

ARTICOLI

Pensare alla coppia nel contesto dell'adozione

di *Lynne Cudmore**

Questo saggio è centrato sui dati relativi al progetto che presso la Tavistock Clinic di Londra si è occupato dell'impatto che l'esperienza dell'infertilità ha sugli uomini, sulle donne e sulla loro relazione. Rappresenta una riflessione sul processo del lutto relativo all'infertilità e sulla rilevanza di tali dinamiche nell'adozione. La famiglia sostitutiva si costituisce a partire da un senso di perdita; i genitori adottivi, infatti, di solito hanno dovuto affrontare l'infertilità e il bambino adottato porta con sé una complessa storia di perdita, che spesso non è stata sufficientemente elaborata. Il successo della nuova famiglia dipenderà dal fatto che entrambe le parti coinvolte nella relazione siano state, o siano capaci, di elaborare questi aspetti ed orientarsi alla creazione di nuove relazioni. Gli interessi dei genitori biologici, di quelli adottivi e quelli del bambino adottato devono indubbiamente essere tenuti a mente, ma, invariabilmente, si possono generare delle tensioni. È necessario fornire sostegno alla coppia nella fase di transizione alla genitorialità, poiché questo consente di porre fondamenta solide per la nuova famiglia.

Parole chiave: *coppia, infertilità, elaborazione del lutto, adozione*.

I Introduzione

Non mi sono mai specializzata nel campo dell'adozione e dell'affido ma, negli ultimi trent'anni, con diverse identità professionali, ho avuto modo di venire a contatto con tre distinte prospettive. Innanzitutto in qualità di assistente sociale negli anni '70, quando ero direttamente impegnata nel lavoro con i genitori che non potevano offrire ai loro figli un ambiente in cui crescere "sufficientemente buono" e dovevo trovare delle famiglie sostitutive per questi bambini. In questo contesto, l'affido a lungo termine e l'adozione erano portati avanti di solito senza il consenso dei genitori biologici, ma nell'interesse del benessere del bambino.

Successivamente nel mio secondo percorso lavorativo come psicoterapeuta di coppia presso il Tavistock Marital Studies Institute¹ ho intrapreso un pro-

* Tavistock Centre for Couple Relationship, London.

getto di ricerca sul piano clinico con l'obiettivo di esplorare l'impatto dell'infertilità sugli uomini, sulle donne e sul loro rapporto. Come risultato di questo studio, l'istituto ha iniziato ad organizzare dei workshop per assistenti sociali e consulenti impiegati nei centri di trattamento per la riproduzione assistita, mettendo in luce l'importanza di *avere sempre in mente la relazione di coppia* in cui i partner si sforzano per elaborare l'esperienza dell'infertilità. Più di recente, abbiamo condotto due serie di workshop per assistenti sociali che lavorano nel campo dell'adozione, portando nuovamente l'attenzione sul vissuto dell'infertilità e sul fallimento del trattamento in modo da rendere queste figure professionali più consapevoli dell'esperienza che le coppie portano con sé quando iniziano a misurarsi con l'alternativa di creare una famiglia tramite l'adozione.

Questi workshop hanno anche costituito un forum per gli assistenti sociali finalizzato a dare inizio ad una riflessione su come valutare la relazione di coppia al momento della richiesta d'adozione. La legislazione britannica richiede che essi formulino un giudizio sulla stabilità della relazione di coppia, poiché questa è considerata un fattore importante nella valutazione dell'idoneità della coppia ad adottare. Viene riconosciuto che i bambini adottati necessitino di una "base sicura" e che la presenza di una coppia genitoriale con un buon funzionamento possa costituire un'enorme rassicurazione per bambini feriti emotivamente dalle proprie esperienze precedenti.

Gli assistenti sociali hanno i propri assunti e le proprie credenze su cosa costituisca una buona relazione, tuttavia non hanno ricevuto nessuna formazione specifica in merito alle relazioni di coppia, non hanno nessuna base teorica e poca esperienza lavorativa con le coppie. Devono inoltre giudicare se la coppia che stanno intervistando sarà in grado di affrontare la transizione alla genitorialità, in una situazione complicata qual è attualmente quella dell'adozione, e ciò è immensamente difficile poiché anche le più accurate valutazioni potrebbero non svelare i punti di vulnerabilità.

In questi ultimi anni mi sono anche formata come terapeuta infantile e, in questo ruolo, ho visto bambini in affido o adottati in terapia individuale. Nei Servizi per la salute, la psicoterapia dei bambini seguiti attualmente occupa una grande porzione di tempo degli psicoterapeuti per bambini e adolescenti, e alla Tavistock Clinic, dove lavoro come terapeuta infantile, abbiamo un gruppo di lavoro e un workshop sull'adozione e l'affido, gruppi multidisciplinari costituiti da assistenti sociali, psicoterapeuti infantili, terapeuti familiari, psicologi e psichiatri che si incontrano settimanalmente per condividere il lavoro clinico con le famiglie e il lavoro individuale con i bambini in terapia. La Tavistock offre anche un servizio di consulenza agli enti preposti all'adozione e all'affido; conduce inoltre un corso di formazione per assistenti sociali chiamato "Children in Transition".

2

La triade dell'adozione

Mi focalizzerò principalmente sul progetto che ho precedentemente menzionato, sul complicato tema dell'elaborazione dell'infertilità e sulla rilevanza di pensare a tali aspetti e averli in mente quando le coppie si avviano all'adozione e anche quando e se è possibile effettuare un abbinamento.

Quando si forma una famiglia sostitutiva non sono solo i genitori adottivi ad aver fatto esperienza di una profonda perdita, anche il bambino adottato incontrerà la sua nuova famiglia con una complessa storia di lutti, molto della quale sarà non elaborato e su cui non sarà possibile riflettere e parlare. Il successo della nuova famiglia dipenderà in qualche modo dalla capacità dei genitori e dei bambini di elaborare ciò che non potevano avere e formare nuove relazioni soddisfacenti.

