

## **La coppia tra genitorialità e generatività: l'esperienza adolescenziale nella manifestazione dell'infertilità psicogena.**

**di Emmanuella Ameruoso\***

### *Introduzione*

Gli aspetti salienti connessi al ruolo ed al genere sessuale, vissuti dall'individuo, all'interno dei contesti sociali, sono prevalentemente legati alla generatività ed alla genitorialità. La prima, di carattere fondamentalmente biologico ed organico, l'altra, con peculiarità psicologiche e comportamentali.

Entrambi i concetti sono, tra loro, correlati: la capacità generativa, pone una distinzione tra il genitore biologico e quello non biologico (come avviene nei casi di adozione o fecondazione assistita) ma, è anche legata al concetto di assunzione e gestione del ruolo paterno o materno, intesi come paternità o maternità. Se tra l'una e l'altra vi è disarmonia, la sintomatologia si manifesta attraverso l'incapacità procreativa.

Per mezzo degli incontri effettuati con alcune delle coppie che hanno inoltrato la domanda di adozione, presso il Consultorio ASL RMB di S. Basilio, ho raccolto le informazioni esperienziali su soggetti di età compresa tra i 28 ed i 50 anni.

Secondo i dati forniti dal Tribunale dei minori di Roma, c'è stato un notevole incremento di richieste nel decennio relativo al 1995 - 2005: da 1.144 si è passati a 2.296 domande (Tribunale minori, 2006). Questi dati fanno supporre che il fenomeno dell'infertilità è in forte aumento. I dati ISTAT italiani considerano, esclusivamente, gli indici di natalità e di fecondità senza un'analisi precisa dell'incapacità al concepimento: le nascite per 100 abitanti (indice di natalità) sono passati da 29,4 degli anni 1930 - 1932, a 10,2 del periodo 1984 - 1986, così come la fecondità totale, cioè i nati vivi per 100 donne in età riproduttiva, sono passati da 94,3 (1930 - 1932), al 41 (1984 - 86).

Le coppie cercano quindi un'alternativa di soluzione alla problematica procreativa attraverso l'adozione nel tentativo di compensarla.

### *I colloqui per l'idoneità*

I colloqui con le coppie per l'idoneità all'adozione, si strutturano in 6 incontri, che avvengono nella sede del consultorio, ed in una visita domiciliare.

Al primo incontro sono presenti l'assistente sociale, lo psicologo e la coppia. Il secondo ed il terzo avvengono tra l'assistente sociale ed i singoli coniugi, il quarto ed il quinto tra lo psicologo ed i singoli coniugi, il sesto avviene tra lo psicologo e la coppia.

I colloqui tenuti dall'assistente sociale, sono volti a recepire le informazioni anamnestiche e della storia di coppia; mentre quelli con lo psicologo approfondiscono, aree specifiche come: l'infanzia, l'adolescenza, le relazioni con i genitori e con la famiglia allargata, l'iter storico dei due partner fino a giungere alla richiesta d'adozione.

Per svolgere il presente lavoro, ho introdotto (in collaborazione con lo psicologo dirigente responsabile del settore Adozioni) un colloquio individuale con entrambi i coniugi. In esso ho approfondito alcune aree tematiche tra cui:

- l'adolescenza, le relazioni con figure significative e lo sviluppo psicosessuale;
- il rapporto con i propri genitori e l'interiorizzazione del vissuto legato alla propria genitorialità;
- il vissuto legato alla incapacità di procreare;

---

\* Psicologa Clinica, Psicoterapeuta, Consulente in Sessuologia Clinica.

- la relazione di coppia e le sue dinamiche.

Questi dati forniscono i punti rilevanti su cui si basa l'ipotesi di ricerca e, sulla quale, è possibile lavorare in ambito terapeutico (sia nel contesto pubblico che nel privato) nella cura delle infertilità psicogene.

### *L'esperienza adolescenziale*

L'adolescenza è considerata, nella nostra cultura, il passaggio dall'età infantile all'età adulta. Essa può assumere carattere di "crisi" proprio perché in tale periodo si delinea la formazione di una propria identità (Erikson, 1974). Molti psicoanalisti, nel prendere spunto dagli studi della Mahler sulla relazione madre-bambino, considerano l'adolescenza come il secondo processo di "separazione-individuazione" da figure significative: un primo distacco del bambino avviene tramite l'internalizzazione, in seguito l'adolescente, utilizzando tale modalità, si separa dalle figure genitoriali per rivolgere il proprio amore all'esterno della famiglia (Marcelli & Braconnier, 1996). Blos (1967) suddivide l'adolescenza in diverse sottofasi:

- la *preadolescenza* come aumento della pulsionalità ed il riattivarsi della pregenitalità;
- la *prima adolescenza* improntata al primato genitale ed al rigetto degli "oggetti genitoriale interni";
- l'*adolescenza vera e propria* in cui prevale il riaffiorare del complesso edipico ed il distacco dai primi oggetti d'amore;
- l'*adolescenza tardiva* come fase di consolidamento delle funzioni, degli interessi dell'io e la strutturazione della rappresentazione del Sé;
- la *post-adolescenza* nella quale il compito adolescenziale viene definito. La personalità è organizzata in modo tale che la paternità e la maternità possano contribuire alla sua crescita.

Il percorso di individuazione si delimita anche attraverso la "perdita dell'oggetto edipico" investito di sentimenti d'amore, di odio e ambivalenza (Haim, 1970).

L'adolescente si libera dell'ascendente genitoriale e si dirige verso la propria indipendenza. Tale percorso comporta la ricerca di una propria e definita identità, il giovane rivolge l'attenzione verso nuovi oggetti ma soprattutto verso se stesso. Lo sviluppo e la stabilità di un narcisismo adulto sono essenziali durante questo periodo di crescita.

Blos (1985) pone una differenza tra Ideale dell'io e Super-io: il primo consequenziale all'adolescenza, il secondo al complesso edipico. Inoltre differenzia tra Ideale dell'io e l'idealizzazione tipica del narcisismo primario del bambino.

