 15-20% delle coppie italiane sperimenti dei problemi di infertilità e che questi siano generalmente riconducibili nel circa 40% dei casi a un fattore maschile, nel circa 50% a uno femminile e nel restante 10% a eziologia mista (Ministero della Salute, 2008, Decreto dell'11 aprile, Art. 7, legge n. 40/2004).

⁶ Per isteroscopia si intende l'esame endoscopico dell'utero. L'isterosalpingografia è una tecnica di indagine radiologica che studia l'apparato genitale interno femminile, permettendo di valutare la posizione e la forma delle strutture anatomiche (canale cervicale, istmo, cavità uterina e salpinge) e la loro pervietà (ossia la condizione di normale apertura), particolarmente la pervietà tubarica.

donna, infatti, spesso non viene preparata in maniera adeguata a questi vissuti: il doversi affidare a medici che ella conosce solo in occasione dell'esame, l'ambiente asettico e medicalizzato in cui avvengono passaggi importanti, possono rafforzare il senso di impotenza e i sentimenti di perdita della propria dimensione. Spesso dunque la persona che si trova di fronte al medico che formulerà la diagnosi di infertilità sarà arrivata a quel momento già provata da un iter diagnostico estenuante. La formulazione della diagnosi rappresenta una tappa cruciale; la capacità comunicativa ed empatica del medico è di grande rilevanza per l'impatto che le parole utilizzate avranno sulla coppia. Questo momento cambierà per sempre la vita della coppia. Ciò ci permette di ricordare quanto oggi sia necessario sensibilizzare (formare) i medici ad avere consapevolezza che spesso viene da loro sovrastimato l'impatto positivo delle opportunità tecniche offerte nell'ambito della procreazione medicalmente assistita e sottostimato il dolore psicologico che la diagnosi di infertilità congiuntamente comunicata determina; inoltre, nello stesso spazio di incontro con la coppia andrebbero poste le basi per il mantenimento di una buona alleanza col personale sanitario (La Sala *et al.*, 2014).

La letteratura (Arnn & Su, 1993; Gaio *et al.*, 2010; Greil, Shreffler, Schmidt & McQuillan, 2011) evidenzia come nel momento in cui una donna e il compagno realizzano che non potranno avere figli vadano incontro a una vera e propria crisi esistenziale caratterizzata dalla riduzione dell'autostima, da una sensazione di colpa, da paura, da ostilità, da tristezza e da problemi sessuali e coniugali.

Inoltre se la diagnosi di infertilità si complica e si trasforma in quella di sterilità la realizzazione dell'impossibilità di sottoporsi a trattamenti di procreazione medicalmente assistita omologa renderà il processo di accettazione ulteriormente complesso. Quando la donna ha raggiunto i 35 anni spesso i sanitari spiegano che il decremento di fertilità può essere legato al sopraggiungere dell'età avanzata. Il senso di colpa e di impotenza che vengono generati da una simile comunicazione è di portata tale che risulta difficilmente comunicabile e rappresentabile a terzi, come abbiamo avuto modo di registrare nella nostra esperienza clinica e come la letteratura tende a sottolineare (De Pascalis, Bozicevic & Monti, 2014).

Riteniamo che le cause dell'infertilità, della sterilità, non possono essere considerate di natura esclusivamente biologico-funzionale ma che esse costituiscano un *unicum* con il

versante psichico. Alla luce di questa considerazione, la necessità di creare uno spazio psicologico *ad hoc* che ospiti e favorisca l'emergere di un pensiero, e che possa aiutare nella rappresentazione delle ferite (narcisistiche) generate dall'apprendimento della condizione di infertilità, si configura come una necessità profonda da un lato (per la persona, che diventi genitore oppure no), "emergenziale" dall'altro (in vista del percorso che eventualmente di lì in poi la coppia vorrà perseguire comunque ai fini della procreazione). Le perdite multiple generate da una diagnosi di questo tipo dovrebbero poter trovare espressione nella parola: perdita della fiducia in sé e nel proprio corpo, ferita all'identità di genere di donna matura e in grado di riprodursi, ferita all'identità di compagna in grado di generare con e per il partner; e si potrebbe proseguire con declinazioni diverse a seconda degli intrecci fra questa scoperta e la propria storia personale e familiare transgenerazionale.

In alcune condizioni, esiste il grave rischio che possa crearsi un processo parallelo. Sembra che la mente stessa presenti aree sterili e incapaci di produrre pensieri rispetto a ciò che sta avvenendo: il ricorso a meccanismi di difesa quali la negazione, la scissione, l'intellettualizzazione può portare verso scelte poco pensate, agite senza garantirsi il tempo di capire dove si vuole veramente andare, evitando la ricerca di soluzioni adottate per tamponare (chiudere cioè provvisoriamente) l'impatto che un tale dolore genera.

Procreazione medicalmente assistita

Dopo la diagnosi di infertilità o di sterilità le coppie possono decidere di rivolgersi ai centri di medicina riproduttiva. La scelta del centro a cui rivolgersi rappresenta di per sé un momento assai complesso.

La scelta viene fatta sulla base di diversi criteri: se si è instaurato un buon rapporto con il ginecologo che ha fatto la diagnosi di infertilità si potranno seguire le sue indicazioni; se si hanno amiche o conoscenti che hanno attraversato la stessa situazione con buon esito ci si affilia nella speranza di ottenere lo stesso risultato. Oppure si inizieranno delle estenuanti ricerche per trovare il centro con i più alti tassi di successo. I centri specializzati accolgono le coppie spiegando come la medicina riproduttiva odierna aiuti nel concepimento di un figlio anche in situazioni difficili e con poche probabilità di successo. Ciò che spesso non

viene detto è che la persona, la donna, andrà incontro a tutta una serie di possibili sofferenze, di effetti collaterali legati alle cure, di spese elevate, di possibili fallimenti, di diversi cicli di procreazione medicalmente assistita (d'ora in poi anche PMA) da dover intraprendere. Se pure i vari passaggi di cui si compone un ciclo di PMA hanno un enorme impatto psicologico, questo piano viene spesso ignorato nella prassi dei trattamenti. Certamente tutti i centri per legge⁷ devono avere uno psicologo disponibile nel caso in cui la coppia ne richiedesse la consulenza, ma nella realtà è assai difficile che esista un'équipe di cura integrata, per cui l'esperienza viene organizzata di fatto su un piano strettamente medicalizzato, reificando l'antica e pericolosa antinomia corpo-mente. Vorremmo evidenziare a questo proposito che le linee guida della European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE Guideline: Gameiro *et al.*, 2015) forniscono una serie di indicazioni relativamente alle competenze specifiche richieste allo staff che lavori nelle cliniche in cui si pratica la PMA, fra le quali la conoscenza dei bisogni dei pazienti, differenziati a seconda dello stadio attraversato durante il trattamento e che appartengono a sfere multiple (comportamentale, emotiva, cognitiva, relazionale/sociale). Viene anche esplicitato il ruolo dello specialista della salute mentale. Tuttavia ci sembra importante sottolineare che l'ottica con cui viene descritto il lavoro indicato per questi centri è quello di un'équipe multidisciplinare integrata.