Le tre distinte prospettive cui ho fatto riferimento riflettono anche le tre parti distinte che caratterizzano il processo dell'adozione: i genitori biologici, la madre e il padre, i genitori adottivi e il bambino adottato; queste parti costituiscono il *triangolo* o *triade dell'adozione*. Gli interessi di ciascuna parte nel processo dell'adozione devono essere tenuti a mente, ma la storia dell'adozione nel Regno Unito mostra quanto sia difficile poiché ci possono essere molte tensioni tra gli interessi di ognuna. Ci sono stati periodi negli ultimi ottanta anni in cui le priorità o i bisogni di una o dell'altra parte hanno avuto un'influenza su questo triangolo nel senso che la natura dell'adozione cambia costantemente e riflette la natura mutevole della società (Howe, 1998).

La modalità dell'adozione come procedura legalmente riconosciuta che ha dato sicurezza ai bambini adottati e ai genitori adottivi è iniziata solo nel 1926, spinta dalla presenza numerosa di bambini illegittimi od orfani durante e dopo la Prima guerra mondiale. L'*Adoption Act* del 1926 prescriveva determinate condizioni per coloro che potevano adottare e affermava che qualsiasi adozione autorizzata dal tribunale doveva favorire il benessere del bambino. Associazioni volontarie si diffusero ovunque stabilendo modalità e criteri propri, senza nessun referente. Nel 1939, l'*Adoption Children's Act* comprendeva la registrazione obbligatoria di tutti gli enti di adozione e l'obbligo che tutti i richiedenti l'adozione venissero sottoposti a colloquio da personale specializzato.

Dopo la Seconda guerra mondiale l'adozione è stata sempre più considerata come una soluzione al problema delle coppie non fertili. Allora non si parlava apertamente dell'esperienza d'infertilità, i bambini che venivano adottati solitamente erano stati abbandonati da madri sole, o per la pressione familiare o per le credenze personali che il futuro del figlio sarebbe stato più protetto dalla legittimità attraverso l'adozione e dal vivere con una coppia di genitori. Si

prestava scarsissima attenzione al dolore della madre che aveva messo al mondo il bambino e sviluppato una relazione con lui in grembo, così come si tralasciava la sua relazione con il padre del bambino o i sentimenti del padre biologico. Similmente, non vi era consapevolezza dell'esperienza del bambino che ora sappiamo avere una forte consapevolezza della presenza e della conoscenza della madre biologica da cui è stato strappato così improvvisamente. Verrier (1993) ha parlato di «ferita primaria» riferendosi al vissuto del bambino quando è allontanato dalla madre biologica, una riflessione che probabilmente è emersa dal numero d'adottati che ricercano la propria madre biologica.

Gli interessi di coloro che facevano richiesta di adozione erano attentamente considerati nel processo adottivo. Vi era, infatti, un'enfasi sulla corrispondenza tra i bambini e i loro genitori adottivi in termini d'aspetto e *background sociale* – un concetto che ancora oggi «aleggia» sull'adozione. Negli anni '50 e '60 i genitori adottivi venivano incoraggiati a far passare i figli come propri anche biologicamente e sia i genitori naturali che quelli adottivi non pensavano affatto di dover svelare la verità relativa all'adozione, come oggi si incoraggia a fare. Seguendo il lavoro del Comitato di Houghton che sottolineava l'importanza di essere aperti nei confronti del bambino rispetto alle proprie origini – nella convinzione che questo aiutasse lo sviluppo di un proprio senso di identità e della propria storia – il *Children's Act* del 1975 diede ai bambini adottati il diritto di avere accesso ai registri di nascita originali.

Fino agli anni '70 la maggior parte dei bambini in adozione erano neonati, i bambini più grandi, handicappati o d'altra razza, più difficili da collocare, costituivano la minoranza, la maggioranza dei quali veniva istituzionalizzata. Quando il clima sociale è cambiato, svoltando verso la de-stigmatizzazione dell'adozione, la richiesta è di molto cresciuta e le agenzie hanno applicato regole molto severe sull'idoneità dei genitori adottivi.

Negli ultimi vent'anni si è verificato un ulteriore cambiamento poiché vi sono pochissimi bambini facili da collocare; come effetto di metodi contraccettivi più efficaci e di una stigmatizzazione notevolmente minore per i bambini nati al di fuori del matrimonio nascono meno bambini non desiderati e pochissimi vengono dati in adozione. La scarsità di neonati ha dato ulteriore impeto all'avanzamento della tecnologia medica nel campo dell'infertilità e gli sviluppi straordinari nella tecnologia implicano che la gran maggioranza delle coppie che si scoprono incapaci di concepire chieda innanzitutto un intervento medico. L'adozione da queste coppie è vista come una seconda scelta, solo se la prima è fallita e, in effetti, le agenzie d'adozione sono molto sospettose verso le coppie che richiedono un'adozione quando non abbiano prima fatto ricorso ad un'indagine medica per la propria infertilità.

C'è stata anche un'accresciuta consapevolezza dei bisogni fisici ed emotivi dei bambini e dell'importanza a lungo termine di garantire primariamente i lo-

ro interessi. Il lavoro di psicoanalisti quali Donald Winnicott e John Bowlby ha avuto un enorme impatto nell'evidenziare i bisogni emotivi e d'attaccamento dei bambini. Attualmente, si è sempre più fatta strada l'idea che i bisogni per una relazione stabile ed affettiva con i *caregivers* siano meglio soddisfatti all'interno di una famiglia piuttosto che nel contesto di un istituto. L'importanza di una cura costante, di rotture minime nelle relazioni con i *caregivers*, soprattutto a determinate età, il bisogno di prendere decisioni veloci, ma non avventate, sul futuro del bambino così che non vengano tenuti in una sorta di limbo, sono state ampiamente messe in evidenza e vi è stato un sempre maggiore riconoscimento del bisogno di mantenere, dove possibile, un legame con la famiglia naturale.

Ciò ha avuto come conseguenza che sia l'istituzionalizzazione sia l'affido a lungo termine hanno perso credito. C'è una spinta all'adozione quale alternativa migliore, lo standard migliore per i bambini, sebbene non vi sia accordo su tale enfasi da parte di molti professionisti che lavorano nel campo. Le agenzie per l'adozione sono in questo momento meno orientate a ritenere l'adozione come un servizio alle coppie senza figli, tuttavia si stima che l'81% dei genitori adottivi non ha avuto figli naturali, probabilmente a causa dell'infertilità.