Il vissuto di onnipotenza infantile determinato dalla doppia natura sessuale, comporta un'idealizzazione di sé. Questa bisessualità viene messa in discussione con l'insorgere della pubertà che comporta, invece, una netta distinzione sessuale. Questi aspetti femminili, vengono attenuati o rifiutati attraverso ingiunzioni narcisistiche e, l'interiorizzazione di un'immagine paterna dell'Ideale dell'io e l'identificazione con il padre, rimpiazzano una posizione di precedente passività. Alla relazione edipica precedente, segue una "relazione intrapsichica tra lo ed Ideale dell'io" che si evolve in termini di "progettualità" (Marcelli & Braconnier, 1996).

La formazione di una propria identità, quindi, si delinea attraverso un "rigetto" di precedenti identificazioni e la ricerca di nuove altre, come scelte sessuali (A. Freud, 1962).

Il bisogno d'intimità e di relazione, si esprimono nella ricerca di un amico/a del cuore ed in seguito, nella scelta di un partner. L'amicizia ha una funzione di sostegno dell'io (condivisione delle stesse ansie, dei dubbi, dei sentimenti) e di rassicurazione circa se stesso ed il proprio io idealizzato. Il partner, attraverso l'esperienza dell'innamoramento, permette di vivere fantasie, desideri e paure presenti durante questo periodo e contribuisce al passaggio dagli amori familiari a quelli extrafamiliari.

L'innamoramento è determinato dalla somiglianza con il genitore dell'altro sesso: in alcuni casi l'amore persisterà nel tempo, in altri come nella maggior parte, cambierà oggetto.

La scelta del partner può avere differenti funzioni:

1. “genitale” come capacità di gestire l’ambivalenza e di accettare il rischio di abbandono da parte dell’oggetto d’amore o la rottura del legame affettivo;
2. “per appoggio”, legata alla ricerca di un compagno che abbia una certa somiglianza con le caratteristiche psicologiche delle figure genitoriali, in modo da soddisfare i bisogni di sicurezza, protezione, sostegno ed affetto.
3. “sull’autorealizzazione” come “fuga dal rischio ed investimento sull’Io” mettendo in primo piano l’affermazione personale rispetto alla relazione sentimentale;
4. “anogettuale” considerata come la preferenza di un “oggetto transazionale” che risulta nella nostra società un oggetto “svalutato” secondo un’ottica di tipo sentimentale: mentre per il ragazzo risulta più facile confessare di poter avere un rapporto con prostitute, per la ragazza, ammettere di ricercare una relazione soltanto sessuale è più difficile (Aiello *et al.*, 1986 p. 31).

Lo spostamento dell’oggetto d’amore, dall’interno all’esterno della famiglia, evita il rinnovarsi del conflitto edipico (Aiello *et al.*, 1986).

Una difficoltà in tale processo comporta un conflitto che può procedere su due diversi versanti: il giovane può considerare di poter fare a meno dei genitori, anche se in maniera illusoria, denigrandoli, ed interiorizzando la relazione conflittuale, identificandosi cioè con gli aspetti negativi e proiettandoli, in seguito, sul futuro partner; oppure, mettendo in atto un comportamento ribelle, manifestandolo contro i suoi insegnanti, come protesta nei confronti di questo vissuto ambivalente e problematico.

Anche una sessualità mal assimilata, porta l’adolescente, ad agire la prima esperienza sessuale senza avere avuto il tempo di arricchirla e contornarla di una affettività matura e preparata ad integrare l’erotismo. L’agevolare una sessualità precoce nelle ragazze ancor troppo infantili, porterà queste ultime, a sviluppare meccanismi di difesa dissociando tra loro la vita sessuale e la vita sentimentale.

L’evitare, al contrario, una vita o una curiosità sessuale, induce una serie di sublimazioni culturali, artistiche e sportive, importanti per l’arricchimento della personalità ma, che potranno indurre in seguito, ad una forma di inibizione sessuale. L’importanza che assume l’evoluzione psichica dei ragazzi, condiziona fortemente la vita adulta.

Il giovane si sperimenta infatti, in diversi contesti: il gruppo dei pari, le relazioni con gli adulti, i genitori, gli insegnanti e le comunità giovanili. Tutte queste situazioni permettono all’adolescente di “rappresentare”, identificarsi in un proprio “ruolo” definendosi ed integrandosi socialmente.

#### *L’identità di genere e di ruolo in adolescenza*

L’identità in adolescenza, viene determinata anche in termini di definizione di *ruolo* e di *genere*.

Freud (1905) distingue tra sviluppo edipico e post-edipico: il primo ha inizio per entrambi i sessi quando il bambino si accorge di possedere o meno un pene: comincia così la distinzione a livello anatomico con l’altro sesso. Attraverso il complesso di Edipo, il bambino avverte la propria spinta istintuale verso la madre per poi dirigerla (per la paura di “castrazione”) sul padre col quale si identifica. La bambina, che scopre di non possedere un pene, riversa il suo amore sull’oggetto desiderato (in realtà invidiato) rappresentato dal padre e dal quale desidera un figlio. Questo induce alla scoperta della propria femminilità.

Secondo la Horney (1933), la scelta dell’oggetto eterosessuale nella bambina, è determinata dalla sua femminilità innata, ipotesi condivisa anche da Jones (1935).

L’*identità di genere* (cioè il sesso d’assegnazione, definito a livello cromosomico), in particolare, differenzia il sesso biologico (che si manifesta durante la pubertà attraverso lo sviluppo fisiologico) dal sesso psichico (*ruolo di genere* attribuito socialmente e strettamente legato ai rapporti interpersonali).

Anche Stoller (1968), attribuisce la formazione dell’*identità di genere* al periodo antecedente alla pubertà e derivante dal conflitto edipico: l’evoluzione della mascolinità e della femminilità sono influenzate da tali esperienze.

Al termine dell'adolescenza, l'identità si evolve attraverso l'acquisizione di una consapevolezza interiore di appartenere ad uno specifico genere sessuale: la maternità e la paternità delineano tale passaggio.

L'*identità di ruolo* si stabilisce sin dall'infanzia in ordine alle attese genitoriali nei confronti del bambino. Il ruolo viene interiorizzato in base al sesso, all'età, alla posizione all'interno della famiglia, attraverso i processi d'identificazione.

Quest'ultimo processo è fondamentale per quanto riguarda l'adolescenza: durante tale periodo, il processo di identificazione col proprio ruolo, risulta essere fondamentale e fortemente condizionato dalle esperienze che il giovane sviluppa nell'arco di questa fase.