I passaggi per la donna che si sottoponga a PMA omologa sono diversi e tutti obbligati.

Le vengono prescritti degli ormoni che servono a stimolare la maturazione follicolare e a produrre più ovociti durante un ciclo mestruale. Ciò comporta, a seconda della persona, complicazioni diverse. Le iniezioni di ormoni giornaliere alle quali una donna si sottopone durante l'iter di stimolazione ovarica possono produrre: gonfiore, aumento di peso, instabilità dell'umore, ecc. Inoltre i continui prelievi ematici e i controlli ecografici contribuiscono a innalzare notevolmente lo stato di allarme e precarietà che la persona si trova a vivere.

⁷ Il Decreto Legislativo del primo luglio 2015 del Ministero della Salute – “Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita” – prevede semplicemente: «Per assicurare adeguato sostegno psicologico alla coppia ciascun centro offre la possibilità di una consulenza da parte di uno psicologo con documentata formazione nel settore». Siamo quindi ben lontani dal sottolineare la necessità di un gruppo-équipe specializzato sulla procreazione medicalmente assistita, di cui lo psicologo sia un membro attivo.

Se avviene la maturazione dei follicoli, il ciclo di fecondazione comporta la necessità di aspirarli attraverso procedure invasive che richiedono un'anestesia. Dopo questo momento, si avvia un altro processo molto delicato e fonte di stress: il calcolo del numero degli ovociti raccolti. A questo seguirà la valutazione (anch'essa non priva di risvolti emotivi) di quanti di questi ovociti verranno fecondati in laboratorio. La domanda che attraversa (a volte domina) ora la mente della donna (e del partner) è: "Quanti embrioni si svilupperanno?". Successivamente, gli embrioni eventualmente sviluppati vengono trasferiti, in numero non superiore a tre, nell'endometrio. Segue poi un ulteriore significativo passaggio: la conta, rispetto al prelievo ematico per il dosaggio dell'ormone beta HCG, stabilirà se e quanti embrioni si sono impiantati. Questo percorso così descritto in maniera sequenziale è in realtà un viaggio sulle montagne russe, con continui alti e bassi: la donna in cui si riesce a trasferire almeno un embrione dovrà attendere 12 giorni per sapere se l'embrione si è o meno impiantato, 12 giorni in cui la persona diventa ipervigile e spera di sentire piccole variazioni corporee che testimonino la gravidanza in corso.

Le ferite aperte con la diagnosi di infertilità hanno bisogno di un tempo personale di elaborazione, ma i percorsi e i tempi della PMA non sono pensati in sinergia con una possibile cicatrizzazione di esse, anzi spesso seguono una direttrice molto diversa. La disperata voglia di raggiungere il risultato può impedire di fermarsi e pensare veramente a ciò che sta accadendo. L'impossibilità di fare i conti con il dolore e il senso di perdita e vulnerabilità che accompagna questi percorsi pone spesso la donna in uno stato di dissociazione tra ciò che accade a un livello profondo della mente e ciò che accade fuori e che prevede un adattamento obbligato a ritmi serrati legati alle procedure mediche.

Inoltre i fallimenti che possono sopraggiungere durante il percorso aggiungono dolore al dolore.

Tutto questo ha un costo elevato per il sistema mente-corpo che lo vive. Nella nostra esperienza di consulenti, il "conto da pagare" di questo "costo" si accumula e si ripropone in tutta la sua gravidanza laddove la nascita prematura porti con sé delle difficoltà di sopravvivenza del figlio e/o degli esiti che il bambino potrà riportare dopo le dimissioni dalla Terapia intensiva neonatale (d'ora in poi anche TIN).

Prima di ottenere una gravidanza possono essere necessari diversi tentativi di PMA. Quando la donna riesce a rimanere incinta dopo diversi tentativi si trova in uno stato di

stordimento: da una parte è felice e incredula per il risultato ottenuto, dall'altro terrorizzata all'idea di perdita del figlio.

In questo stato di delicata precarietà, unito al normale stato di confusione che normalmente una gravidanza genera, la donna può incontrare minacce reali alla gestazione.

Prematurità, trauma potenziale, intervento psicologico

Il ricorso alle procedure mediche appena descritte per ottenere le gravidanze, così come il posticipo dell'età della donna nell'aver figli e le gravidanze multiple sono fattori che hanno contribuito a una maggiore prevalenza negli ultimi anni dei parti pretermine (Ardito, Vicino & Adenzato, 2014).

Dalla nostra esperienza clinica, abbiamo rilevato che attualmente i centri di PMA non forniscono né opuscoli né informazioni esaurienti circa il rischio di prematurità, ancorché si tratti di gravide e gemellari⁸.

Il contesto di cura della TIN del Policlinico Gemelli – che ci vede impegnate come psicologhe consulenti dell'Associazione Genitin⁹ – accoglie nascite di estrema prematurità con età gestazionale a partire dalla minima soglia di possibilità di sopravvivenza, 23-24 settimane. Abbiamo descritto altrove l'articolazione del progetto “Genitori appena nati” e dei diversi interventi che abbiamo portato avanti nel contesto sanitario della Terapia intensiva neonatale (Vasta, Girelli & Aprea, 2013).

In questa sede desideriamo occuparci in maniera specifica dell'incontro con le madri in Terapia intensiva neonatale e degli obiettivi che lo orientano e lo organizzano. Ci preme

⁸ L'OMS, a partire dagli anni Sessanta, definì la categoria della prematurità in base a due criteri: peso ed età gestazionale del neonato. Il parto pretermine, o parto prematuro, è un parto il cui travaglio ha luogo tra la 20^a e la 37^a settimana di gestazione (considerato che la durata della maggior parte delle gravidanze è di circa 40 settimane) ed è accompagnato da un peso neonatale inferiore a 2.500 grammi.

Convenzionalmente si distinguono tre gradi di prematurità:

- 1) LBW (*Low Birth Weight*), bambini con peso alla nascita compreso tra 2.500 grammi e 1.500 grammi e con età gestazionale tra la 37^a e 32^a settimana;
- 2) VLBW (*Very Low Birth Weight*) bambini con peso compreso tra 1.500 grammi e 750 grammi, con età gestazionale tra la 32^a e la 28^a settimana;
- 3) ELBW (*Extreme Low Birth Weight*) bambini nati con un peso inferiore ai 750 grammi e con età gestazionale inferiore alla 28^a settimana (Torrioli, 2000).