Il benessere del bambino è ancora una volta sovrano nell'adozione. Molti dei bambini oggi in adozione hanno storie difficili e traumatiche ed hanno pattern d'attaccamento insicuri. Si riconosce in maniera crescente che tali pattern d'attaccamento insicuri, queste storie difficili, non possono solo essere dimenticate e costituiranno ostacoli e sfide per le nuove relazioni d'attaccamento che si formeranno nella famiglia sostitutiva. In altri termini, come appare nel titolo di una recente serie televisiva che segue il progresso delle famiglie adottive recentemente formate, «l'amore non è abbastanza».

Oggi si stima che una coppia su cinque ha difficoltà a concepire un bambino e del resto prima di iniziare a pensare ad avere un figlio le coppie sono interessate a controllare la fertilità più che la possibilità di non essere fertili. Le coppie in pratica ritengono che saranno in grado di decidere quando avere figli.

La genitorialità è del resto considerata dalla maggioranza delle persone una parte essenziale della vita adulta, un importante obiettivo, i bambini possono cioè fornire uno scopo, un senso di continuità e di appartenenza, sono visti come uno stile di vita.

Sebbene avere figli sia visto da molte coppie come il corso normale e prevedibile della vita, non intendo affermare che il desiderio di un bambino non abbia motivazioni più complesse. Molti fattori influenzano, infatti, la motivazione alla genitorialità: ci sono pressioni sociali come quelle della famiglia e degli amici, pressioni a cui un individuo può essere più o meno sensibile. Si può desiderare un bambino per riparare una relazione che si sente senza prospet-

tive, per tenere insieme una coppia o per evitare il dolore di un lutto, per riempire un vuoto interiore o per compensare un'infanzia infelice.

Queste complesse motivazioni saranno presenti sia nelle coppie che riescono a concepire facilmente sia in quelle a cui riesce difficile; la particolare costellazione di motivazioni, la gamma di significati consci ed inconsci di avere figli o di non essere capaci di averli è unica per ogni persona e relazione. Le persone sono diverse anche rispetto alla consapevolezza di queste motivazioni ed alla capacità di esprimere a parole.

I consulenti che lavorano nei centri di trattamento riferiscono spesso che esplorare le motivazioni conduce frequentemente a modalità di difesa da parte della coppia, quando viene loro chiesto di pensarci si sentono spesso arrabbiati e intrusi, come se percepissero (giustamente) che coloro che concepiscono naturalmente non sono soggetti a questo grado di esame e verifica.

Tale risposta indica il loro stato mentale quando fanno richiesta di trattamento, ciò che sentono è di essere chiamati a dare una giustificazione per il loro desiderio di avere un bambino. Secondo la legge, i consulenti nei centri di trattamento sono responsabili per il benessere del bambino che potrebbe nascere a seguito di un intervento medico. Si tratta di una questione difficile per i consulenti in quanto non si sentono a proprio agio nel formulare tali giudizi, occupando un ruolo d'autorità rispetto ai pazienti. È un tema che diverrà ancora più rilevante con la recente legislazione che ha reso legale accedere alle informazioni sui genitori per i figli concepiti attraverso la donazione degli ova-
citi o l'inseminazione.

Questi sentimenti soggetti ad essere sotto esame da parte degli operatori sono certamente familiari a chi conduce le valutazioni per le adozioni, così come credo sia importante ricordare che l'idea di essere valutati è presente già in stadi molto precedenti. Il contesto (esternamente un centro per il trattamento o un ente per l'adozione, internamente il mondo interiore dell'individuo) in cui vengono rivolte queste domande influenzerà, a sua volta, la possibilità che la domanda sia pensata come un'opportunità per esplorare oppure potrà essere vissuta come persecutoria.

Di fronte ad un operatore che ha il potere di negare il trattamento o la possibilità di adottare un bambino, le coppie sono spesso molto angosciate e molto meno aperte riguardo a quanto rivelano nei colloqui di consultazione. Ritengo, inoltre, che nell'individuo l'infertilità faccia emergere sentimenti profondi ed inconsci relativi all'essere giudicato e tali sentimenti vengono proiettati su coloro che paiono avere l'autorità in questo campo.

L'esperienza presso il Tavistock Marital Studies Institute

Nello studio che il Tavistock Marital Studies Institute ha portato avanti in questi ultimi anni (Pengelly, Inglis, Cudmore, 1995) abbiamo contattato 31 coppie in cima alla lista di attesa per la inseminazione in vitro (IVF), al Royal Free Hospital di Hampstead. Sebbene una coppia abbia rifiutato di partecipare e due non si siano presentate agli appuntamenti, è stato possibile intervistare 28 coppie raggiungendo un'alta partecipazione.

Le coppie erano diverse da un punto di vista sociale e prevalentemente "caucasiche". L'età media delle donne era di 34 anni. Le coppie erano già state selezionate attraverso i criteri dell'ospedale: le donne dovevano avere meno di 40 anni ed essere idonee da un punto di vista medico per la IVF; entrambi i partner dovevano sottoporsi a interviste mediche e dovevano firmare il proprio consenso al trattamento. Rimanere in lista d'attesa per due anni era generalmente considerato un indicatore della stabilità della coppia.

Nella nostra lettera alle coppie, con la quale le invitavamo a partecipare al progetto, rilevavamo il carattere confidenziale delle interviste e che le stesse non sarebbero state condivise con l'équipe medica.

Insieme ad un mio collega maschio intervistavamo la donna e l'uomo separatamente. Il finanziamento non ha consentito d'intervistare la coppia insieme e separatamente, ma il mio collega ed io ci siamo incontrati dopo ogni intervista per parlare dei rispettivi colloqui e per mettere insieme le informazioni sulla coppia, così da discutere e riflettere su cosa avevano detto entrambi riguardo alla loro relazione. Le interviste erano semistrutturate e incoraggiavano i partner a mettere in luce il significato dell'esperienza dell'infertilità e del trattamento.

