

ALLE RADICI DI UNA BASE SICURA: I PERCORSI DELLA GENITORIALITA'

Martina Smorti

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche- Università di Firenze

La relazione di attaccamento fra il bambino e la persona che si prende cura di lui, in genere la madre, costituisce un importante fattore di protezione in grado di favorire, fin dalla nascita, sviluppo psicofisico e l'adattamento sociale del piccolo.

La relazione che si stabilisce fra madre e bambino ha inizio tuttavia ben prima della nascita. Si tratta di un legame che ha origine ben prima del concepimento, che prende le mosse dal desiderio stesso di avere un figlio e che si definisce e si consolida durante tutta la gravidanza, anche se in modi e tempi diversi per entrambi i genitori.

Per la donna il rapporto con il proprio figlio si crea già dai primi mesi della gestazione, concretizzandosi in quel misterioso e straordinario stato mentale che è il "pensare per due". Come suggerisce Ammaniti, infatti, la donna in questo periodo "si vedrà essenzialmente madre e inizierà un *dialogo interno e continuo* con il suo bambino, come se lo sentisse e lo vedesse davanti a sé» (Ammaniti, 2008)

Per l'uomo il processo di coinvolgimento verso la genitorialità è invece più indiretto e più lento (Smorti, 1987). Tuttavia, con l'avvicinarsi del parto, ma mano che la percezione del feto si fa più concreta, anche l'uomo diventerà più consapevole e coinvolto nel nuovo e ruolo di genitore e comincerà a immaginarsi come padre, fantasticando sul rapporto con il proprio figlio anche se questi è ancora nella pancia della madre (Ammaniti, Tambelli, Odorisio, 2006).

Le ricerche condotte hanno evidenziato che è proprio sulla base del dialogo interno tra l'immagine di sé come genitore e l'immagine del proprio figlio che si fonda la relazione col nascituro durante la gravidanza. In ambito psicologico questo dialogo interno, questa interazione anche solo immaginata con un'altra persona, si definisce rappresentazione (Stern, 1995).

Lo studio delle rappresentazioni materne (Ammaniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995) e paterne (Ammaniti, Tambelli, Odorisio, 2006) in gravidanza ha messo in luce l'esistenza di tre stili di rappresentazioni (*integrate, ristrette e ambivalenti*) legati a tre modi diversi di vivere il rapporto col nascituro.

Le rappresentazioni *integrate* sono proprie delle madri e dei padri che riescono a stabilire un rapporto col nascituro già durante la gravidanza, attribuendo al figlio un volto, un carattere e rivolgendosi a lui con un nomignolo.

Le rappresentazioni *ristrette* sono proprie dei genitori che, vivendo la gravidanza come un'esperienza da cui non farsi coinvolgere eccessivamente, non si lasciano trasportare dalle fantasie sul bambino; la fatica ad immaginare il nascituro rende difficile, da parte di questi genitori, instaurare alcun rapporto col bambino prima del parto.

Le rappresentazioni *non integrate*, infine, sono proprie dei genitori che nutrono un coinvolgimento ambivalente verso il nascituro nei confronti del quale mostrano atteggiamenti e sentimenti contrastanti che oscillano tra la protezione estrema e il totale rifiuto.

Le rappresentazioni che i genitori sviluppano durante la gravidanza rivestono un'importanza fondamentale per la futura relazione col bambino poiché, essendo schemi della relazione, guidano il reale comportamento interattivo con il proprio figlio. Gli studi condotti hanno infatti evidenziato una continuità tra le caratteristiche del mondo rappresentazionale del genitore e il sistema di cure che questi offre al bambino (Ammaniti *et al.*, 2006; Bosquet e Egeland, 2001).

Ma cosa accade nelle coppie che, non potendo avere figli naturalmente, ricorrono, alla fecondazione assistita? In altre parole, il fatto che il desiderio di avere un bambino si scontri con l'impossibilità di averlo e successivamente con il lungo iter diagnostico terapeutico costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di una relazione con il bambino e per la formazione del successivo legame di attaccamento?