⁹ L'Associazione Genitin (<http://www.genitin.it>) è nata nel 2003 a opera di genitori di bambini prematuri e di alcuni operatori sanitari del reparto di Terapia intensiva neonatale del Policlinico Gemelli a sostegno delle famiglie che vivono questa situazione durante e dopo il ricovero.

sottolineare che riteniamo ciascun incontro con le madri, i padri e i loro bambini unico; teniamo sempre a mente le differenze che caratterizzano ciascuna famiglia e ciascun membro di essa.

Il macro obiettivo del nostro progetto può essere così definito: un percorso di aiuto, per offrire sostegno e tutela al legame col figlio reale che è nato e che lotta per la sopravvivenza.

Sostanzialmente il nostro intervento si articola in una serie di incontri settimanali che durano quanto il tempo di permanenza del neonato nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva neonatale (mediamente dai 2 ai 9 mesi). Si tratta di incontri che richiedono una certa flessibilità del setting e che avvengono sia in reparto con il genitore accanto all'incubatrice del proprio figlio (possono durare dai 20 ai 50 minuti), sia in una stanza dedicata (per 50 minuti). Dopo le dimissioni del bambino sono previsti dei colloqui in concomitanza con i controlli che i bambini fanno in ospedale.

Precedentemente, per un periodo di sei anni durato fino al 2013, abbiamo condotto, oltre ai colloqui presso le incubatrici e fuori dalla TIN, un gruppo omogeneo a cadenza settimanale per i genitori dei bimbi ricoverati. Riteniamo che questo sia un tipo di intervento particolarmente efficace nel sostenere i genitori in un momento di tale portata traumatica, tuttavia per ragioni istituzionali abbiamo dovuto sospendere questo tipo di attività che, stante le attuali complessità ospedaliere, ci auguriamo di poter riprendere presto (Girelli & Vasta, 2014).

In condizioni "normali" sappiamo che il momento del parto e la separazione biologica che esso determina si configurano come un vero e proprio punto critico che comporta necessariamente la rottura con uno stato precedente, la gravidanza, e la necessità di una riorganizzazione fisica e mentale da parte della donna. Fanno parte dell'esperienza psichica del parto: la sensazione di aver perso qualcosa di sé (Breen, 1992), anche laddove la madre abbia consapevolezza di un feto differenziato da lei; il passaggio dal "bambino immaginato" al "bambino reale" toccato e veduto (che a volte non corrisponde al primo); la sensazione di uno "spazio vuoto" (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985) da dover di nuovo colmare con la ricerca di nuove soddisfazioni. Ma che cosa accade in situazioni di forte prematurità? La perdita di tali passaggi cosa determina per una mamma? Sono queste e

altre sono le domande che ci guidano durante i primi incontri con le neo-mamme dei piccoli prematuri.

Una volta che il bambino viene ricoverato presso il reparto, i sanitari – medici e infermieri – informano i genitori della presenza del progetto “Genitori appena nati”, definendolo generalmente come un intervento di sostegno psicologico alla genitorialità.

Generalmente al nostro arrivo in reparto abbiamo un incontro con uno dei sanitari che ci fornisce le notizie circa i nuovi ricoveri.

Il primo incontro con i genitori avviene dentro il reparto: ci avviciniamo all’incubatrice del neonato – accanto alla quale solitamente siedono i genitori – e ci presentiamo. La presenza della madre in reparto è un importante indicatore perché ci dice che il parto è avvenuto almeno 12 ore prima: questo momento è per noi molto delicato, cerchiamo di entrare in punta di piedi e osservare ciò che accade.

Va tenuto presente dunque che, quando li incontriamo, i genitori sono già a conoscenza della nostra funzione in reparto e dunque non si tratta quasi mai di un incontro inaspettato. Naturalmente non obblighiamo mai i genitori a questo incontro, se la situazione non lo rende possibile ci congediamo manifestando la nostra disponibilità a un prossimo colloquio o semplicemente diciamo che passeremo a salutarli nei giorni successivi. In questi casi lasciamo che il tempo del ricovero faccia il suo corso e che la domanda possa emergere anche a distanza di qualche settimana dal “momento catastrofico” del parto prematuro.

Fortunatamente queste sono situazioni che si verificano di rado e solo in condizioni estreme.

Di solito questo momento è molto cordiale: i genitori, seppur provati, riescono a fornire un primo racconto delle ore precedenti al parto prematuro. Questo spazio ci permette di osservare la relazione tra i coniugi e come questi si relazionano al bambino. I genitori con cui parliamo si trovano in un ambiente difficilmente immaginato nel tempo della gravidanza, non sono dentro una *nursery* con suoni di *carillon* in sottofondo, ma in una grande stanza quadrata dove a una distanza di circa due metri l’una dall’altra si trovano 15 incubatrici, piccole case di vetro che riproducono l’ambiente intra-uterino, dove i suoni di sottofondo sono gli allarmi dei *monitor* collegati ai macchinari che tengono in vita i bambini.

Grazie allo sviluppo negli ultimi decenni dell'*Infant Research* abbiamo scoperto che alla nascita il bambino è estremamente competente. Oggi sono note non solo le sue capacità di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna (Piaget, 1923; 1936), ma soprattutto la competenza di creare o mantenere situazioni di interazione con la sua figura di accudimento, solitamente la madre (Stern, 1974).

Purtroppo il bambino prematuro in incubatrice (che si trova in una condizione di estrema prematurità, tra le 24 e le 28 settimane) è in forte sofferenza, tenuto in vita attraverso macchinari specialistici. In questa delicata prima fase il bambino non può essere preso in braccio, può però essere osservato e accarezzato delicatamente. Anche per fare solo quest'ultimo gesto sono fornite indicazioni da parte dei sanitari. Per cui questo è un momento di interazione genitore-figlio guidato. Nello spazio del colloquio tra noi e i genitori presso le incubatrici cerchiamo di facilitare un clima di fiducia che si declina in un ascolto attento e rispettoso dei ritmi e delle necessità degli interlocutori. Alla fine di ciascun incontro diamo un appuntamento in una stanza del reparto di neonatologia fuori dalla terapia intensiva.

Questo secondo momento di incontro vede spesso la presenza delle sole madri, perché successivamente al parto, spesso, i padri hanno l'obbligo di rientrare al lavoro e riescono a recarsi in reparto solo al termine della giornata.

In questo spazio cerchiamo di indagare meglio la qualità dell'investimento affettivo prenatale, giacché essa influisce enormemente sulla successiva relazione di attaccamento; in altri termini esploriamo quello che può essere definito l'attaccamento prenatale, costruito introdotto da Cranley (1981) per descrivere le caratteristiche del legame che i genitori sviluppano durante le fasi della gravidanza verso il bambino che aspettano.

Una dimensione importante che emerge in questi colloqui è quella relativa al tempo.