Per molte coppie il tempo trascorso a fare indagini e a tentare trattamenti prima di avanzare una richiesta d'inseminazione in vitro è stato lungo. Quando da oltre un anno si tenta di concepire senza successo, solitamente la donna avvia la discussione sul fatto che esiste un problema; inizialmente la coppia si organizza per affrontare il problema da sola, solitamente programmando i rapporti nel periodo del mese durante il quale si crede che le donne abbiano il picco di fertilità. Inizia a crearsi e rafforzarsi una pressione sulla relazione sessuale. Iniziano a preoccuparsi di solito per loro stessi, ma a volte come coppia rispetto alla possibilità che ci sia qualcosa che non va in uno o in entrambi. La coppia quindi deve decidere se chiedere un consulto medico, a volte constatano di avere opinioni differenti su questo o persino sull'avere figli, ora che potrebbero esserci delle difficoltà.

Vi è da aggiungere che è facile sottostimare quanto per molte coppie andare dal medico sia un grande passo, coinvolgere, infatti, una terza persona spes-

so sconosciuta significa rendere pubblico un problema che ha sollevato notevole angoscia e che è stato precedentemente tenuto segreto. Se il loro medico ha prescritto accertamenti in ospedale si sono innalzati i livelli di tensione e stress, i grafici della temperatura per stabilire l'ovulazione, i test post-coitali, l'analisi dello sperma, per esempio, sono tutte procedure di routine per l'ospedale, ma di alto impatto emotivo per le coppie.

Era comune per le coppie del nostro campione riferire problemi sessuali, dal momento che i rapporti dovevano essere spesso programmati per coincidere con i picchi di fertilità: per la maggior parte delle coppie il bisogno di pianificare qualcosa che avevano associato alla spontaneità ha comportato problemi di comunicazione e dolore emotivo; per quelle coppie in cui erano già presenti, tali procedure hanno esacerbato i problemi sessuali.

Quando entra nel mondo medico dell'indagine e del trattamento dell'infertilità, la coppia "formalizza pubblicamente" il fatto di star cercando di avere un bambino, l'area più intima della loro vita è sotto esame da parte degli altri. Come ha affermato una donna del nostro studio, *«improvvisamente siamo tre in un letto»*.

I grafici della temperatura per stabilire i tempi dell'ovulazione simbolizzano l'invasione dell'intimità. Diverse donne mi hanno detto di aver messo una x in più sul grafico per mostrare la frequenza dei rapporti sessuali quando in realtà i rapporti erano diminuiti al crescere della depressione della coppia. Il seguente racconto, tratto da un altro studio, è tipico: «Non c'è nessun mio recesso che non sia stato esplorato, sondato, molestato. Quando faccio l'amore mi sovviene che ciò che era solito essere bello e molto privato è ora degradato e terribilmente pubblico. Porto i grafici al dottore come un bambino porta a casa la pagella. Dimmi, ho fatto bene? Ho ovulato? Ho fatto l'amore nel momento giusto come mi hai insegnato?».

Era comune nel nostro campione che gli uomini descrivessero periodi di impotenza dal momento che si sentivano sotto pressione per la prestazione; non è infrequente, per esempio, che nelle coppie in terapia vi siano uomini che hanno descritto di sentirsi risentiti perché vivevano la partner all'apparenza interessata principalmente a rimanere incinta piuttosto che interessata a loro. L'idea del "bambino come rivale" entra precocemente in queste situazioni. In modo simile, le donne hanno descritto sentimenti di risentimento per la dipendenza dall'eccitazione del partner.

Per molte coppie, la diagnosi ha alleggerito la pressione, dal momento che hanno saputo di non poter concepire in modo naturale, nonostante inizialmente questa diagnosi sia stata uno shock ed abbia portato molto dolore e rabbia. Il processo della diagnosi è del resto spesso logorante per la durata: le procedure e i trattamenti prendono tempo, procedimenti quali la produzione di sperma suscitano sentimenti complessi. Ciò che spesso viene sentito come l'e-

sposizione pubblica di un problema può suscitare sentimenti di inferiorità, di non essere all'altezza, di umiliazione e vergogna.

In alcune delle coppie nel nostro campione l'incapacità di avere figli ha fatto seguito ad un evento più chiaro, distinto, ma traumatico: per esempio diverse donne hanno sofferto di gravidanze extrauterine con conseguenti danni alle tube di Fallopio. Queste coppie hanno dovuto affrontare il doppio dolore di perdere un bambino molto desiderato così come di perdere la propria fertilità. Per alcuni vi era l'urgenza di sostituire il bambino morto ed il dolore per tale lutto non appariva elaborato.

Ci sono stati periodi dopo i trattamenti in cui le coppie sono state lasciate nel dubbio se l'intervento fosse riuscito – lunghi periodi nel limbo e nell'incertezza sulla loro fertilità. Uno studio (Mahlstedt, 1985) ha proposto un'analogia con le montagne russe per descrivere i picchi di speranza raggiunti in una settimana per poi sprofondare nella disperazione la settimana seguente con l'arrivo delle mestruazioni.

L'esperienza di essere messi di fronte alla possibilità di essere sterili e la conseguente perdita della genitorialità ha portato molte coppie in una situazione di non chiarezza della loro vita: da una parte, la loro difficoltà a concepire ha significato che non avrebbero dato alla luce un bambino, comportando un rilevante riadattamento dei loro piani di vita; dall'altra parte, vi era la possibilità di poter avere dei figli e che il loro futuro immaginato potesse realizzarsi così come lo avevano pianificato.

Nel nostro campione, è stato più comune che gli uomini esprimessero la rabbia verso i medici, gli ospedali e i centri di trattamento impegnati nelle indagini sulle compagne e su loro stessi e, nonostante il programma abbia comportato molti dubbi e paure – per esempio la sensazione di essere trattati come oggetti di ricerca piuttosto che come persone nella loro interezza –, questi sentimenti sono stati raramente condivisi con il team medico.