Le ricerche condotte in quest'ambito hanno evidenziato che il modo in cui è avvenuto il concepimento influenza il vissuto della gestazione (Gibson *et al.*, 2000; Van Balen, Naaktgeboren, Trimbos-Kemper, 1996) e il rapporto con il figlio dopo la nascita (McMahon *et al.*, 1997 b; Colpin, 2002). In particolare, le coppie che hanno ricorso alla fecondazione assistita sono più esposte a sentimenti di depressione (Gibson *et al.*, 2000) e di ansia circa la sopravvivenza e la normalità del bambino durante lo sviluppo fetale (McMahon *et al.*, 1997a). Inoltre, confrontate con le coppie in cui la procreazione è avvenuta naturalmente, le coppie in gravidanza assistita hanno una minore autostima e una minore fiducia nelle proprie capacità genitoriali (Gibson *et al.*, 2000), mostrano maggiori preoccupazioni relative alla futura separazione del bambino (McMahon *et al.*, 1997 b) e, anche dopo la nascita, hanno meno fiducia nella possibilità di autonomia del figlio (Colpin, 2002).

Nel complesso, quindi, i risultati di queste ricerche indicano che, per le coppie, il fatto di aver ricorso a tecniche di procreazione assistita amplifica l'impatto della gravidanza che comunque, anche nei casi in cui si realizza naturalmente, rappresenta un fattore di stress a causa delle profonde trasformazioni biologiche, psicologiche e sociali che comporta.

La ricerca

A partire da queste considerazioni, abbiamo pertanto svolto una ricerca finalizzata ad analizzare, in un campione di coppie sottoposte a procreazione medicalmente assistita:

- 1) il *contenuto* dell'esperienza della gravidanza e dell'essere genitore;
- 2) lo *stile* delle rappresentazioni materne e paterne relative a sé e al bambino

Il campione

L'indagine si è svolta su 15 coppie italiane in attesa del primo figlio che avevano ottenuto la gravidanza tramite procreazione assistita presso il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi a Firenze. Tutte le coppie sono state reclutate nell'ultimo trimestre di gravidanza, attraverso un contatto dagli psicologi della Struttura Dipartimentale di Psicologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. Nel corso della telefonata sono stati illustrati brevemente gli scopi della ricerca, è stata richiesta la disponibilità alla partecipazione e, in caso di risposta affermativa, fissato un appuntamento presso la struttura. Laddove la coppia fosse impossibilitata a muoversi per problemi legati alla gravidanza, l'intervista è stata svolta a domicilio.

La tabella 1 riporta le caratteristiche socio-demografiche del campione.

	DONNE (n = 15)	UOMINI (n = 15)
Età		
Media ± d.s.	36 ± 4	39 ± 4
Titolo di studio		
Medie inferiori	13% (n = 2)	33% (n = 5)
Medie superiori	67% (n = 10)	53% (n = 8)
Laurea	20% (n = 3)	7% (n = 1)
Occupazione		
Disoccupato	26% (n = 4)	
Operaio	13% (n = 2)	20% (n = 3)
Impiegato	40% (n = 6)	47% (n = 7)
Dirigente	13% (n = 2)	7% (n = 1)
Altro		27% (n = 4)
COPPIE		
Stato civile		
Coniugati	80 % (n = 12)	
Conviventi	20 % (n = 3)	
Durata relazione		
Media ± d.s.	13±7	
Durata matrimonio		
Media ± d.s.	7±3	
	convivenza/	

Gravidanza

Singola 87% (n = 13)

Gemellare 13 % (n = 2)

Sesso del nascituro

Maschio 60% (n = 10)

Femmina 40 % (n = 7)

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche del campione

Come emerge da questa tabella, le donne hanno un'età media inferiore rispetto agli uomini (36 vs. 39 anni).

Nel complesso il livello di istruzione è medio-alto. Le donne hanno in genere un titolo di studio superiore rispetto agli uomini (il 67% delle donne contro il 53% degli uomini ha una licenza superiore e il 20% delle donne contro il 7% degli uomini ha la laurea).

Per quanto riguarda la posizione lavorativa, tra le donne, più di un quarto è disoccupato (26%), mentre quasi la metà sono impiegate (40%). Tra gli uomini, invece, nessuno è disoccupato e le occupazioni più frequenti sono l'impiegato (47%) e l'operaio (20%).