Gli accenni fatti possono essere per esempio: al "molto tempo" da cui si cercava il figlio prima del concepimento. Soprattutto, la questione del tempo pregresso al concepimento può sottendere un tempo di sofferenza e di stress per la coppia, che richiede di essere delicatamente "svelato": che cosa succedeva in questo tempo? Abbiamo notato come un punto importante della narrazione dell'iter relativo al concepimento sia rappresentato dal momento in cui i genitori ci raccontano se la gravidanza è naturale o indotta. Questo svelamento apre scenari complessi e non sempre immediatamente dicibili. Questi scenari

sono i più vari: gravidanze diagnosticate “a rischio” dall’inizio, per problemi medici della madre (pressione alta, diabete, obesità, a volte neoplasie esplose durante la gravidanza), oppure rischiose in quanto trigemellari, oppure si accavallano nel corso della gravidanza eventi di vita stressanti (lutto per la perdita di un familiare della donna incinta o del padre, incidente automobilistico, perdita del lavoro da parte del partner). Nei casi più direttamente connessi col discorso che qui cerchiamo di affrontare, lo scenario è contrassegnato da tentativi ripetuti negli anni (falliti) di restare incinta, a volte da aborti spontanei, e/o aborti terapeutici.

Un altro tema che domina il corso degli incontri è rappresentato dal senso di colpa che le madri nutrono per non essere riuscite a portare a termine la gravidanza, o nei casi di procreazione medicalmente assistita per aver desiderato, per aver tentato, per aver insistito nella ricerca di essa. Questo senso di colpa delle madri è un punto che si rivela molto importante da svelare e da normalizzare, in quanto la condivisione di questi pensieri indicibili è collegata alla possibilità di instaurare una buona alleanza terapeutica, elemento che rappresenta in letteratura lo svolgersi di un potenziale buon percorso di sostegno (Liotti & Monticelli, 2014).

Spesso nelle madri la colpa genera sentimenti che impediscono di avvicinarsi affettivamente al bambino, in un certo senso questi vissuti tengono la mente della madre in una posizione di sequestro. Nei casi più complessi riguardo alla colpa e alla sensazione di perdita di controllo incontriamo delle madri particolarmente traumatizzate, cui corrispondono gli elementi identificati dalla letteratura contemporanea sul trauma (Albasi, 2006; Barone & Lionetti, 2013; Liotti & Farina, 2011).

Sulla base della nostra esperienza, non possiamo identificare *tout court* l’esperienza del parto prematuro con un “trauma” per i genitori o per la famiglia tutta. Tuttavia, risulta indicato un intervento di prevenzione mirato a sostenere la relazione primaria genitore-figlio che nasce in condizioni critiche quali quelle insite nell’esperienza del ricovero in TIN. In particolare, la precocità dell’intervento psicologico risulta un fattore di grande importanza protettiva (Jotzo & Poets, 2005; Menéndez, 2014; Obeidat, Bond & Callister, 2009; Pierrehumbert, 2007; Tracey, 2000).

Tornando ai colloqui, di grande rilevanza è poi l’esplorazione dei vissuti relativi all’impotenza. In realtà, una parte importante del nostro lavoro consiste nel permettere, in

maniera forse psicopedagogica, alla madre di comprendere quanto sia indispensabile entrare a far parte del *team* di cura. Sappiamo infatti che la presenza e la vicinanza della madre, anche in condizioni di ricovero intensivo, rappresenta quell'ingrediente fondamentale per i miglioramenti del bambino.

Dalle ricerche di *neuroimaging* è condivisa l'idea che la maturazione è un processo che avviene solo in seguito all'esperienza e che è la qualità dell'esperienza stessa a determinare il tipo di sviluppo (Imbasciati, 1998; 2007). La genetica definisce la macromorfologia del cervello, ma la sua micromorfologia e la sua fisiologia sono determinate dal tipo di esperienza che viene assimilata.

Winnicott (1989, cit. in Della Vedova & Imbasciati, 2005) ha sottolineato come «lo sviluppo non si deve all'opera di una tendenza ereditaria [...], ma ha luogo perché il bambino incontra il comportamento adattivo della madre o di un suo sostituto».

All'interno della Terapia intensiva neonatale le madri e i padri possono fare delle buone esperienze con i loro figli. La Kangaroo Therapy permette di tenere il bambino a contatto con il proprio petto: è un momento di grande possibilità terapeutica. Inoltre ce ne sono molti altri rappresentati dalle micro-transazioni affettive che ogni genitore, ogni madre, stabilisce con il proprio bambino. La lettura di favole, l'intonazione di una canzone, il tatto con il quale si accarezza il bambino sono collegati e modulati dall'"apparato che apprende" (Bion, 1962).

Riteniamo che anche in questi casi l'ambiente interpersonale, in particolare la madre, possa svolgere funzione primaria per l'apprendimento.

Bion (1962) ha messo in evidenza questa capacità della madre con il suo concetto di *rêverie* materna: funzione indispensabile affinché la madre colga i sentimenti del piccolo, li faccia propri e attribuisca loro un significato. È in questo modo che la madre restituisce al bambino un modo di elaborare la situazione che egli sta vivendo. E noi riteniamo che questo possa avvenire anche in situazioni come la TIN.

Anche in TIN teniamo in grande considerazione il fatto che: «Il bambino piccolo non può esistere da solo, ma è fondamentalmente parte di una relazione» (Winnicott, 1965).

Quando il percorso del bambino sta per concludersi e si avvicina la dimissione, un'importante quota del nostro lavoro è dedicata alla preparazione della madre al loro ritorno a casa. Dopo il lungo lavoro precedente, in cui ci siamo occupate dell'elaborazione

della perdita del bambino immaginato, abbiamo cercato di attivare e stimolare le risorse presenti nella madre e nel resto del nucleo familiare per l'accoglimento del bambino reale: nella fase finale lavoriamo molto sulla possibilità di tornare a casa reinserendosi all'interno della propria rete sociale. Stimoliamo la riflessione rispetto all'appartenenza a una rete sociale che può dare sostegno in situazioni di difficoltà: nonni, fratelli, amici, rappresentano tutti legami fondamentali per il sostegno, la riacquisizione di una posizione grupale persa durante i mesi del ricovero. Tutto ciò in questa fase appare come un obiettivo importante per la salvaguardia del nucleo familiare.

Sappiamo che durante il ricovero, non essendo ammesse visite di esterni all'interno del reparto di Terapia intensiva neonatale, tranne che per i nonni in uno o due incontri, nessun altro significativo ha potuto prendere parte a questo percorso. Ciò spesso determina l'acuirsi di una posizione di isolamento, e il momento dell'uscita dall'ospedale rappresenta da questo punto di vista un possibile fattore di rischio¹⁰.