Erano bravi pazienti, collaborativi, tranquilli e grati, ed il team medico era sentito in una posizione di forte potere dal momento che aveva i mezzi per realizzare un miracolo proprio dei tempi moderni. Le coppie sentivano l'ansia di non rovinare quella relazione nel caso mettessero in pericolo la loro posizione, a volte la rabbia suscitata dall'esperienza era espressa all'interno del rapporto di coppia, sebbene alcune coppie fossero ansiose di raccontarcelo per paura che influenzasse negativamente la nostra opinione.

Si è soliti chiamare le coppie che vivono l'infertilità coppie sterili, si pone l'enfasi sul cercare di vedere l'infertilità come un problema condiviso dai partner nonostante, in realtà, la maggioranza degli esami e delle procedure siano rivolte alla donna. Certamente il problema coinvolge entrambi i partner, tuttavia un problema condiviso non significa necessariamente lo stesso problema e uomini e donne raccontano storie molto diverse.

La maggioranza delle donne ha ammesso che, con il miglioramento della contraccezione e delle opportunità aperte alle donne, ha aspettato di scegliere quando avere i figli. La negazione della scelta è vissuta come devastante: alcune donne descrivono di avere avuto sentimenti misti sui bambini prima di scoprire l'infertilità, ma la negazione della scelta ha portato loro ad avere quale unico obiettivo della vita la maternità. Per alcune donne avere dei figli ad un certo punto della loro vita è visto come un pilastro della loro identità femminile, la loro incapacità di raggiungere questo stato disperatamente desiderato esita in una grave minaccia all'idea di se stesse come persone e come donne. L'infertilità minaccia l'essenza della loro identità.

Molte pazienti hanno espresso la credenza che la capacità di una donna di creare, sostenere e nutrire un bambino è la vera essenza dell'essere donna, altre hanno invocato una credenza in un istinto materno biologico, molte hanno manifestato un appassionato attaccamento alla maternità biologica. Due donne del campione hanno adottato dei bambini, ma ciò non ha risolto i loro sentimenti riguardo alla propria infertilità.

Per molte donne infertili, la gravidanza e la maternità sono idealizzate e disperatamente invidiate, contemporaneamente si svalutano come donne. Dal momento che questo stato mentale è così potente e totalizzante, esso invade altre aree della loro vita: il loro ruolo di mogli, figlie, sorelle, amiche e colleghi di lavoro. Molte donne affermate si sentono depresse con scarsa autostima e assenza di creatività, alcune donne si sono ritrovate a percorrere a ritroso la loro vita per cercare prove di una cattiveria che potesse spiegare il modo in cui si sentivano maledette a causa dell'infertilità. L'infertilità era sentita come un giudizio.

La colpa per precedenti aborti e, per una donna, la colpa di aver dato un bambino in adozione è stata particolarmente difficile da tollerare, tanto che non era stata in grado di parlare al marito del bambino che aveva avuto. Vi erano poche zone prive di dolore, come ha detto una delle partecipanti a questo progetto: «L'infertilità è sempre lì che getta un'ombra sulla mia vita».

Per gli uomini, i vissuti erano in molti modi diversi. C'era un piccolo gruppo del nostro campione che sapeva che i propri spermatozoi erano scarsi per numero e motilità. Si pensava inverosimilmente che potessero essere padri di un bambino, ma che molto dipendesse dalla quantità e qualità del loro sperma nel giorno dell'IVF. Questo gruppo ha detto che le partner avevano offerto rassicurazione e sostegno, ma ciò non aveva tolto il sentimento che la loro identità di uomini fosse indebolita; inoltre ha trovato molto più difficile parlare della loro esperienza rispetto alle donne.

Alcuni uomini hanno fatto rapidi accenni ai sentimenti di vergogna mascherandoli con lo scherzo, un soggetto ha detto: «Il vecchio ego maschile certamente è caduto. Ti arrabbi ma non ci puoi fare niente, è una cosa personale interna».

Le donne hanno descritto a me, come donna, come il compagno si fosse sentito devastato quando si è reso conto che c'era un problema con il proprio sperma, ma questi stessi uomini non hanno fatto alcun riferimento a questi sentimenti parlando con il mio collega. Un uomo era stato in grado di confidare che si sentiva un uomo al di sotto del 100%, «ejaculo in bianco». Era raro per questi uomini parlare dei loro sentimenti e le compagne li proteggevano comprendendoli, dicendo a familiari ed amici che l'infertilità era un loro problema. Questo, nella nostra esperienza, è un dato comunemente riscontrato in merito agli effetti emotivi dell'infertilità sull'uomo, per esempio uno studio sui fattori emotivi associati all'infertilità maschile ha rilevato che gli uomini avevano una bassissima autostima e che questa perdurava con effetti negativi sul funzionamento coniugale e sessuale (Slade, Raval, Buck, Lieberman, 1992). Per alcuni uomini l'infertilità può denotare una mancanza di virilità e mascolinità ed è proprio questo aspetto che spesso è più problematico rispetto alla negazione dell'opportunità di essere genitore.

Molti uomini erano quasi incapaci di esprimersi chiaramente rispetto al desiderio di un figlio ed era molto più difficile arrivare a comprendere le motivazioni di un uomo senza figli rispetto ad un uomo la cui compagna fosse senza figli. Alcuni dei nostri pazienti sembravano conoscere meglio i sentimenti della partner che i propri. Un uomo ha detto: «Mia moglie vuole disperatamente dei bambini più di qualsiasi altra cosa al mondo», aggiungendo poi: «Anch'io li voglio disperatamente, ma non lo dò a vedere».

Qualcuno degli uomini intervistati ha detto di avere una sorta di «dovere dinastico» verso le proprie famiglie; un altro soggetto ha spiegato che i suoi genitori avevano solo nipoti femmine così che nessuno avrebbe portato avanti il nome della famiglia, un sentimento che si può avvertire nella frase: «Sono l'ultimo della linea».

Un'idea simile è stata espressa, per così dire, in termini biologici: «Sono sulla terra per riprodurre e trasmettere i miei geni». Alcuni hanno espresso il desiderio in termini più personali e quasi esplicitamente come estensione dell'amore tra se stessi e la loro partner. Nella rappresentazione della madre, la presenza di un bambino adottato che la guarda con ammirazione e, tuttavia, testimonia l'impossibilità di concepire, può ferirla emotivamente.