In relazione allo stato civile, l'80% delle coppie è coniugata mentre il 20% è convivente; la relazione dura in media da 13 anni e la convivenza (o il matrimonio) da 7 anni.

Nell'87% dei casi la gravidanza è stata singola e nel 13% gemellare. Il sesso del bambino è nel 60% delle gravidanze un maschio mentre nel 40% è una femmina.

Strumenti

Per esplorare le rappresentazioni genitoriali in gravidanza è stato usato l'Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza (Ammaniti *et al.*, 1995) per le donne e l'Intervista per le Rappresentazioni Paternali in Gravidanza (Ammaniti *et al.*, 2006) per gli uomini.

In entrambi i casi si tratta di un'intervista semistrutturata composta da 47 domande che stimolano a narrare l'esperienza della gravidanza e l'esperienza di essere genitore. La durata media dell'intervista è di circa 60 minuti. Dal punto di vista metodologico, l'intervista deve essere audioregistrata e successivamente trascritta per intero, riportando anche frasi non completate, eventuali "errori", espressioni dialettali o di gergo comune, esclamazioni, manifestazioni di riso o di pianto.

L'utilizzo dell'Intervista per le Rappresentazioni Maternali in Gravidanza e dell'Intervista per le Rappresentazioni Paternali in Gravidanza permette di analizzare: a) i contenuti dei vissuti e delle rappresentazioni che emergono nel periodo della gravidanza; b) lo stile delle rappresentazioni genitoriali.

Unitamente all'intervista, sono stati rilevati, tramite una scheda appositamente predisposta, i dati socio anagrafici (età, titolo di studio, occupazione, stato civile, durata

della relazione, durata della convivenza/ matrimonio, presenza di altri figli) e i dati relativi alla attuale gravidanza analizzando il tipo di gravidanza (singola o gemellare) e il sesso del bambino.

Risultati

Il contenuto delle interviste è stato esaminato in relazione ai temi principali emersi.

-Il desiderio di avere un bambino

Il desiderio di avere un bambino emerge in tutte le interviste, anche se in modo diverso.

Alcune coppie, infatti, vivono la possibilità di avere un figlio come un modo per completare se stessi o per perfezionare il rapporto di coppia: *«mancava qualcosa nella coppia, mancava proprio il figlio»* (intervista n. 2, donna).

Altre coppie, invece, esprimono razionalizzazioni e rigidità legate al fattore temporale e al rendersi conto che *«avendo già un età non proprio giovanissima»* (intervista n. 11, donna), la scelta di un figlio non è più rinviabile: In questi casi emerge la convinzione che avere un bambino è *«una cosa obbligatoria»* (intervista n. 17, uomo). Alcuni uomini, inoltre, si mostrano meno partecipi nella decisione ed esprimono l'opinione che *«certamente una donna la sente di più la voglia di avere un figlio»* (intervista n. 5, uomo). Dopo i primi tentativi di concepimento, che richiedono a volte anche 3 o 4 anni dal momento in cui ci si rende conto che il bambino non arriva naturalmente, si decide di rivolgersi ad un centro specializzato. Cominciano così le analisi, i test, i colloqui con gli specialisti per cercare di capire quali sono i motivi che non portano ad avere questo risultato finché non ci si scontra con la dura realtà dell'infertilità.

-Il vissuto doloroso dell'infertilità

In alcuni casi, laddove la causa di infertilità sia attribuibile ad uno dei due partner, vi è la difficoltà di accettare la propria sterilità che viene vissuta come minaccia della propria identità di donna o di uomo.

Per le donne la difficoltà ad accettare la propria sterilità è legata alla percezione di possedere un'identità imperfetta, di essere una donna incapace di procreare:

«Con il fatto che magari non avevo mai avuto problemi ... io ero una di quelle che avrei pensato tutto fuor che a una mancata gravidanza, [...] quindi, insomma, quando ci siamo scontrati invece con questa realtà [...] è stata dura all'inizio perché non lo accettavo» (intervista n. 3, donna).

Per l'uomo, invece, più frequentemente la propria sterilità è percepita come l'ostacolo alla realizzazione di un desiderio di famiglia che la coppia ha sviluppato nel corso del tempo.