Presentiamo nel prossimo paragrafo il caso di Eleonora, che esemplifica questi temi attraverso la trama della sua storia presso il reparto. La richiesta di aiuto psicologico è stata sia indicata dai medici neonatologi del reparto sia richiesta da lei stessa e dal marito (che parteciperà solo ad alcuni colloqui, nei momenti più critici del ricovero del figlio, durato 9 mesi).

Caso clinico: la storia di Eleonora, la mamma di Dino

Conosciamo Eleonora presso il reparto di Terapia intensiva neonatale dopo che ha partorito prematuramente alla 24^a settimana di gestazione tre gemellini: due maschietti e una bambina. Purtroppo uno dei maschietti morirà poche ore dopo il parto e la femminuccia fra le braccia della mamma circa 48 ore dopo. La situazione in cui la vediamo inizialmente, dunque, corrisponde, sia per l'estrema prematurità sia per le perdite dei due gemellini, a quelle che prima abbiamo indicato come propriamente traumatiche.

¹⁰ A questo proposito, è utile ricordare che una recente rassegna della letteratura sulla connessione fra relazione di attaccamento e nascita prematura evidenzia che per cogliere la natura di questo legame non è possibile basarsi su modelli lineari semplici, ma è necessario considerare contemporaneamente molteplici aspetti. Tra questi paiono di particolare rilievo la nascita estremamente pretermine, la sensibilità materna, lo stato della mente rispetto all'attaccamento della madre, nonché le condizioni socioeconomiche e di supporto sociale percepito (Ardito, Vicino & Adenzato, 2014, pp. 50-51).

Il tempo sospeso prima del concepimento e il tempo sospeso in TIN. Nel corso del primo colloquio, cui Eleonora partecipa insieme al marito, apprendiamo che si tratta della seconda gravidanza di Eleonora: l'anno precedente la gravidanza gemellare si era interrotta spontaneamente alla 22^a settimana. Eleonora ci racconta dei tentativi di procreazione assistita omologa ai quali si è sottoposta; dopo cinque tentativi lei e il marito hanno deciso di optare per l'eterologa. Eleonora ha 44 anni, viene da un paesino del sud Italia, ha incontrato il marito circa sei anni fa sul posto di lavoro. Si tratta della seconda storia importante per Eleonora, la prima durata 10 anni si era interrotta a un passo dall'altare. Per diversi anni non aveva voluto più saperne di storie sentimentali, fino all'incontro con Pietro (il marito). Le prime settimane in TIN sono molto difficili. La sopravvivenza di Dino è in questo primo periodo incerta: il dotto di Botallo¹¹ di Dino non è ancora chiuso e questo elemento (fisiologico per l'età gestazionale ma patologico e non compatibile con la vita se protratto) crea uno stato di sospensione e di incertezza per i genitori, in particolare per la madre, molto angosciante. In tale stato di sospensione e incertezza Eleonora trova dolorose assonanze con tutto quello che lei ha già vissuto per arrivare al concepimento e può metterlo in parola con noi. I primi colloqui dunque sono focalizzati sul qui e ora della TIN, su quel lavoro parzialmente "psicopedagogico" – di cui dicevamo prima – mirato a rendere la madre consapevole di essere parte integrante e necessaria del *team* di cura del figlio, che ora si palesa come figlio reale bisognoso di cure intensive. Dunque è importante che il lavoro psicologico aiuti la mamma a differenziare il tempo sospeso della TIN, che porta con sé l'elemento *nuovo* (anche se denso di preoccupazioni: il figlio), dal tempo sospeso prima del concepimento.

In questi frangenti, l'angoscia rischia spesso di essere affrontata con la modalità difensiva dell'evitamento da madri in particolare difficoltà. Anche Eleonora ha parlato inizialmente in questi termini: «Non ce la faccio a vederlo così, non riesco a venire in TIN,

¹¹ Il dotto di Botallo è un condotto arterioso che durante la vita fetale e nelle prime ore dopo la nascita garantisce un flusso di sangue tra l'arco dell'aorta e l'arteria polmonare. Il condotto è mantenuto aperto da elevati livelli di prostaglandine che sono prodotte principalmente dalla placenta: alla nascita quindi il loro livello si riduce bruscamente. Congiuntamente l'entrata in funzione del polmone quale organo che le metabolizza ne riduce ulteriormente il valore. Nel caso di nascita pretermine questo secondo meccanismo viene meno per l'imaturità del parenchima, inoltre le cellule del dotto sono ancora molto sensibili alle prostaglandine e il dotto rimane aperto.

ho paura di sentirmi male varcata la soglia del reparto, è inutile che venga a trovarlo, per *gli altri* non è servito a niente». Diventa fondamentale aiutare in questi casi la mamma e la coppia genitoriale a differenziare, nel proprio campo psichico, Dino dai due gemellini scomparsi. Chiediamo di raccontarci come li hanno salutati e lasciati andare durante il decesso in reparto, quali erano i loro nomi e quale idea ci fosse dietro ogni nome. Quindi ripartiamo dai dati medici dei tre piccolini, li rivediamo insieme, diamo una “cornice” a questi dati – che aiuta a discriminare (vedere come unico ogni bambino) e congiuntamente a contenere (l’angoscia del qui e ora per Dino).

Si abbozza così una prima funzione genitoriale in Eleonora: quella di aiutare un figlio ad affrontare (e quindi contenere) i problemi, facendo lei per prima questa operazione. Riuscirà dopo le difficoltà iniziali ad andare ogni giorno all’incubatrice, con il nostro aiuto, guardando suo figlio, al di là del “dotto di Botallo” (che si chiuderà con la terapia farmacologica nel giro di qualche settimana, senza necessità di ricorso a un intervento chirurgico).

Il senso di colpa. Nel corso dei colloqui successivi, emergono altri aspetti rilevanti per comprendere tutto quello che ruota intorno all’identità nascente di genitore di Eleonora e alla modalità di attraversare l’esperienza del ricovero del figlio in TIN.

Un primo elemento che ci appare singolare è che Eleonora si sia affidata all’esperienza di un’amica per scegliere la fecondazione eterologa. L’amica, alla luce della sua esperienza di fecondazione eterologa (avvenuta con successo), le aveva detto di non perdere tempo, che alla sua età ulteriori tentativi con l’omologa sarebbero andati falliti e lei ha seguito rapidamente il suo consiglio, rivolgendosi allo stesso medico. Eleonora riferisce tutto questo, di come si sia avvalsa dell’esperienza di un’amica (ancorché cara) per valutare un passaggio così delicato e personale, potremmo dire un passaggio fondativo. Nel riattraversare questa scelta e le vicende successive, abbiamo incontrato il senso di colpa vissuto da Eleonora per le condizioni attuali di Dino (che nel frattempo prenderà un’infezione – sempre devastante per un piccolo prematuro in quanto compromette la salute degli organi ancora non formati, a volte la stessa sopravvivenza). Rispetto all’elaborazione di questa colpa e alla liberazione della mente materna dal “sequestro della colpa” sopra

indicato, si è rivelato molto utile dedicare uno spazio specifico all'ascolto della storia familiare di Eleonora.