In ogni caso mentre generalmente vi sono poche zone prive di dolore nelle donne, gli uomini sembrano capaci di «compartimentalizzare» il problema, nel senso che il lavoro e il tempo libero sono attività che possono essere preservate dal dolore.

Un piccolo numero di coppie è stato in grado di parlare apertamente del proprio problema, rivelando entrambi sia le speranze che le delusioni hanno cioè potuto condividere i sentimenti rispetto a questo problema. Queste coppie trovavano anche meno difficile parlare con altri della loro condizione, pro-

babilmente ricevendo sostegno dagli altri erano anche aiutati a sostenersi reciprocamente. In altri termini, "il matrimonio" non doveva fare tutto il lavoro d'elaborazione.

Queste coppie, infatti, vivevano in un mondo meno chiuso, si differenziavano dalle coppie che dicevano di condividere dubbi, frustrazioni e delusioni, ma che si sforzavano anche di sottolineare di non avere nessun conflitto o tensione nella relazione. Questo gruppo sembrava preoccupato di presentarsi come una "buona coppia", presupponendo che noi o le autorità pensassimo che le buone coppie non avevano difficoltà.

Si può pensare che sentendosi meno che perfette nell'incapacità ad avere figli, queste coppie desiderassero essere viste – e vedersi – come quella che imaginavano essere la coppia perfetta. Credo che ci sia la paura che solo le coppie buone (secondo loro le *coppie senza conflitto*) siano credute degne di essere accettate in un programma di trattamento, una fantasia che attribuisce una sorta di *potere genitoriale* al ruolo delle figure professionali.

Molte coppie riferivano di parlare solo in minima parte della loro infertilità perché era un'area molto dolorosa e sensibile, molto spesso, infatti, le donne esprimevano tutto il desiderio e l'ansia, mentre il partner cercava di gestire i sentimenti della compagna senza rimanerne troppo "catturato". In questi rapporti di coppia c'era una divisione psicologica in cui la donna viveva il dolore emotivo della condizione di coppia ed il marito forniva il sostegno e l'energia per continuare a ricercare una soluzione.

Se da un lato quest'organizzazione della relazione è stata una risorsa nell'affrontare la stressante ricerca del concepimento, dall'altro lato c'era il pericolo che quella che poteva essere percepita come una suddivisione funzionale diventasse, sotto la sempre maggiore tensione del programma di trattamento, una scissione disfunzionale che lasciava i due partner isolati l'uno dall'altra. In questo caso vi è sempre una difficoltà quando i partner si usano reciprocamente per esprimere aspetti dell'esperienza che non possono tollerare da soli.

Molte donne si sentivano svuotate e molto insicure rispetto al proprio valore, sentivano l'angoscia che il partner le potesse abbandonare se non ci fossero stati dei figli, o che rimanesse con loro ma con risentimento, e sebbene fossero state rassicurate dai compagni avevano paura. Alcune donne erano consapevoli del forte desiderio di paternità dei loro partner, ma erano timorose nell'incoraggiarli a parlarne, perché avvertivano come doloroso esprimere questi sentimenti e temevano che ciò potesse mettere il partner più in contatto con la loro delusione.

La pressione sulla coppia per fornirsi sostegno reciproco era intensificata dall'assenza di supporto sociale; la maggior parte delle donne, infatti, aveva trovato duro parlare con chiunque delle difficoltà incontrate ad avere un bam-

bino e la maggioranza aveva tenuto segreta l'infertilità. Il loro era quindi *un problema invisibile*.

Molte donne non condividevano la loro condizione con gli altri perché non potevano tollerarne la compassione o peggio la pietà, parimenti l'invidia nei confronti di amici o parenti che avevano dato alla luce dei bambini poteva essere avvertita come insostenibile e numerose donne hanno interrotto amicizie lunghe ed importanti con altre donne proprio per questa ragione. Alcune donne erano abbastanza fortunate da poter parlare con le proprie famiglie, altre sentivano che i propri genitori erano essi stessi così angosciati dai problemi e così disperati all'idea di non avere dei nipoti che parlarne con loro aumentava soltanto il senso di fallimento. Gli uomini, a loro volta, comunicavano con gli altri anche meno: per esempio molti riferivano il timore dell'umiliazione tra gli altri uomini a lavoro o al pub, se avessero rivelato la loro difficile situazione.

Le coppie avevano un bisogno disperato di sostegno, ma non sentivano che gli altri potevano capire l'intensità del loro dolore; rabbia, invidia e gelosia verso chi ha figli provocavano sentimenti violenti e potenti che talvolta evocavano auto-riprovazione e ritiro dal contatto sociale.

L'assenza di sostegno e la difficoltà che aveva la coppia nel condividere con gli altri questi sentimenti estremamente delicati può essere una delle ragioni per cui è così difficile elaborare l'infertilità; i sentimenti dolorosi potevano essere espressi molto raramente.

Abbiamo intervistato queste coppie sul punto di iniziare l'IVF, la maggior parte delle coppie erano piene di ottimismo e speravano disperatamente che il trattamento funzionasse. I pensieri di fallimento e la conseguente perdita del loro immaginato futuro erano messi da parte per paura che un atteggiamento negativo potesse avere un impatto sulle possibilità di successo. Il pensiero "concreto" era molto evidente.

Nel caso di fallimento dell'IVF alcune coppie possono trovare difficile interrompere i programmi di trattamento e possono continuare a provare nel caso il tentativo successivo vada in porto: la perdita possibile, o anche probabile, non è una perdita effettiva.

Le coppie, di fronte al fallimento del trattamento che avevano sperato avrebbe fornito una soluzione alla loro infertilità, affrontavano un'esperienza emotiva dolorosa e complessa. La scoperta che il trattamento è fallito, l'arrivo delle mestruazioni, avviene di solito fuori dalla clinica e sebbene le cliniche hanno approcci diversi alle coppie che affrontano questo passaggio, penso che sia importante che osservino le proprie procedure e ci si domandi se offrano alle coppie un'opportunità di pensare a ciò che è successo e non sia sottovalutato il sentimento di lutto e fallimento. La preoccupazione e l'interesse da parte dell'ospedale possono, infatti, favorire l'inizio di un processo d'elaborazione.