Secondo Erikson (1950), quando l'individuo deve ridefinire la sua identità – quindi durante il periodo adolescenziale - c'è la possibilità che un eccesso d'identificazione nel ruolo acquisito, ostacoli l'affermazione di una propria identità autentica.

In età adulta, la maternità e la paternità sono l'espressione di questi processi interni.

L'*identità di genere* e l'*identità di ruolo* possono coincidere, divergere ed, in alcuni casi, può manifestarsi prevalentemente l'una rispetto all'altra: la capacità generativa non necessariamente implica la genitorialità.

Attraverso questi due aspetti l'identità definita in termini di sviluppo psicoaffettivo, viene delineata.

#### *La funzione della collusione di coppia nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta.*

La *generatività* e la *genitorialità* sono espressione quindi, dell'identità e del ruolo di genere che si manifestano nelle dinamiche di coppia.

Dicks (1967) sostiene l'ipotesi secondo la quale il partner, si sceglie in relazione a due diverse funzioni: *per complemento* o *per contrasto*. La prima, implica la proiezione reciproca dell'immagine positiva interna del genitore del sesso opposto; la seconda, è appunto, in contrapposizione con la stessa immagine investita e desiderata. Il legame inconscio profondo all'interno della coppia che condivide sentimenti inconsci, determina il costituirsi di un processo "simbiotico" o "collusivo". La *collusione* ha la funzione principale di proteggere l'illusione che ha determinato la scelta del *partner*.

Come Laing afferma *la persona si sforza di trovare nell'altro o indurlo a diventare l'incarnazione di quell'oggetto (regressivo o fantasticato) la cui cooperazione è necessaria come complemento della particolare identità che egli si sente spinto a mantenere* (1961). Se almeno un partner possiede un elemento di incastro a bisogni relazionali dell'altro, ha probabilità di arrivare col compagno fino alla collusione. Quest'ultima viene quindi riconosciuta come una proposta inconscia di relazione - avanzata da un partner e colta dall'altro - di mantenere gli aspetti negativi che caratterizzano le relazioni introiettate. Tale modalità si mantiene nel tempo poiché si ripropone sempre allo stesso modo - in misura più o meno patologica - anche se il partner cambia. Il partner/contenitore deve però essere *idoneo* ad accogliere tale proiezione. In una relazione sana, questa modalità, permette all'adulto di separarsi e di riappropriarsi di quelle parti di sé che vengono "consegnate" all'altro - quindi proiettate - permettendo altresì di non perdere quelle parti ma, di riceverne un ritorno.

Una diversa applicazione della teoria *contenitore/contenuto*, considera il partner come "*coniuge portatore*" che agisce nuovamente da "affidatario" di un oggetto interno dell'altro che questi ha difficoltà a gestire o riconoscere (Turuel, 1966).

L'unione può essere manifestazione di rapporti oggettuali non risolti del passato; può essere il "contenitore" di bisogni regressivi e di problematiche che possono generare nevrosi o psicosi "contenute" all'interno della coppia stessa attraverso un sistema di equilibrio.

La relazione diviene così, la terapia naturale di parti negate, scisse, dolorose. Per quanto una relazione così, diventi sofferente, la funzione "contenitiva" prevale sull'effetto persecutorio di quegli aspetti di sé non accettati.

Il coniuge assume così la funzione di integrare quelle parti mancanti permettendo alla coppia di "monitorarsi reciprocamente" l'uno con l'altro.

Secondo Person (1996), la relazione con il partner può essere risolutiva anche di problematiche legate all'*identità di genere*.

La difficoltà incontrata da una bambina nella relazione con la madre produrrà un ostacolo all'introiezione delle caratteristiche materne. Per compensare questa mancanza, rivolgerà il suo investimento oggettuale inizialmente sul padre poi, su di un'altra figura maschile, alla quale affiderà - in particolare - l'espressione della propria "femminilità" (Person, 1996).

In questo caso, la femminilità (quindi come componente del "genere" sessuale) viene manifestata in termini di "seduttività" ma non di "maternità" (come espressione dell'identità di ruolo).

Nel caso in cui, il rapporto col padre è negativo, il "rifluire sul solo ruolo materno" comporterebbe la rinuncia di aspetti legati invece, all'identità di genere.

Il successo della relazione di coppia, richiede una definita *identificazione sessuale* di ciascuno dei due partner nel proprio ruolo. Questo permette di accettare il ruolo diverso dell'altro, differenziato in maschile e femminile. *Una identità ambigua* – infatti- *tenderà ad offuscare la percezione del partner* (Dicks, 1967).

Essendo la relazione interpersonale parte integrante del senso d'identità del singolo, la costruzione di una rappresentazione di sé, oltre che dell'altro e delle caratteristiche salienti della relazione, può avvenire solo attraverso l'esperienza dello sforzo di *aggiustamento reciproco* (Person, 1996). L'utilizzo di questi "scambi" sono rilevanti nella scelta di un partner, nella strutturazione e nel mantenimento di una coppia stabile. Questo permette di stabilire se, la scelta effettiva, sia stata determinata dall'adempimento di "bisogni reciproci" soddisfatti l'uno dall'altra o, per un effettivo riconoscimento delle peculiarità individuali con conseguente individuazione dei rispettivi e reali sentimenti.

Alla luce di quanto esposto, sembrerebbe che la coppia *oscilli tra un livello ottimale d'integrazione ed arricchimento reciproco, di complementarità inconscia, ed un livello di misconoscimento, evacuazione e controllo reciproco di aspetti aggressivi o di esasperata accentuazione di idealizzazioni e collusione* (Norsa & Zavattini, 1997). Tali dinamiche possono essere manifestazione di problematiche anche nella sfera sessuale e, come anche precedentemente anticipato, nella manifestazione dell'infertilità.

*La generatività e la genitorialità tra genere e ruolo sessuale nella differenza tra sterilità ed infertilità.*

Mentre la *fertilità* è la capacità degli esseri viventi di riprodursi, di generare individui normali e dotati di caratteristiche peculiari della specie di appartenenza, la mancanza o la perdita di tale funzionalità, porta ad una condizione di *sterilità*. Per l'O.M.S. e l'A.F.S., se uno o entrambi i partner è affetto da una condizione fisica permanente che non permette il concepimento, la coppia viene definita *sterile*. L'*infertilità* relativa al partner è una condizione permanente nel tempo, nella quale, la coppia non riesce a generare. Può capitare che, se i due coniugi si separano, costituendo così due nuovi nuclei familiari, tale problematica viene meno.