In entrambi i casi, tuttavia, le reazioni più comuni alla notizia della sterilità sono la sorpresa, l'incredulità e il rifiuto. D'altra parte, nel momento in cui si accetta l'esistenza del problema e cominciano i primi tentativi di fecondazione, vi è l'incapacità di affrontare ed accettare gli insuccessi. I diversi tentativi di procreazione assistita, infatti, *«a livello psicologico sono tutti fallimenti, come avere avuto degli aborti praticamente, perché te sai che c'è stato quest'incontro questa cosa per forza e non succede nulla»* (intervista n. 15, donna).

La delusione che questi fallimenti generano rende ancora più difficile affrontare un successivo tentativo di fecondazione. I fallimenti passati, agli occhi delle coppie, fanno presagire un futuro insuccesso e il sentimento predominante è l'impotenza. Inoltre, col passare del tempo, la ricerca di un figlio costituisce sempre più un fattore stressante, assume le dimensioni di una vera e propria *«ossessione»* (intervista n. 7, donna) e diventa *«un lavoro, uno stress più mentale che fisico»* (intervista n. 7, uomo). I tentativi di fecondazione inoltre richiedono tempo e, con l'aumentare dell'età, le possibilità di avere un bambino diminuiscono: ogni prova col tempo si fa sempre più preziosa.

-Arriva la gravidanza: emozioni e vissuti

A segnare *«la fine di un incubo e l'inizio di un sogno»* (intervista n. 4, donna), arriva la gravidanza. Alcune coppie descrivono con dovizia di particolari le emozioni provate alla notizia della gravidanza: l'incredulità e la gioia che sfocia in un pianto liberatorio ma al tempo stesso lo scetticismo, il desiderio di rimanere con i piedi per terra e il tentativo di non crederci per scaramanzia. Per gli uomini in molti casi la notizia della gravidanza si accompagna ad una sensazione di sollievo. Il ricordo dei tentativi di fecondazione, dei fallimenti e dello stress correlato è ancora molto vivido, e per questo motivo, quando inizia la gestazione, emerge la soddisfazione di essere giunti al traguardo come *«quando uno si prepara per una maratona ci mette allenamento, allenamento, allenamento, e il culmine è il traguardo»* (intervista n. 5, uomo).

In questi casi c'è la percezione di aver realizzato un sogno comune, di aver *«vinto una lotta portata avanti insieme»* (intervista n. 7, uomo).

Per le coppie inoltre c'è la consapevolezza che, benché dal punto di vista medico sia una gravidanza normale, in realtà la gravidanza che si sta vivendo *«è molto più preziosa rispetto agli altri, perché te sai che hai fatto più fatica»* (intervista n. 9, donna).

Ma non basta. Perché alla gioia per l'inizio della gravidanza si accompagna anche il timore che questa non si concluda e che il sogno di avere un bambino non si realizzi. E dal momento che anche i medici spesso consigliano *«di stare abbastanza cauta sia nell'annunciare la cosa a tutto il mondo sia nell'aver la certezza che avrà il bambino in braccio»* (intervista n. 10, donna), i primi mesi vengono passati in attesa di conferme

positive. Si cerca quindi di rimandare l'annuncio della gravidanza a situazioni di maggiore certezza e al tempo stesso di non pensare che presto nascerà il bambino.

In questa circostanza i parametri medici e i dati oggettivi hanno un ruolo fondamentale nel rassicurare che la gravidanza procede bene facendo emergere un elevato investimento e una varietà di percezioni:

«Questa gravidanza parte da un quarto tentativo di inseminazione, [...] la notizia è stata positiva ed è andata avanti per cui.. felicissima ovviamente, però con tanta paura... [...] la paura era quella di perderla.. » (intervista n. 9, donna).

Non sempre, però, i parametri medici e i dati oggettivi risultano in connessione con stati d'animo personali; in certi casi, nel raccontare la propria storia, le donne fanno un resoconto dettagliato, ricco di dati tecnici, in cui non sempre traspare il senso dell'esperienza:

«La gravidanza è partita con una FIVET con il Professor N., è andata bene.. è andata bene perché al primo tentativo ho avuto subito una gravidanza...partita trigenina [...] e... niente è andata bene, è andata bene» (intervista n. 2, donna).