I suoi rapporti familiari all'epoca dei colloqui risultano: scarsi con un fratello maggiore; pressoché assenti da anni con la sorella e il fratello minori (a seguito di incomprensioni e litigi sull'eredità paterna: il padre di Eleonora è mancato alcuni anni prima); sporadici con la madre, attivati sempre per iniziativa di Eleonora (anche se, recentemente da quando è nato Dino, la mamma di Eleonora ogni tanto si fa sentire autonomamente per avere notizie). Scopriamo che la mamma di Eleonora ha sofferto fin da giovane di depressione: restava chiusa in casa per lunghi periodi e di questa malattia nessuno della famiglia ha mai fatto parola all'esterno con chiarezza, neanche coi parenti (solo vaghi accenni di malessere generico). Anche nel colloquio con noi questo dato viene prima solo intuito da parte nostra, e poi chiesto espressamente da una di noi, ricevendo conferma da parte di Eleonora (proprio per la difficoltà di dirlo lei per prima). Come di ogni cosa che la commuove, Eleonora ne ha parlato con noi col tono di voce molto basso, potremmo dire con “un fil di voce”. Questa voce sottile – dai contenuti forti – sarà la stessa voce con cui Eleonora, nel corso del ricovero, ci comunicherà i progressi di Dino come pure i numerosi momenti drammatici che il piccolo attraverserà nel corso del ricovero (per esempio: l'intervento neurochirurgico per evitare l'idrocefalo, ripetuto varie volte; l'intervento chirurgico agli occhi per evitare il distacco della retina; le manifestazioni del piccolo di opposizione al tatto degli operatori sanitari sul proprio corpo, troppe volte toccato solo per inserire aghi o apporre medicazioni). Il marito di Eleonora, inoltre, è un padre responsabile e presente, tuttavia anche lui restio a mettere in parola le proprie emozioni.

Ancora, Eleonora ci racconta che poco prima di partorire ha fatto un concorso per il quale ha studiato durante la gravidanza e che le ha garantito il lavoro attuale a tempo indeterminato. Appare quindi per certi aspetti una donna combattiva e funzionale, che si è presa cura della madre e della famiglia (incluso il padre) fin da ragazzina, assumendosi responsabilità forse troppo grandi per la sua età. Abituata a gestire situazione complesse, a “controllare” lo stato di salute della madre, mal tollera lo stato di incertezza che è proprio del ricovero in TIN, e da questo punto di vista la “colpa assunta su di sé” fornisce l'illusione di proteggersi dal trauma attraversato. Solo con un paziente lavoro di narrazione dei suoi stati emotivi, effettuato con i colloqui a cadenza settimanale, la “mente-madre”

Eleonora se ne potrà liberare lasciando spazio a sentimenti certamente non sempre positivi, tuttavia più sintonizzati con lo stato del figlio reale ricoverato.

La sofferenza durante il ricovero e l'intreccio con la sofferenza prima e durante le gravidanze. Durante il ricovero di Dino, l'umore di Eleonora oscillerà infatti fra la speranza, lo sconforto e la rabbia (rivolta per lo più verso il personale sanitario, che «non comprende l'ansia di una mamma nel fare le domande», o perché «l'altra volta il chirurgo aveva parlato di intervento definitivo eppure adesso Dino ne dovrà fare un altro», ecc.) a seconda dell'andamento della salute di suo figlio.

Il nostro compito è stato quello di contenere questi sentimenti ma anche di aiutare Eleonora a discernere quanta di questa rabbia fosse legata al qui e ora del ricovero di Dino e quanta alla sua storia pregressa di figlia “non vista” dalla madre, di donna che ha faticato a diventare madre, della cui sofferenza il compagno non è stato sempre consapevole. Come abbiamo detto, Eleonora a oggi non intrattiene una relazione con la madre (neanche interna) con cui confrontarsi e a cui appoggiarsi nel momento del difficile ingresso in un proprio ruolo materno¹². Un momento significativo nel corso dei colloqui è stato appunto quello in cui Eleonora ha iniziato a piangere e con voce sommessa ha ammesso: «Per me è stata molto dura» (riferendosi a tutto il percorso prima della gravidanza trigemellare, inclusa la perdita della prima gravidanza).

Il tempo della rêverie in TIN. Tutto questo processo di elaborazione, libera la possibilità per Eleonora di essere pienamente madre di Dino, nonostante il figlio sia ricoverato in condizioni ancora critiche. Un primo indicatore di questo transito lo avvertiamo quando

¹² Un filone recente di studi empirici ha dimostrato significative correlazioni fra lo stile di attaccamento materno e paterno (ansioso ed evitante) e lo stress specificamente dipendente dai percorsi di PMA (Donarelli *et al.*, 2012). Questa dimensione dunque non va trascurata nel lavoro psicologico anche una volta che si sia raggiunto il concepimento e il parto sia avvenuto prematuramente. Infatti, oggi le neuroscienze ci dimostrano che la gestione dello stress fin dall'epoca prenatale si basa sull'interconnessione tra il funzionamento neurobiologico e quello relazionale.

In particolare queste scoperte si collegano in maniera molto interessante con il lavoro che portiamo avanti con i genitori, anche accanto alle incubatrici dei figli, invitandoli sempre a toccare il piccolo/la piccola ricoverato/a, a parlargli/le, a cantare canzoncine, leggere storie. Le sorprendenti analogie che riscontriamo tra la fase prenatale e le successive fasi di sviluppo mettono in luce come già nella prima si gettino le basi della futura qualità della comunicazione intersoggettiva attraverso lo scambio emotivo madre-bambino (Barone & Lionetti, 2013, p. 9).

Occorre considerare che lo sviluppo neurobiologico dei piccoli ricoverati in condizioni di severa prematurità è quello dell'età gestazionale a cui si riferiscono tali ricerche empiriche.

Eleonora si presenta al colloquio con un carillon in una busta. Cogliendo il nostro sguardo incuriosito ci dice: «Sì, ho comprato questo carillon nuovo, emette suoni più leggeri di quello legato all'incubatrice, per Dino quel suono era troppo forte». Valorizziamo con Eleonora questo gesto che testimonia come lei si prenda cura di Dino e del fatto che lui percepisca il mondo intorno a sé in maniera tollerabile. Da quel momento, via via che la presenza di Eleonora accanto al figlio diveniva pressoché fissa, importanti cambiamenti si potevano notare anche nel bambino: era più tranquillo, a detta degli operatori, dormiva profondamente in braccio a lei durante le visite. L'abbiamo spesso trovata accanto al lettino (Dino è nel frattempo finalmente uscito dall'incubatrice e passato in sub-intensiva), con Dino in braccio mentre gli cantava ninne nanne, o gli parlava in dialetto, canzonandolo amorevolmente per essere diventato «più ciicciettello». Nel corso dei mesi, sarà Eleonora a informarci settimanalmente delle condizioni di Dino e a chiederci aiuto, in modalità quindi più consapevole e attiva; nei momenti più difficili, imparerà anche ad “alzare la voce” e poi a modulare il tono, rivolgendosi sia agli interlocutori del suo lavoro (per ottenere permessi per stare accanto al figlio) sia al personale sanitario (per ottenere alcune attenzioni specifiche per il figlio ormai lungodegente in un reparto come quello della TIN: per esempio un orario di visita più lungo di quello ordinario che prevede solo due ore al giorno).