Vi è anche da aggiungere che talvolta le coppie non desiderano tornare in

clinica, poiché nella loro mente l'istituzione è associata al fallimento e riaffrontare di nuovo l'iter è troppo doloroso. Parimenti il tempo è importante nel senso che alcuni possono voler parlare o pensare a ciò che è accaduto immediatamente; altri potrebbero aver bisogno di un periodo più lungo da soli; alcuni non vorranno aiuto.

Vi sono delle complicazioni aggiuntive rispetto al *setting* se le coppie devono pagare ulteriormente per un sostegno di questo tipo, così come l'équipe medica avrà propri sentimenti rispetto al fallimento e potrebbe evitare di parlare alla coppia per paura che i loro stessi sentimenti di delusione emergano. Potrebbe seguire una specie di cospirazione del silenzio rispetto all'evento o un'inappropriata rassicurazione.

Nel migliore dei casi il fallimento del trattamento offre alla coppia un'opportunità di riflettere sulla propria situazione, di pensare e discutere tra di loro e con il team medico, compreso il consulente, su cosa fare come passo seguente. Ciò implica dare un valore ed un senso a ciò e all'organizzazione del *setting*, in modo che ci sia una possibilità di portare avanti questo lavoro. Parte della riflessione, inoltre, implicherà il considerare gli aspetti medici ed in particolare le possibilità di successo d'altri trattamenti.

Leggendo di nuove scoperte e tecniche può essere sempre più difficile per la coppia, ma forse anche per il team medico, pensare di interrompere il trattamento. In una situazione d'inevitabile incertezza nessuno può predire cosa accadrà, le emozioni possono far ripiegare la coppia su altri trattamenti e rendere difficile iniziare ad accettare la situazione e andare avanti. Tuttavia, per alcune coppie, un solo altro tentativo può rappresentare un rapporto di dipendenza dal processo di trattamento e un modo di evitare l'inevitabile dolore di dover prendere in considerazione un futuro senza gravidanza e senza la nascita di un bambino. Alcune coppie possono sentire in modo compulsivo di dover aggrapparsi al ciclo altalenante di speranza, depravazione e delusione nella speranza che il loro desiderio divenga realtà.

4 Alcune riflessioni

Credo che per molte coppie il dolore e l'angoscia per la loro situazione non siano mai scomparsi, ma mentre si persegue la richiesta di una soluzione, questi sentimenti vengono messi da parte per stabilire uno stato mentale più fiducioso in modo che il trattamento possa avere la migliore possibilità di successo.

Per le coppie che decidono che "ne hanno avuto abbastanza" può essere giunto il momento di iniziare veramente il processo di elaborazione del lutto, tuttavia ci vuole del tempo perché ciò inizi davvero: lo stordimento e lo shock, la negazione, la rabbia e la colpa, la ricerca, il desiderio e il profondo dolore

che caratterizzano spesso gli stadi del lutto per la morte di una persona cara saranno presenti, infatti, anche in queste perdite invisibili.

In ogni caso elaborare questi sentimenti è un processo raramente lineare ed i sentimenti possono bloccarsi in qualsiasi momento; l'elaborazione è anche complicata dall'invidia, dalla gelosia, dalla rabbia, dalla vergogna, oppure una "ruminazione" ossessiva può prendere il posto dell'elaborazione del lutto.

Il dolore può essere affrontato mentre si presenta se vi è l'elaborazione del lutto o sarà, al contrario, evitato? Questa mi sembra una domanda chiave. Ci deve anche essere il superamento del punto di vista che considera avere figli un titolo, un diritto; ciò è difficile dal momento che il clima culturale incoraggia le persone a credere che tutti possono avere un bambino, che ogni cosa si può ottenere se la si desidera abbastanza. Non ci sono scritti né prescrizioni che indichino il modo giusto di affrontare tutto questo, ma l'elaborazione del lutto, come viene descritto da Freud, può iniziare solo quando la realtà della perdita può essere affrontata.

Vi sono difficoltà specifiche che le coppie devono affrontare quando la perdita è come inafferrabile, dal momento che non è la perdita di una persona, un bambino cioè che non è stato mai concepito. Non ci sono ricordi che potranno essere evocati, tuttavia sappiamo quanto i ricordi della persona persa siano una parte fondamentale per la risoluzione del lutto. Come Freud osserva in *Lutto e melanconia* (1917):

La morte di un individuo richiede il ricordo doloroso di passate interazioni con quella persona, accresciuto da un intollerabile desiderio per la sua presenza, l'immagine, gli odori, la voce e il contatto della persona defunta. In questo processo, l'elemento che provoca il dolore maggiore e che evoca ricordi viscerali del defunto, è un elemento chiave nella risoluzione del lutto.

Con le altre perdite vi è molto da ricordare e vi sono ricordi da condividere con parenti e amici, qui invece parliamo della perdita di una persona non ancora nata, non di una persona direttamente conosciuta. È la perdita di un futuro contro la perdita di un passato.

Consideriamo le difficoltà implicate nell'elaborazione del lutto di un bambino che non è stato mai conosciuto nella realtà: in primo luogo si può dire che si tratta di un bambino immaginato e, come tale, l'immaginata relazione genitore-bambino è stata caricata di proiezioni spesso di tipo idealizzato; in secondo luogo, maggiore è il senso di depravazione dovuto all'infertilità più forte è l'idealizzazione. Per molte coppie non c'è mai stata un'interazione con un bambino reale, c'è desiderio e dolore per un bambino che non è stato mai concepito o non è mai nato, ma che è sentito come *reale* nell'immaginazione.

Molti studi sul lutto a seguito della morte perinatale o a seguito di bambi-

ni nati morti mostrano quanto sia difficile un'elaborazione quando non c'è nessun bambino da poter vedere o toccare. Fino a quindici o venti anni fa era comune strappare il bambino morto ai genitori prima che lo potessero vedere, non c'erano funerali né sepoltura.