Da rilevare infine che, soprattutto per le donne, anche alla fine della gravidanza vi è il timore che il sogno di avere un bambino non si realizzi. Capita così che per tutta la gestazione le madri fanno dei sogni tremendi in cui *«veniva perso un bambino»* (intervista n. 4, donna); anche se c'è la consapevolezza che questi sogni sono *«dovuti proprio alla preoccupazione»* (intervista n. 8 donna). Tuttavia, il fatto che accompagnino tutta la gravidanza impedisce spesso alle donne di lasciarsi andare completamente a quest'esperienza.

-Rappresentazione di sé come madre

Per le donne le modificazioni corporee costituiscono la conferma che la gravidanza procede bene: la nausea, il seno che ingrossa, i fianchi che allargano sono indici che tutto evolve per il meglio. E poi la pancia «tanto sognata», il simbolo della gravidanza per eccellenza che le donne non vedono l'ora di avere e di mostrare. Così quando questa si manifesta costituisce la conferma, anche per gli altri, che si sta per avere un bambino e implica il riconoscimento della futura maternità:

«quando ho cominciato a vedere la pancia ho detto ... "allora forse ... ce l'abbiamo fatta!" » (intervista n. 8, donna). E' proprio con il prendere forma della pancia che le donne realizzano che diventeranno madri e iniziano a sviluppare le prime rappresentazioni.

Tuttavia, mentre alcune si fanno trasportare dalla gravidanza disponendosi ad accettare i cambiamenti che questa comporta nella propria vita e in quella di coppia, altre hanno difficoltà a riconoscere e accettare le modifiche portate dalla gestazione e razionalizzano questa esperienza.

Nel primo caso, le madri riconoscono le modifiche positive e negative che la gravidanza ha comportato; nel rappresentarsi come madri, esprimono la paura di essere incapaci e inesperte dal punto di vista pratico, ed emerge la consapevolezza che probabilmente sarà necessario un aiuto dopo la nascita del bambino. Tuttavia, anche di fronte all'inesperienza, il desiderio principale è quello di voler dimostrare a se stesse e agli altri le proprie capacità.

Queste donne riconoscono che durante la gravidanza anche il rapporto di coppia si evolve: la relazione si completa «*a livello di famiglia, di unione*» (intervista n. 4, donna), si riducono i conflitti e talvolta la vita sessuale si modifica. Anche il partner sembra cambiato in questo periodo: nei confronti della compagna è più premuroso, attento ed emotivamente supportivo.

La percezione che il rapporto di coppia si evolva induce le donne a immaginare la relazione con il partner dopo la nascita del figlio; in questi casi, spesso si immagina di collaborare nella cura e gestione del bambino e si spera di compensarsi l'un l'altro nei momenti più critici.

La gravidanza è anche un'occasione per rivedere il rapporto con la propria madre.

Nei casi in cui il rapporto con la madre è maturo e differenziato, c'è la consapevolezza che questo legame sta evolvendo. Le madri aiutano a condividere l'esperienza della gravidanza e favoriscono l'emergere di curiosità, del «*desiderio di chiedere se capitava anche a lei quando era incinta ... se si ricorda ... e lei racconta di certe sensazioni che ancora si ricorda...*» (intervista n. 14, donna).

La relazione con la madre in questo momento della vita permette alla donna di confrontarsi con le sue fantasie in quanto madre. E nel passaggio da figlia di sua madre a madre di sua figlia, emergono speranze e desideri sul proprio ruolo: «*La mia mamma era parecchio nervosa ... io spero di essere più tranquilla*» (intervista n. 6, donna)

Per le donne che non si lasciano condizionare eccessivamente dalla gravidanza, invece, emerge la convinzione che «*è tutto come prima... se non sapessi di essere incinta, ... a volte non lo ricorderei nemmeno ...*» (intervista n. 5, donna): sul piano emotivo c'è la percezione che «*non è cambiato niente e il rapporto di coppia è sempre uguale a prima [...] le abitudini sono rimaste le stesse*» (intervista n. 2, donna). La gravidanza non lascia intravedere nuovi lati del futuro padre e il compagno viene visto come «*quel tesoro di ragazzo che è sempre stato*» (intervista n. 3, donna) fornendo l'impressione di una certa rigidità.