Non è facile definire un fattore eziologico ben preciso in questo campo. La *sterilità* e l'*infertilità* sono consequenziali a cause differenti: la prima sintomatica, la seconda asintomatica da un punto di vista medico.

Uno dei fattori determinanti è l'età: sia nella donna che nell'uomo a determinare la capacità di concepire è appunto, il tempo. Tanto la volontà di avere un figlio si manifesta tardivamente, tanto minore sarà la possibilità di portare a termine questo progetto. In Europa, l'età del primo concepimento si è innalzata. L'incremento di un progressivo calo delle nascite nel nostro paese, ha fatto pensare che ciò derivasse da un fattore legato all'aumento dell'infertilità e della sterilità.

Humeau in uno studio del 2001, afferma che dopo il 1810, la frequenza della sterilità femminile, assieme alla menopausa non è cambiata.

La variazione attuale (in incremento) è dovuta principalmente a malattie infettive presenti prevalentemente nel terzo mondo (Bydlowski, 2003). In questo contesto, però, è difficile stabilire la percentuale di "responsabilità" in quanto i fattori contribuenti al manifestarsi di

questa problematica, sono diversi. Nel 50% degli altri casi, comunque, il portatore di infertilità è l'uomo.

Alcuni studi, che vertono sulla produzione di un contraccettivo maschile che non inibisca il desiderio, hanno accennato all'ipotesi, secondo la quale, una sostanza proteica prodotta dal testicolo e chiamata "inibina", possa bloccare la produzione di spermatozoi. Questa proteina regola la produzione di FSH grazie ad un meccanismo di *feedback* sull'ipotalamo e sulla ghiandola pituitaria, da essa stessa attivato.

Di fatto però, le cause organiche che contribuiscono o determinano la sterilità, sono differenti (disfunzioni ovariche a cui si associano importanti disturbi mestruali; presenza di MST; disfunzioni tiroidee; l'iperandrogenismo; tumori ipofisari; disordini nella dieta; eccessive perdite di peso o eccessiva attività fisica; iperplattinemia; obesità), il fattore *stress* psichico e/o mentale ha un importante ruolo sulla risposta fisiologica ormonale. Vi è un innalzamento di prolattina e una riduzione dell'LH che nella donna causano anovulazione, ipogonadismo ed amenorrea, mentre, nell'uomo, ipogonadismo con un conseguente abbassamento dei livelli di testosterone e gonadotropine.

Altre abitudini di vita quali il tabagismo e l'abuso di sostanze alcoliche, sono determinanti nella riduzione della attività spermatica nell'uomo mentre, nella donna, si verifica un effetto antiestrogeno.

Inoltre, alcune esperienze fortemente stressogene quali l'isolamento, la prigionia, l'internamento in campi di concentramento o di guerra, come la storia ed anche la letteratura psicoanalitica ne è testimone, comportano come conseguenza fisica, una condizione di azoospermia o oligospermia nella condizione fisica maschile.

Si parla invece, di *infertilità primaria* se, dopo un anno (o più) di tentativi di concepimento, non c'è stato alcun esito positivo.

L'*infertilità secondaria* insorge invece, se dopo una gravidanza coronata da successo, i due partner non riescono più ad avere figli. Queste definizioni prendono spunto da una ricerca di Whitelaw che nel 1960, realizzò uno studio su di un campione omogeneo negli Stati Uniti: il 56% delle coppie sane concepiva entro il I mese di rapporti sessuali; il 78% entro il VI mese e ben l'86% concepiva entro il XII.

Secondo la Bydlowsky (2003) i fattori che ostacolano la gravidanza, sono da attribuire ad un'organizzazione inconscia difensiva contro tale eventualità. Quindi l'infertilità, può essere: secondaria e post traumatica, nevrotica, o insorgere in relazione a disturbi del comportamento alimentare ed a perturbazioni dell'immagine corporea.

Nel primo caso, la comorbilità tra l'infertilità ed un evento traumatico precedente (un aborto spontaneo o provocato, una morte fetale, una gravidanza extrauterina) è evidente. Il vissuto interiore può derivare anche da una fantasia legata ad altre donne all'interno della famiglia stessa (per es. madre, nonna, zia): uno stupro, la morte della partoriente o quella del bambino. Queste esperienze sono sufficienti a determinare la rinuncia alla maternità.

Nell'*infertilità nevrotica* può subentrare un meccanismo d'inibizione alla procreazione: una fissazione su di una fase dello sviluppo psico-affettivo comporta nella donna un evitamento del confronto con una rappresentazione mentale inibita, che non appartiene ad un passato insopportabile (come una gravidanza perduta o una esperienza dolorosa materna), ma al fantasma abituale di uno sviluppo psicosessuale.

La gravidanza, se dovesse verificarsi, darebbe corpo ad un desiderio arcaico di tipo incestuoso (la fissazione sull'idea di un padre -o di un fratello - seduttore o abusatore). La situazione di infertilità permette di esorcizzare questa fantasia, rimanendo fissata ad una fase della maturazione psichica.

Anche un fallimento del legame tra madre e figlia comporta delle conseguenze sul piano di realtà: il processo psichico legato alla gestazione, mostra che la gravidanza esaspera il legame tra le due. Un'idealizzazione dell'immagine materna è necessaria alla giovane donna per circoscrivere il tempo della sua gravidanza e condurla a buon fine. La rappresentazione dell'immagine materna deve attendere il tempo della gestazione: la futura nonna materna cessa di essere la potente "orca" per fare la sua entrata nella vecchiaia.

Questo processo di modificazione dell'immagine di madre, che si sviluppa naturalmente nella donna incinta sana, è inaccettabile per quelle che hanno perduto il contatto con la rappresentazione del proprio genitore interno di tenerezza, che era legata alla vita neonatale. L'infertilità, offre la possibilità di mantenere lo *status quo* delle rappresentazioni interne e di restare eternamente la figlia in collera con la propria madre. Infine, mettere un bambino al mondo, soprattutto il primo, presuppone l'espiazione di un debito di vita legato alla madre.