Le dimissioni e il recupero della rete sociale. L'ultima parte dei colloqui è stata dedicata alla preparazione per la dimissione. Eleonora ha ripreso un dialogo non frequente ma costante con la madre e ha effettuato un tentativo di riavvicinamento con il fratello e la sorella. Abbiamo cercato di farle vedere questo gruppo di persone come la rete familiare di Dino e non solo dal punto di vista del legame individuale con lei, che ha avuto la sua storia fino qui. Dino potrà tracciare la sua in questa famiglia se la mamma porrà dei confini protettivi ma non rigidi. Sono state esplorate le paure della vita di Dino “senza la TIN”, in cui spetta ai genitori saper discriminare le situazioni che necessitano di tornare in ospedale e quelle che non lo necessitano, in cui Dino viene visto e accudito ogni giorno in tutti i suoi bisogni (fisiologici, medici, affettivi). In questo dialogo, Eleonora ha potuto esprimere la paura ma anche la consapevolezza di non «dover fare tutto da sola, come da piccola», di

poter contare su un compagno e su una rete sanitaria (attivata insieme a noi in vista delle dimissioni) e sociale.

L'abbiamo salutata mentre andava a casa con Pietro e con Dino, genitore di se stessa e di Dino. Ci ha inviato delle foto in cui il piccolo Dino appare sereno, come un bambino amato per quello che è (e non per come poteva essere).

Conclusioni

*C'è un tempo per nascere e un tempo per morire, [...]
Un tempo per cercare e un tempo per perdere, [...]
Un tempo per stracciare e un tempo per cucire,
un tempo per tacere e un tempo per parlare.
(Qoelet, 3,2-8).*

Il nostro contributo ha cercato di esprimere, attraverso la storia di un caso clinico e le segnalazioni della letteratura specialistica, la necessità di offrire un aiuto psicologico specifico alla donna e alla coppia che attraversano l'esperienza della dolorosa scoperta di non poter accedere per vie naturali alla procreazione e al divenire genitore. Il saltare o rimandare troppo la cura di questa ferita può provocare conseguenze sul piano identitario della donna e potenzialmente sull'eventuale nuova famiglia, che tanto faticosamente si è andata costruendo.

Il “tempo per parlare” – miticamente indicato nel testo biblico *Qoelet* – è per noi storicizzabile e vivibile come “il tempo da cercare e da trovare per la messa in parola” da parte delle persone che si trovano in questa situazione di sofferenza, ma prima ancora è il “tempo-spazio da predisporre e offrire” da parte di chi lavora in questo settore. Ci riferiamo non solo agli psicologi e psicoterapeuti, che certamente possono svolgere il necessario lavoro psicologico secondo un dispositivo di prevenzione e cura – pensato *ad hoc* e qui brevemente descritto – ma anche al personale sanitario di reparto che si interfaccia quotidianamente con le famiglie dei piccoli ricoverati, ai quali fornisce assistenza intensiva – così come ai medici ginecologi – per tutto il periodo della ricerca del concepimento – e ai medici neonatologi che assistono i piccoli nati dopo tale faticoso percorso. L'alleanza terapeutica che si potrà stabilire fra i “genitori appena nati” e il personale sanitario fornirà il tessuto supportivo per affrontare tutte le vicende che questi stessi genitori dovranno

attraversare durante e dopo il ricovero. Ecco perché il nostro lavoro è orientato alla formazione e al coinvolgimento del personale sanitario del reparto, in un'ottica, come già detto, di cura propriamente gruppale. Occorre infatti ricordare che il filo rosso che abbiamo descritto fra infertilità, procreazione medicalmente assistita e prematurità non si esaurisce con gli eventi del parto pretermine/ricovero/dimissione. I bambini nati pretermine seguono un programma di visite ospedaliere di controllo per i primi tre anni di età corretta (anche laddove non siano riportati esiti dai bambini). Appare chiaro quindi come l'aver stabilito un dialogo di fiducia con i medici, dialogo in cui possano convivere la speranza sul futuro relativamente alla crescita del bambino e lo sguardo genitoriale sul bambino reale, si rivela un fattore protettivo per tutta la famiglia nella vita del "dopo-TIN".

La storia esemplificativa di Eleonora condensa le storie di molte donne che abbiamo avuto l'onore di incontrare e di aiutare, così come manteniamo nella mente tanti piccoli "Dino" coi loro papà della TIN.

Riferimenti bibliografici

- Albasi, Cesare (2006). *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*. Torino: UTET.
- Ardito, Rita B., Vicino, Benedetta & Adenzato, Mauro (2014). Nascita pretermine e attaccamento: Stili di interazione e profili psicologici. *Attaccamento e sistemi complessi (Attachment and Complex Systems)*, 1 (2), 43-56.
- Arnn Phipps & Su An (1993). A phenomenological study of couples' infertility: gender influence. *Holistic Nursing Practice*, 7 (2), 44-56.
- Barone, Lavinia & Lionetti, Francesca (2013). Quando l'attaccamento si disorganizza. Indicatori e fattori di rischio dell'esperienza traumatica nel ciclo di vita. *Psicologia clinica dello sviluppo*, XVII, 3-26.
- Bighin, Mara (2014). Metodi di indagine al confine tra rappresentazione e interazione. In Alessandra Simonelli (a cura di). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia* (pp. 133-146). Milano: Raffaello Cortina.