-Rappresentazione di sé come padre

Per gli uomini, la percezione che la gravidanza è "reale" avviene a partire dai cambiamenti fisici della compagna:

«Ho cominciato a crederci nel momento in cui ho visto i cambiamenti fisici di mia moglie» (intervista n. 15, uomo). Il confronto con questa nuova realtà induce una riflessione sulla propria esperienza anche se in modo diverso da come accade per le donne:

«Noi ci dobbiamo convincere che siamo babbi ... non è come la mamma che lo sente ... noi bisogna proprio mettersi lì e dire "io sono babbo" e cominciare a pensare a quell'essere babbo» (intervista n. 15, uomo). Ed è proprio iniziando a pensare "a quell'essere babbo" che si sviluppano le prime rappresentazioni sul proprio ruolo di padre. Il modo in cui essi affrontano la gravidanza e la futura paternità è molto diverso.

In certi casi vi è un'enorme partecipazione da parte dei padri: gli uomini accompagnano la moglie alle visite mediche, partecipano ai corsi di preparazione alla nascita, parlano al plurale dell'esperienza del parto e vivono il rapporto col bambino in prima persona anche durante la gravidanza:

«sono partecipe ... mi infilo nel mezzo [tra la pancia e il bambino]... non sono rimasto distaccato perché mi piaceva, lo desideravo anch'io e quindi volevo partecipare» (intervista n. 12, uomo)

In altri casi invece gli uomini restano più in disparte, non si lasciano andare con la partner e fungono piuttosto da supporto per la compagna. Questi padri, restando sullo sfondo, vedono il rapporto col bambino tramite la moglie, sia durante la gravidanza - *«lei c'ha un contatto diretto, io devo arrivare a lui da lei»* (intervista n. 14, uomo)-, sia dopo il parto. In questi casi emerge la convinzione che, dopo la nascita, *«il ruolo di padre consiste principalmente nel rendere più leggera possibile la crescita del bambino alla moglie»* (intervista n. 7, uomo).

-Rappresentazioni del bambino

Per quanto riguarda il bambino, all'inizio della gestazione, gli unici dati che permettono di realizzare la presenza del nascituro sono i dati oggettivi e i parametri medici: *«alla prima ecografia per me non era più un feto, era proprio ... un bambino»* (intervista n. 13, uomo). Successivamente, con la percezione dei movimenti fetali, la madre ha un altro modo per riconoscere nel feto un individuo separato da sé e per sviluppare su di lui le prime rappresentazioni. In un primo momento i movimenti fetali sono interpretati come indice di benessere del bambino mentre l'assenza di movimenti è fonte di allarme per la donna e chiaro segnale che qualcosa non va. Col passare del tempo, invece, si riesce ad identificare caratteristiche e peculiarità dei movimenti attribuendo significati diversi.

In alcuni casi questi sono interpretati come una risposta immediata alle parole, gesti e stati d'animo della madre facilitando così l'emergere di un primo rapporto col nascituro:

«Sia quando li tocco sia io che mio marito sembra che vengono a cercare proprio la mano, il contatto ed è una bella sensazione» (intervista n. 10, donna).

In altri casi essi sono considerati come indicatori delle preferenze del bambino:

«I bambini scalciano quando sono al cinema e sentono rumori forti. Ai bambini il suono digitale dà fastidio, oppure i rumori metallici o qualcosa che casca ... Sento una reazione di fastidio quasi da parte loro» (intervista n. 10, donna).

Infine, soprattutto alla fine della gravidanza, i movimenti fetali vengono interpretati come un indicatore del temperamento del bambino ed emerge quindi la convinzione che se «si muove di continuo ... sarà vivace» (intervista n. 14, uomo).

Anche in questo caso, tuttavia vi sono genitori che non riescono a mettere a fuoco la frequenza e le caratteristiche dei movimenti fetali evidenziando un'immagine del bambino in gran parte indeterminata, confusa e generica. Questi genitori non hanno una rappresentazione chiara di come potrebbe essere il bambino ed emerge la convinzione che la relazione vera si instauri dopo la nascita, «quando poi magari il rapporto incomincia ad essere fisico con le poppate e tutto quanto» (intervista n. 2, donna).