Un'altra causa dell'infertilità si integra in un insieme sintomatico complesso: il disturbo alimentare (preesistente alla scoperta dell'incapacità procreativa). Si parla di anoressia o bulimia: l'immagine corporea da queste donne rappresentata mentalmente è distorta rispetto ad un esame di realtà.

Immaginano gli organi riproduttivi come aberranti, le rappresentazioni mentali corrispondono ad un'identità sessuale indeterminata. Il corpo è estraneo a loro stesse e ne controllano la forma.

Diverse sono quindi le cause che determinano il manifestarsi di questa sintomatologia ed alcuni studi, hanno approfondito le dinamiche sottostanti al suo manifestarsi, andando ad indagare oltre gli aspetti ambientali e stressogeni che ne determinano la comparsa.

Freud (1914), a proposito della generatività, si riferisce al concetto di "volontà dell'individuo di sopravvivere alla morte". Il proprio figlio, cioè, viene vissuto come proiezione narcisistica di sé ma anche, come attestazione del proprio funzionamento fisiologico e biologico che permette la continuità della specie.

Nel contesto sociale, il figlio dà conferma della propria identità sessuale: secondo Erikson (1968), la nascita e la crescita dei figli viene definita la fase della "generatività", cioè la forza motrice dell'organizzazione umana, caratterizzata dalla preoccupazione di creare e dirigere una nuova generazione: tappa essenziale dello sviluppo psicosociale e psicosessuale.

L'essere umano si contraddistingue quindi, dalle altre specie poiché, la sua capacità fecondante, è contraddistinta da una forte connotazione psicologica ed assume anche un profondo significato sociale. Con la maturità sessuale (evento puberale) emerge la fantasia riguardo alla procreazione. Questa capacità, principalmente legata al proprio genitore durante l'infanzia diviene, in seguito, una consapevolezza ed un desiderio dell'adolescente sessualmente maturo. È proprio durante tale periodo che l'individuo ottiene ulteriori conferme della propria identità di *genere* (maschio e femmina) e il *ruolo* (maschile e femminile).

Il desiderio di un figlio e, la successiva realizzazione, sul piano di realtà, di questa iniziale fantasia, diviene una conferma della propria capacità rigenerativa divenendo una componente, in termini di ridefinizione, della propria identità di genere. Questo vale sia per la donna che per l'uomo.

Il bambino quindi, assume diversi significati. Viene desiderato, ricercato, esibito ed a volte diventa espressione di competitività tra adulti, tra fratelli, all'interno della famiglia ed anche fuori dove avviene il confronto più crudo, più diretto. La gravidanza stessa diviene una sorta di segno di prestigio, che viene a mancare alle coppie che non riescono ad avere figli. Il bambino è un simbolo di potenza da esibire, una potenza di tipo sessuale, riprocreativa, biologica: rappresenta la continuità, il significato dell'esistenza umana.

La genitorialità, consegue alla procreazione, ed è un'ulteriore affermazione di questa identità. Essa si stabilisce a partire dall'infanzia in ordine alle attese dei genitori nei confronti del bambino. Il ruolo viene interiorizzato in base al sesso, all'età, alla posizione all'interno della famiglia, attraverso i processi d'identificazione. Tale percorso, si ripropone in adolescenza, per mezzo dell'identificazione più matura con le figure genitoriali e con la loro relazione, concludendosi poi nel divenire genitore. L'acquisizione di nuove funzioni quali l'accudimento, la protezione, la risposta ai bisogni del nuovo nato, rappresentano la conferma di aver assunto un nuovo ruolo, una nuova *identità*, attribuita socialmente e risulta strettamente legata ai rapporti interpersonali.

L'identificazione con le figure genitoriali è quindi, un'evoluzione fondamentale per quanto riguarda la crescita. L'assunzione del ruolo di genitore è costituita da un insieme di interiorizzazioni sia individuali che di coppia: l'immagine interna di padre e di madre, la rappresentazione del proprio figlio, di se stesso nel ruolo genitoriale, della relazione di sé col bambino e della relazione col proprio partner nel ruolo di compagno e genitore (Zavattini, 2003). Infatti, una conflittualità inconscia con le figure genitoriali interiorizzate si manifesta nell'incapacità del soggetto a procreare (Ricciardi & Sapio, 1988).

Langer (1958) e Pines (1990), interpretano come invidia manifesta da parte della donna infertile nei confronti della capacità riproduttiva materna: il sintomo, in questo caso, rappresenta la fantasia distruttiva nei confronti della madre con la quale, la donna, si identifica.

I rapporti conflittuali con le proprie madri o, ancor più, un'ostilità conscia od inconscia nei confronti di un fratello maschio difettale o deceduto sembrano determinare un rifiuto inconscio della propria femminilità e/o maternità (Zalusky, 2003). L'infertilità, appare come una barriera contro le pressanti fantasie di competizione e danneggiamento verso la coppia genitoriale interiorizzata o, ancor più, contro quelle fantasie incestuose dalle quali, il frutto dell'unione e, quindi, il concretizzarsi di tali aspetti fantasmatici, emerge attraverso il concepimento.

Il ruolo genitoriale comporta un riassetto della relazione di coppia, una sorta di "crisi" che non ha necessariamente una componente patologica, se intesa come riorganizzazione di aspetti strutturanti l'individuo. Questo evento comporta un "riassetto della personalità che può generare momenti di confusione e di insicurezza" riguardanti l'identità.

Escludendo i casi in cui si manifesta una difficoltà di superamento di questa crisi, e che spesso evolvono in vere e proprie patologie, la genitorialità può essere considerata come una fase ulteriore di crescita nella vita dell'individuo (Zavattini & Norsa, 1997).

#### *Un caso: Giorgia e Marcello: "La fantasia mortifera"*

Giorgia è di origini meridionali. Finita l'università si trasferisce per lavoro nel centro Italia. In seguito, anche i suoi genitori la raggiungono. È figlia unica e nasce con un parto cesareo.

In conseguenza di questa nascita traumatica e difficoltosa (ha rischiato di morire), i genitori decidono di non avere più figli.