- Bion, Wilfred R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Breen, Dana (1992). Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In Massimo Ammaniti (a cura di). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Cranley, Mecca S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30 (5), 281-284.
- Della Vedova, Anna Maria & Imbasciati, Antonio (2005). Le origini della mente. In Antonio Imbasciati & M. Margiotta (a cura di). *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- De Pascalis, Leonardo, Bozicevic, Laura & Monti, Fiorella (2014). Genitorialità e procreazione medicalmente assistita. In Alessandra Simonelli (a cura di). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia* (pp. 59-92). Milano: Raffaello Cortina.
- de Saint Exupéry, Antoine (1942-1943). *Sept lettres à Natalie Paley 1942-1943*. Inedite.
- Donarelli, Zaira, Lo Coco, Gianluca, Gullo, Salvatore, Marino, Angelo, Volpes, Andrea & Allegra, Adolfo (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, 0 (0), 1-11.
- Ferraro, Anna Maria & Lo Verso, Girolamo (2013). Psicodinamica e clinica gruppoanalitica: elementi di teoria e tecnica. *Ricerca Psicoanalitica. Rivista della relazione in psicoanalisi*, XXIV, 29-49.
- Ferraro, Fausta & Nunziante Cesàro, Adele (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Gaio, Federica, Abbiati, Vera, Broglia, Davide, De Micheli, Andrea, Gambini, Francesca, Maccagnoni, Sara, Pezzini, Federica & Caverzasi, Edgardo (2010). Aspetti psichiatrici dell'infertilità: analisi della letteratura. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 123 (3), 613-619.
- Gameiro, Sofia, Boivin, Jaiky, Dancet, Eline, de Klerk, Cora, Emery, Marysa, Lewis-Jones, Clare, Thorn, Petra, Van den Broeck, Uschi, Venetis, Christos A., Verhaak, Chris M., Wischmann, Tewes H. & Vermeulen, Nathalie (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30 (11), 2476-2485.

- Girelli, Raffaella & Vasta, Francesca N. (2014). Il gruppo per genitori di bambini prematuri ricoverati in Terapia intensiva neonatale. In Claudio Neri, Roberta Patalano & Pietro Salemme (a cura di). *Fare gruppo nelle istituzioni* (pp. 193-202). Milano: Franco Angeli.
- Greil, Arthur L., Shreffler, Karina M., Schmidt, Lone & McQuillan, Julia (2011). Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*, 26 (8), 2101-2112.
- Imbasciati, Antonio (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati, Antonio (2007). Le origini della mente. In Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi & Loredana Cena, *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Padova: Piccin.
- Jotzo, Martina & Poets, Christian F. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919.
- Kaës, René (2008). Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto. *Rivista di psicoanalisi*, 4, 957-970.
- Kaës, René (2009). *Le alleanze inconsce*. Roma: Borla, 2010.
- La Sala, Giovanni Battista, Colpi, Giovanni M., Palomba, Stefano, De Pascalis, Leonardo & Nicoli, Alessia (2014). *Infertilità umana. Principi e pratica*. Milano: Edra.
- Liotti, Giovanni & Farina, Benedetto (2011). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, Giovanni & Monticelli, Fabio (a cura di) (2008). *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, Giovanni & Monticelli, Fabio (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Menéndez, Osvaldo (2014). Il trauma nella nascita: caduti dal nido. In Vincenzo De Blasi & Liliana Ferrero (a cura di). Il campo psicoanalitico secondo il modello sviluppato dagli analisti del APdeBA. Gli aspetti gruppali della mente e la loro influenza nei gruppi, nella coppia, nella famiglia, nelle istituzioni. *Funzione Gamma Journal*, 32. <http://www.funzionegamma.it>

- Neri, Claudio (2007). Struttura del sentimento sociale e stanza d'analisi. Relazione presentata al Centro di Psicoanalisi Romano il 12 ottobre 2007. <http://www.centropsicoanalisiromano.it>
- Nunziante Cesàro, Adele (2000). Procreazione assistita: il desiderio di un figlio. In Adele Nunziante Cesàro (a cura di). *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale* (pp. 71-99). Milano: Franco Angeli.
- Nunziante Cesàro, Adele (2014). Percorsi dell'identità: dal corpo ai processi d'identificazione. In Adele Nunziante Cesàro (a cura di). *Chiaroscuri dell'identità. Sessuazione sesso e genere. Una lettura psicoanalitica* (pp. 9-34). Milano: Franco Angeli.
- Obeidat, Hala M., Bond, Elaine A. & Callister, Lynn Clark (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 23-29.
- Piaget, Jean (1923). *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Barbèra, 1962.
- Piaget, Jean (1936). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Barbèra, 1968.
- Pierrehumbert, Blaise (2007). Il processo di attaccamento tra genitori e bambini (nati) a rischio. Relazione presentata al workshop: "Parenting, emotion regulation and attachment". Università degli Studi di Trento, 18 ottobre.
- Schön, Bärbel (1997). Madre. In Christoph, Wulf & Andrea, Borsari (a cura di). *Le idee dell'antropologia* (pp. 324-334). Milano: Pearson Paravia Bruno Mondadori, 2002.
- Stern, Daniel N. (1974). L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano. In Daniel N. Stern (a cura di). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Torrioli, Maria Giulia (2000). Nascere prima del tempo: un evento che coinvolge sia il corpo che la mente. In Serena Latmiral & Carmela Lombardo (a cura di). *Pensieri prematuri* (pp. 73-97). Roma: Borla.
- Tracey, Norma (2000). *Parents of premature infants. Their emotional world*. London: Whurr Publishers.

- Vasta, Francesca N., Girelli, Raffaella & Aprea, Antonino (2013). Il lavoro psicologico in Terapia intensiva neonatale: proposta di un modello di intervento gruppale. In Francesca N. Vasta, Raffaella Girelli & Salvatore Gullo (a cura di). *Quale omogeneità nei gruppi? Elementi di teoria, clinica e ricerca* (pp. 237-254). Roma: Alpes.
- Winnicott, Donald W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1974 (ristampa 2003).

Francesca Natascia Vasta, psicologa, psicoterapeuta, ppecialista in Psicologia clinica, gruppoanalista. Professore a contratto presso l'Università "Cattolica del Sacro Cuore" (Roma). Supervisore clinico presso la Scuola di specializzazione COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi). Conduce gruppi psicodinamici in ambito privato e sanitario ospedaliero.

francescanatascia.vasta@fastwebnet.it

Francesca Natascia Vasta, Psy.D., Psychologist, Psychotherapist. Group Analyst. Adjunct Professor at "Cattolica del Sacro Cuore" University (Rome). Clinical Supervisor at COIRAG School Post-university of Rome (Confederation of Italian Organizations for Group Analytic Research). She leads psychodynamic groups in private and medical settings.

francescanatascia.vasta@fastwebnet.it

Raffaella Girelli, psicologa, psicoterapeuta, specialista in Psicologia clinica, gruppoanalista. Docente presso la Scuola di specializzazione COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi) e presso la Scuola di specializzazione in Psicologia clinica (Università "Sapienza", Roma). Conduce gruppi psicodinamici in ambito istituzionale.

raffigirelli@yahoo.it

La camera blu n°14 (2016) Ferite

Raffaella Girelli, Psy.D., Psychologist, Psychotherapist. Group Analyst. She teaches at: COIRAG School Post-university of Rome (Confederation of Italian Organizations for Group Analytic Research); School Post-university in Clinical Psychology of Sapienza University (Rome). She leads psychodynamic groups in institutional settings.

raffigirelli@yahoo.it

MATERIALI