Lo stile delle rappresentazioni

Sulla base delle caratteristiche della struttura narrativa le interviste sono state poi valutate con il sistema di codifica elaborato da Ammaniti e Materazzo (1995). Tale codifica ha permesso di rilevare che all'interno del nostro campione:

- 5 donne vs. 7 uomini hanno rappresentazione integrata/equilibrata.
- 9 donne vs. 6 uomini hanno rappresentazione ristretta/disinvestita.
- 1 donna vs. 2 uomini ha rappresentazione non integrata/ ambivalente (vedi grafico 1)

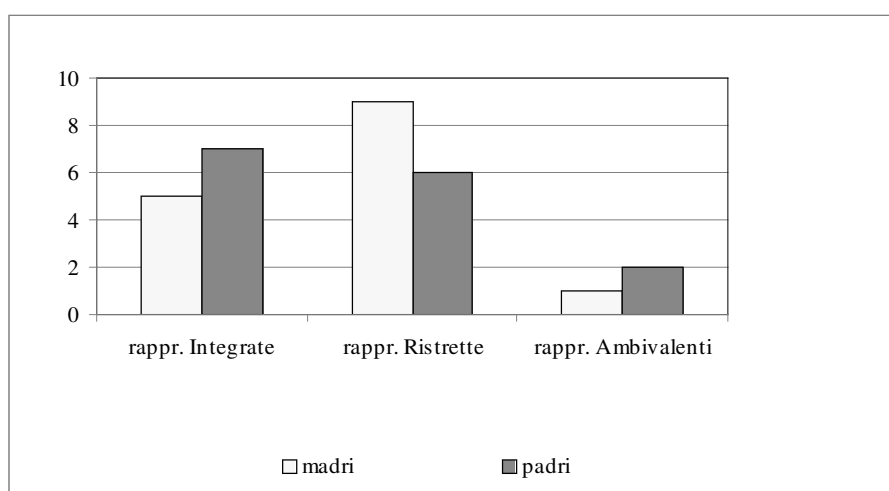


Grafico 1. Distribuzione dello stile delle rappresentazioni genitoriali rilevate nel nostro campione

Conclusioni

Dall'analisi del contenuto delle interviste emergono alcuni nuclei tematici, evidenziati anche in letteratura, specifici del campione di coppie sottoposto a procreazione medicalmente assistita. Dall'analisi delle interviste emerge infatti la difficoltà ad accettare la notizia della infertilità che si manifesta, a partire dalla risposta iniziale caratterizzata da sorpresa e incredulità, nel rifiuto nei confronti della diagnosi. Successivamente può subentrare la rabbia, l'angoscia, il sentimento di impotenza e il senso di colpa. Questi dati, emersi nel nostro campione, sono coerenti con quanto rilevato da Andrews (1995) e da Menning (1984). Inoltre i dati relativi alle coppie intervistate indicano la difficoltà di affrontare i vari tentativi di fecondazione e gli insuccessi che ne possono seguire confermando quanto già rilevato da Ardenti, Martinelli e La Sala (1996)

Oltre a questi elementi, tuttavia, i nostri dati sembrano sottolineare l'importanza dei dati oggettivi clinicamente fondati. Questi, in certi casi, servono come rassicurazione sul buon andamento della gravidanza e come base per far emergere le rappresentazioni genitoriali, in altri fungono unicamente come razionalizzazione e difesa dal coinvolgimento.

Nel primo caso, quindi, le rappresentazioni del bambino si sviluppano a partire dalla percezione dei primi movimenti fetali e dalla visione del feto nell'immagine ecografia: rendendo l'esistenza del nascituro improvvisamente più reale, questi dati oggettivi favoriscono nelle madri la differenziazione del feto dal sé e facilitano lo sviluppo delle rappresentazioni del bambino (Stern, 1995; Piontelli, 1992).

Nel secondo caso, invece, le rappresentazioni sono ostacolate dal ricorso da parte dei genitori agli elementi concreti: favorendo l'ancoraggio alla realtà, tali elementi riducono infatti il trasporto emotivo e costituiscono una difesa dal coinvolgimento. A questo riguardo, l'analisi delle interviste ha confermato che in questi casi la storia della propria gravidanza si trasforma in un resoconto dettagliato, ricco di dati tecnici e parametri medici in cui non traspare il senso dell'esperienza.