Ha un rapporto molto confidenziale con la mamma ma, sembra, sia prevalentemente educata dal padre. Le insegna di tutto: ad aggiustare un corto circuito, a fare riparazioni idrauliche ... "ad essere efficiente". All'età di 6 anni cerca di insegnarle ad andare *sul go kart* ed a 13, le insegna a guidare per fare in modo che impari, sin da subito, ad essere autonoma.

Giorgia si identifica molto con la figura paterna e maschile, tanto che, ricorda anche gli insegnamenti del nonno: dignità, coraggio e rispetto per il lavoro.

Lei non reclama mai, non è mai capricciosa: anche con la febbre, va a scuola. Solo in un'occasione si oppone: quando si iscrive alla scuola media.

Infatti, si rifiuta di frequentare lo stesso istituto dove lavora la mamma.

In realtà, vuole dimostrare che ciò che conquista lo fa con le sue forze.

Giorgia ha uno sviluppo sessuale precoce rispetto alle sue compagne delle scuole elementari (10 anni). Inizialmente avverte un po' di disagio ma, alle scuole medie, si veste normalmente poiché, anche le sue coetanee, sono in pieno sviluppo sessuale.

All'età di 16 anni perde peso (cosa evidente data la sua mole) e mantiene la sua silhouette fino al primo anno di università.

Qui conosce Marcello che le trasmette subito tranquillità e serenità a differenza della precedente relazione che vive dal II liceo. Giorgia decide di seguire la sua strada. E ricomincia a prender peso.

La grande crisi arriva proprio in questi anni: la ragazza non riesce a prendere gli stessi eccellenti voti del fidanzato attribuendo questa sua *défaillance* alla sua emotività ed alla sofferenza che le comporta il confronto.

Lavora su se stessa e superata "la crisi" ricomincia alla grande. A distanza di anni, riesce a prendersi comunque la sua soddisfazione: trova subito lavoro mentre il compagno ("il genio da 110 e lode") ci mette un bel po'. "Per me - dice - è stato più facile inserirmi nel mondo lavorativo poiché non facevo paura".

Marcello è di origini meridionali. La sua famiglia che vive ancora nel sud, è tradizionalista e con poche disponibilità economiche. L'unica cosa che si concede, da ragazzo, al di fuori dello studio, è uno sport: il tennis.

Nasce "con il metodo Ogino Knauss", quando le sue due sorelle sono già grandi. Giocano con lui, ma trattandolo come un bambolotto che vestono come capita.

Il padre di Marcello muore 4 mesi prima della laurea del figlio, mentre quest'ultimo è militare. La morte non è una sorpresa poiché, quando la madre rimane incinta di lui, il papà si ammala. Muore già consapevole che non avrebbe visto il figlio laurearsi.

Marcello descrive il padre come schivo, un po' ritroso, con un'infanzia difficile avendo, a sua volta, perso il papà a pochi mesi d'età. Per questo, è sempre stato particolarmente pratico e sbrigativo. La madre, invece, è remissiva, buona, sempre dedita alla famiglia, "non è mai stata particolarmente forte".

La sua prima ragazza è la moglie. Precedentemente prova ad avere altre storie ma con scarso successo. I suoi argomenti non interessano. Si descrive un po' chiuso e riservato.

La coppia: Marcello e Giorgia si conoscono all'università e cominciano a frequentarsi prima come colleghi di studio e poi come fidanzati. Condividono l'interesse per l'ingegneria.

Dopo la laurea si trasferiscono in centro Italia con una borsa di studio.

Poi trovano lavoro e si sposano. Quando scoprono di non riuscire ad avere figli indagano sulle cause. Lei si sottopone ad una operazione di cisti ovarica e lui di varicocele così risolvono la situazione sul piano fisiologico. In seguito cominciano con le stimolazioni ormonali, ma subito dopo rinunciano all'idea poiché sono cattolici. "Adesso – dice la donna - ricerchiamo calma e tranquillità. Affrontiamo tutto assieme. Lui mi dà sicurezza. Io sono più impulsiva, lui è più riflessivo, razionale. Io sono più ansiosa rispetto alle situazioni ed anche rispetto alla gravidanza che non arriva: Marcello mi ha fatto ragionare su questa cosa dicendomi che se non riusciamo, ci dedicheremo a fare altre cose".

Decidono di inoltrare domanda di adozione.

*Qualche riflessione...*

Giorgia e Marcello presentano un'*infertilità primaria*.

Secondo Dicks, i due coniugi sarebbero incastrati, attraverso una modalità inconscia, in un legame simbiotico. La scelta di lui, apparentemente per contrasto e di lei, per complemento, sembra compensare diverse carenze sul piano affettivo.

L'identificazione di Marcello con la propria figura paterna è netta ("*lui era di poche parole proprio come me, forse perché è cresciuto senza padre...*") ma è un padre comunque assente, sul piano affettivo. La mamma invece, è debole e dimessa.

La donna di Marcello è – apparentemente - molto forte.

La scelta di Giorgia nei confronti di Marcello è di complemento, poiché il marito, come il papà della donna, si dedica costantemente a lei (le spiega il funzionamento del computer, le chiarisce alcuni passaggi nello studio, etc.). È anche evidente che la donna viene sostenuta nel ruolo mascolino assegnatole dalla famiglia (anche se visibilmente viene trattata da "bambina bisognosa").

La separazione di Giorgia dai genitori all'età di 3 anni conseguente ai vari trasferimenti lavorativi, condiziona fortemente il legame simbiotico con la propria madre. Questo rapporto, contornato da una "fantasia mortifera" legata alla nascita, al parto, non viene differenziato dal padre che invece contribuisce a crearlo.

La sua autonomia non è resa possibile se non attraverso l'altro: lei rifiuta un ragazzo autonomo ed indipendente per un altro con cui stabilisce lo stesso legame simbiotico madre-figlia.

Durante l'adolescenza, il corpo di Giorgia cambia, si modifica, diventa una donna desiderabile ma quasi, lei, non se ne accorge: il suo aspetto longilineo, magro, perfetto ritorna ad essere senza forme. Il fidanzato del liceo che la madre non accetta (viene, infatti, condizionata nella sua decisione di allontanarsene) viene sostituito da Marcello. Anche la gravidanza, è fortemente condizionata dalla madre (al suo posto non avrebbe concepito artificialmente).

Marcello esprime il suo atteggiamento adolescenziale attraverso una chiusura forzata rispetto alla propria interiorità ed intimità. Una sorta di disagio nell'approccio con l'altro sesso.

"Ha trovato" (forse anche lui per caso) Giorgia con la quale è nata una relazione che non riusciva a stabilire con le altre ragazze: "io ci provavo ma i miei argomenti non interessavano". Il computer, l'ingegneria sono argomenti che potevano interessare maggiormente ai ragazzi, ma invece, hanno interessato Giorgia poiché cresciuta attraverso gli stessi argomenti "maschili" proposti dal padre.

La distanza d'età tra Marcello (nato con metodo Ogino-Knauss) e le sorelle lo fa sembrare il figlio adottivo "le mie sorelle mi vestivano con gli abiti di un bambolotto" e quando incontra Giorgia viene nuovamente adottato dalla sua famiglia: ha una sorella (o un fratello?) della stessa età con cui condivide i suoi interessi. In più la famiglia di lei, in particolar modo il padre (che non ha avuto un figlio maschio), possiede in comune la sua passione per i lavori manuali e tanti altri interessi con Marcello.

L'adolescenza di Marcello che descrive come "normale" scorre nel tentativo vano di conquistare una ragazza. È cresciuto in ristrettezze economiche e non ha neanche la macchina con cui uscire nel periodo in cui lo svincolo e l'autonomia dalla famiglia sono importanti, per cui rinuncia. Non può rendersi autonomo. Anche Giorgia lo "vincola", portandolo in casa.

Dai racconti della donna emerge fortemente una grossa fantasia distruttiva, persecutoria e punitiva rispetto alla gravidanza: la morte.

Il parto può essere causa di morte per la madre e la madre stessa con la sua grossezza può uccidere, soffocare il suo bambino.

Sembra che, sia fisicamente che psicologicamente (quindi a livello fantasmatico), non ci sia spazio per il piccolo se non "soffocato" tra gli spazi materni che inglobano, divorano e vengono unicamente vissuti come soddisfazione dei propri bisogni orali. Non esistono bisogni per il piccolo da essere soddisfatti poiché non può essere pensato se non in termini di distruzione. Tutta la famiglia allargata di Giorgia condivide questa fantasia poiché anche gli altri cugini sono figli unici e lei nasce, tra l'altro, per prima. Giorgia sembra inglobata in questa idea materna e paterna di "sacrificio eroico" rispetto ad una fantasia arcaica omicida. Anche lei ripropone la stessa corporatura materna: è in sovrappeso ma questo non sembra destare nessun dubbio sulle sue capacità riproduttive.

Allo stesso tempo non vi è distinzione tra Giorgia e Marcello, tra maschio e femmina: sembra che il confine tra i due non sia marcato. Sono fusi all'interno della "membrana diadica" costituita.

La consapevolezza della loro infertilità sembra non abbia comportato alcuna emozione (rabbia, ira, depressione), se non quella di "spostare" l'attenzione verso altro.

Giorgia esterna il suo desiderio di adozione, ma il lutto rispetto alla perdita (l'infertilità) non viene elaborato. Si trasforma invece, in un qualcosa di "eroico" e "gratificante": l'adozione. Questo progetto li tutela da fantasie distruttive più profonde legate all'idea di maternità e di gravidanza.

Questa legata ad aspetti fantasmatici di morte, mentre la maternità, esprime una "confusione di genere": Giorgia svolge un lavoro dirigenziale, ha un taglio di capelli molto corto, è in sovrappeso. Diventare madre per lei, comporterebbe entrare in competizione con la propria madre e questa sarebbe una sfida pericolosa.

La donna di Marcello è molto forte ma lei, senza di lui, non sa dove andare, chi essere e chi "trasportare".. Fanno tutto assieme e non hanno spazio per decidere autonomamente. All'interno di questa coppia, sembra mancare il desiderio di un figlio mentre è presente la necessità di completare un quadretto perfetto: la famiglia.

Infatti, nel momento in cui la coppia deve riunirsi ed intimamente confrontarsi sugli aspetti legati alla decisione di adottare, si distaccano. Comunicano attraverso un biglietto: in questa simbiosi funzionale, non vi è intimità. In realtà non c'è uno spazio tra loro che possa "accogliere" il bambino almeno inizialmente immaginato. Non c'è spazio per lui poiché loro sono ancora fusi in un "investimento narcisistico" reciproco, tipico dell'adolescenza e che non lascia posto ad un terzo.

## Conclusioni

Attraverso questo lavoro è emersa una forte componente collusiva all'interno delle coppie che genera poi, nel sintomo dell'infertilità. Gli aspetti indotti dall'incapacità procreativa riguardano il senso di perdita, di disagio e d'inferiorità rispetto ai vissuti di femminilità e mascolinità.

Una forte componente "inibitoria" come conseguenza di queste dinamiche inconscie (relazioni genitoriali interiorizzate e relative identificazioni) influenza la possibilità di generare.

Quest'ultima sembra nascondere un disagio più profondo che trova le sue radici nell'adolescenza in particolare, nelle prime esperienze sessuali ed all'interiorizzazione del vissuto legato alla genitorialità.

Lo studio della problematica ha preso in considerazione l'identità di genere ed il ruolo sessuale così propriamente distinti nel relativo paragrafo.

Per quanto concerne l'aspetto legato all'esperienza adolescenziale, come prodromica al manifestarsi della sintomatologia presa in esame, è stata particolarmente significativa nel caso esaminato.

La coppia (soprattutto la *partner* femminile) è portatrice di una "confusione d'identità" determinata da una non ben chiara definizione di ruolo (è femmina ma è stata considerata al pari di un maschio o, per meglio dire, senza un sesso preciso: "per mio padre non c'era distinzione tra maschio e femmina quando si trattava di lavorare").

Inoltre, i coniugi sembrano protrarsi in una dimensione adolescenziale: l'idealizzazione della figura paterna, il mancato svicolo, il legame simbiotico (madre-figlia/coniugi) hanno contribuito a questa fissazione.

Nello specifico, è emerso che gli aspetti legati alla generatività (di cui sono deficitari) tendono ad essere compensati da un'identificazione con il ruolo genitoriale che esplicano attraverso la richiesta di adozione.

Ciò sta a significare che la collusione di coppia si esplica attraverso questo aspetto: evitare la completa espressione del proprio genere sessuale.