Il fatto che nelle coppie infertili il concepimento sia reso possibile attraverso un intervento esterno di tipo "scientifico", fa sì che anche sul piano del "vissuto" vi sia la tendenza ad

accentuare gli elementi concreti e somatici della procreazione a scapito di quelli più propriamente fantasmatici (Guerrini Degl'Innocenti, Frassine, Pazzagli, 1992).

Ultimo elemento degno di nota è che, soprattutto per le donne, anche alla fine della gravidanza, vi è il timore che il sogno di avere un bambino non si realizzi. Questo dato, coerente con quanto riscontrato in precedenti indagini (Fagandini *et al.*, 2006; Gibson *et al.*, 2000; 1992; McMahon *et al.*, 1997 a; Van Balen, Naaktgeboren, Trimbos-Kemper, 1996), indica che nelle donne che hanno affrontato i fallimenti dei tentativi di fecondazione, le ansie e paure durante la gravidanza tendono a essere accentuate. D'altra parte, a nostro parere, è proprio questo timore che spiega perché le madri, rispetto ai padri, hanno una maggiore difficoltà a lasciarsi coinvolgere dalla gravidanza facendosi trasportare emotivamente da quello che accade (come è testimoniato dalla minore percentuale di rappresentazioni integrate registrata nelle madri) e tendono ad utilizzare maggiormente meccanismi di difesa volti a mantenere il controllo su di sé e a non farsi condizionare da questa esperienza, come risulta dalla maggiore percentuale di rappresentazioni ristrette che si registrano in loro.

Bibliografia

Ammaniti, M. (2008). *Pensare per due Nella mente delle madri*. Bari: Laterza

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti, M., Matarazzo, O. (1995). *Sistema di codifica relativo alle rappresentazioni in gravidanza*. In: Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina Editore, Appendice 2, pp. 127-146.

Ammaniti, M., Tambelli, R., Odorisio, F. (2006). *Intervista clinica per lo studio delle rappresentazioni paterne in gravidanza: IRPAG, "Età evolutiva"*, 85.

Andrews, C. (1995). *La cicogna del 2000*. Milano: Sugarco.

Ardenti, R., Martinelli, F., La Sala, G. B. (1996). *Problematiche psicologiche della procreazione medicalmente assistita. "Fertilità e Sterilità"*.

Bosquet, M, Egeland, B. (2001). *Association among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions*. "Attachment & Human Development", 3, 2: 173-199.

Colpin, H. (2002). *Parenting and psychosocial development of IVF children: review of the research literature*. "Developmental Review", 22: 644-673.

Gibson, F. L., Ungerer, J. A., Tennant, C. C., Saunders, D. M. (2000). *Parental Adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization*. "Fertility and Sterility", 73, 3: 565-74.

Guerrini Degl'Innocenti, B., Frassine, R., Pazzagli, A. (1992). *Le gravidanze "impossibili": uno studio sulla fecondazione artificiale*. In: Ammaniti, M. (a cura di) (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

McMahon, C.A., Ungere, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C., Saunders, D. (1997a). *Anxiety during pregnancy and fetal attachment after vitro fertilization conception*. "Human Reproduction", 12, 1: 176-182.

McMahon, C.A., Ungere, J. A., Tennant, C., Saunders, D. (1997b). *Psychosocial adjustment and the quality of the mother child relationship at four month postpartum after conception by in vitro fertilization*. "Fertility and Sterility", 69, 3: 492-500.

Menning, B. E. (1984). *The psychology of infertility*, in Aiman, J. *Infertility Diagnosis and Management*, New York, N. Y.: Springer, 17- 29.

Piontelli, A. (1992). *From fetus to child: An observational and Psychoanalytic study*. New York: Tavistock/Routledge.

Smorti, A. (1987). *La fase dell'attesa*, "Psicologia Contemporanea", 81, 33- 39

Stern D. N. (1995). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books. Ed.it: *La costellazione materna*. Torino: Boringhieri.

Van Balen, F., Naaktgeboren, N., Trimbos-Kemper, T. C. (1996). *In vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery*. "Human Reproduction", 11, 1: 95-98.