Nel contesto dei colloqui per la richiesta d'adozione, la reticenza a parlare di aspetti intimi, ha posto un po' di difficoltà all'approfondimento di alcuni specifici punti. La coppia tende, infatti, a mostrare un'immagine di sé forzatamente lineare e sana, quasi idilliaca. È presente una fantasia comune che la presenza di particolari "traumi" o eventi legati alla loro infanzia ed in particolare all'adolescenza, comporta dei problemi all'adozione.

In effetti, il loro obiettivo è quello di ottenere l'idoneità per coronare un progetto di vita, soddisfacendo così, il bisogno più profondo legato alla genitorialità. Il tale percorso, sarebbe opportuno lavorare su diversi aspetti, soprattutto nell'ambito dell'*infertilità primaria* aiutando la coppia a crescere anche sugli aspetti relazionali: l'elaborazione del lutto legato alla "perdita" della propria capacità procreativa, la ridefinizione degli aspetti conflittuali legati all'interiorizzazione delle relazioni con le figure significative e all'identificazione con le stesse e col proprio vissuto genitoriale e sessuale che emerge, per la prima volta nel periodo adolescenziale.

Tale intervento, inserito anche nel contesto dei colloqui di idoneità all'adozione, potrebbe agevolare i coniugi ad esprimere la propria esigenza di genitorialità, come manifestazione spontanea piuttosto che manifestarsi come compensazione di aspetti interiori di cui sono deficitari.

## Bibliografia

Aiello, D., Martinelli, S., & Nicchia, M.G. (1986). *L'adolescente ed il I rapporto sessuale. Indagine su 210 studenti di Roma*. Roma: AIED.

- Ameruoso, E. (2006). *L'esperienza adolescenziale in coppie portatrici di infertilità psicogena: un'ipotesi di ricerca*. Il Scuola di Specializzazione dell'Università "La Sapienza". Roma: Tesi di Specializzazione.
- Ammanniti, M. (1993). Gravidanza e percezione del sé. In *Maternità e Tossicodipendenza* (Ed) Malagoli Togliatti M. & Mazzoni S.- Milano: Giuffrè.
- Ammaniti, M., Canderoli, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995): *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bydlowski, M. (2003). Facteur psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31: 246-251.
- Comune di Roma (2003). Disturbi e disagi nella genitorialità. Roma: *Atti del Convegno del 18 novembre 2003*.
- Dicks, H.V. (1967). *Marital tensions*, Routledge & Kegan Paul Ltd, (trad. it., *Tensioni coniugali. Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Borla, Roma, 1992).
- D'Ottavio, G., & Simonelli, C. (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, Roma: NIS.
- Di Prospero, F. (2003). *Epidemiologia dell'infertilità e della sterilità*. Retrieved from: <http://www.salutedonna.it>
- Freud, A. (1966). *Adolescenza*. In *Opere*, vol.2, Torino: Boringhieri.
- Erickson, H.E. (1964). Inner and outer space: reflection an womanhood. *Dedalus*, vol. 93: 582-608.
- Erickson, H E. (1974). *Gioventù e crisi d'identità*, Roma: Armando.
- Erickson, H.E. (1950). *Infanzia e società*, Roma: Armando.
- Freud, S. (1905). *Drei abhandlungen zur sexualtheorie* (trad. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, vol.4, Boringhieri, Torino, 1970).
- Goncalves, J.F. Jr., & Baruffi, R.L.R. Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. *Journal of Asssted Reproduction and Genticis*, vol.19 (5): 269-273.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A., (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI- treatment, *Acta Obstetrician et Gynecologica Scandinavica*, vol.78 (1): 42-48.
- Jhones, M. (1991). Identification et désidentification dans le development e l'identité sexuelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant. Sexe, sexuel, sexué*, 33: 163-187.
- Legnetti Langer, L. (1958). *La porta chiusa. L'identità sessuale tra corpo e affetti*, Roma: FrancoAngeli.
- Lutte, G. (1987). *Psicologia degli adolescenti e dei giovani*, Bologna: Il Mulino.
- Malagoli Togliatti, M., & Ardone, R. (1993). *Adolescenti e genitori. Una relazione affettiva tra potenzialità e rischi*, Roma: NIS.
- Morelli, G. (1996). Il ruolo dei fattori psicologici nell'etiopatogenesi dell'infertilità maschile, *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 45-48.
- Scatoletti, B. (1996). Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 37-44.
- Stoleru, S., Teglas, J.P., Fermanian, J., & Spira, A. (1993). Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, vol. 8 (7): 1039 - 1046.

Tripodi, F., Simonelli, C., & Sbardellati, P. (2002). *Lo sviluppo sesso-affettivo nell'infanzia: le teorie psicoanalitiche*. In Simonelli C. (Ed), *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*, Roma: Carocci.

Spector Person, E. (1996). Alcuni misteri dei disturbi transessuali, Seminario internazionale di studi "Le dinamiche dell'identità di genere nell'adolescenza e nell'età adulta". *Istituto Italiano per gli studi filosofici*, 9-10 dicembre, Napoli.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychological characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg fertility consultation service. *European Society of Human Reproduction and Embryology*, vol. 16 (8): 1753-1761.

Zalusky, S. (2003). L'infertilità nell'era della tecnologia. *Richard e Piggle*, 11 (3).

Zavattini, G.C. (1986). *Figura paterna, scena primaria e mondo interno: da S. Freud a M. Klein*. In Del Lungo, A. & Pontati, C., (Eds), *Riscoprire il padre*. Roma: Borla.

Zavattini, G.C. (1988). L'altro di me, ovvero la mia metà: considerazioni sull'identificazione proiettiva. *Rivista di Psicoanalisi*, 34 (2): 349-375.

Zavattini, G.C., Di Iullo, M.G., Ortu F., et al. (1996). La famiglia "rappresentata": livelli d'interiorizzazione e narrazioni. *Adolescenza*, 7 (1): 56-76.

Zavattini, G.C., & Norsa, D. (1997). *Intimità e collusione*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zavattini, G.C. (2003). La genitorialità adottiva: lo spazio di vita ed il modello di attaccamento della coppia. *Infanzia e adolescenza*, vol. 2: 125-136.

[www.asrm.org](http://www.asrm.org)

[www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)

[www.salutedonna.it](http://www.salutedonna.it)

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)