Questa esperienza è stata definita da Lewis e Bourne (1984) come *un non-evento*; gli autori hanno sostenuto che era necessario che il bambino fosse fatto tornare dalla morte per aiutare i genitori ad avviare il processo d'elaborazione del lutto. Vedere e tenere il bambino morto, per quanto doloroso, facilita l'elaborazione della perdita dal momento che solo la visione del corpo permette di affrontare la realtà della morte del bambino, solo allora è possibile sentire e vivere il dolore, la rabbia e il desiderio. Il lutto è anche per la perdita del sé che individuo e coppia immaginavano di essere.

Molti studi sul lutto hanno messo in luce l'importanza di esprimere a parole i sentimenti e di parlare delle perdite – la capacità di fare ciò aiuta il processo d'elaborazione. Le coppie sterili sono invece spesso isolate e ciò in molti casi è dovuto ad una loro scelta dal momento che non hanno condiviso il loro problema con gli altri spesso a causa di un senso di vergogna. Tuttavia, l'aiuto non è possibile se il problema non è condiviso.

L'invisibilità della perdita gioca, del resto, un ruolo fondamentale, poiché significa che le coppie devono lasciare che gli altri conoscano la loro difficile situazione e che il loro fallimento nel fare ciò può implicare il non ricevere aiuto. Vi sono enormi pressioni sulle coppie in questo contesto affinché i partner si forniscano sostegno reciproco e si può cominciare a percepire il matrimonio come una pentola a pressione.

Ci sono delle difficoltà particolari per le coppie quando entrambi stanno affrontando il lutto, si possono dare sostegno reciprocamente in una situazione in cui entrambi si sentono depressi e privi di risorse? La relazione di coppia può confrontarsi con una situazione in cui uno dei due sta affrontando il lutto per la loro incapacità di concepire e ciò influenza l'altro che non ha problemi di fertilità e la *raison d'être* dello stare insieme. Potrebbe esserci un profondo senso di colpa da entrambe le parti.

Certamente molte coppie trovano la forza, le risorse, interiormente e nella coppia stessa per affrontare la realtà dolorosa che elaborano e superano, la loro relazione offre una fonte di sostegno per affrontare la situazione, ma possono anche aver bisogno di essere sostenuti. Nel Regno Unito c'è una lacuna nel fornire consulenza per aiutare queste coppie: infatti, come ho detto precedentemente, spesso le coppie sono riluttanti a ritornare presso i centri di trattamento o i centri stessi non offrono questa opportunità. Al di fuori dei centri vi sono pochi consulenti o terapeuti specializzati in tale ambito.

Questo spesso può significare che molte coppie decidono di perseguire l'obiettivo dell'adozione quando non hanno adeguatamente elaborato il lutto

della loro perdita e, non a caso, molti professionisti hanno discusso il bisogno delle coppie di accedere ad un servizio di consulenza indipendente sia dal processo di trattamento sia dal processo di valutazione relativo all'adozione.

Per molte coppie il processo di valutazione per l'adozione provoca una seconda perdita della privacy che può essere sentita come traumatica; l'accertamento ambientale può essere avvertito come intrusivo e si pensa che gli enti per l'adozione vogliano conoscere e sapere troppo. La coppia sente ancora una volta che le decisioni rispetto alla loro idoneità come genitori sono nelle mani d'autorità esterne ed essa è priva di potere; si può sentire esaminata minuziosamente. L'ente può essere percepito in un ruolo inquisitorio, un aspetto particolare che può essere esemplificato dal fatto di porre domande per ottenere informazioni sulla coppia, riempiendo un modulo piuttosto che entrando in un dialogo riflessivo.

Si tratta di un'area in cui l'addestramento e l'esperienza delle figure professionali sono molto importanti e, sfortunatamente, nel Regno Unito, per quanto riguarda i Servizi sociali, vi è una tendenza ad allontanarsi da un modello psicodinamico con la sua enfasi sul processo verso uno stile di intervento più *manageriale*.

Certamente, nella situazione migliore, il processo di valutazione è un'opportunità, sia per l'ente per l'adozione che per la coppia, di esplorare l'adozione come modalità alternativa per creare una famiglia, ma la capacità di farlo in modo creativo e realistico dipenderà molto dallo stato mentale della coppia. Se sono stati in grado di metabolizzare il dolore relativo all'infertilità, se possono parlare dei loro vissuti, se sono aperti rispetto alla loro esperienza e sono in grado di condividerla, si troveranno in una posizione migliore per trovare lo spazio psichico necessario ad accogliere un bambino nella loro famiglia e più disponibili a costruire una relazione con il bambino. Tuttavia il timore rispetto a ciò che il valutatore può pensare della loro tristezza per l'infertilità può frenare molte coppie nel parlare della loro esperienza: le coppie temono cioè di essere giudicate negativamente.

Nei workshop che abbiamo condotto, abbiamo notato quanto sia difficile per alcuni operatori affrontare seriamente il dolore dell'infertilità, l'esperienza della coppia non "entra in risonanza" emotivamente con gli operatori.

Mi chiedo se questo sia in relazione con la profonda identificazione che tali operatori hanno con il bambino che necessita di essere collocato mentre la coppia viene in secondo piano; può essere cioè difficile per gli operatori tenere a mente sia l'esperienza dell'adulto sia quella del bambino, ed essi necessitano chiaramente di rassicurazioni circa il fatto che la coppia porrà in primo piano i bisogni del bambino e che il bambino adottivo non sia visto come un sostituto.

Come risultato molti Servizi per l'adozione si aspettano che le coppie ab-

biano fatto i conti con la loro infertilità, vale a dire che l'abbiano completamente superata.

È difficile sapere cosa significa, come definire "superato". Esprimere tristezza significa che il lutto non è stato risolto? Ancora una volta l'esperienza degli operatori sarà cruciale per formulare un giudizio. Una recente ricerca portata avanti da Miriam Steele e collaboratori (Steele *et al.*, 2003) suggerisce che un lutto irrisolto durante l'infanzia della madre adottiva può ostacolare lo sviluppo del suo attaccamento al bambino e può anche ostacolare lo sviluppo del bambino nel costruire un attaccamento alla madre; del resto, molti bambini traumatizzati sono iper-vigili, estremamente sensibili allo stato della mente di coloro che li accudiscono.

Il lutto chiaramente deve essere stato sostanzialmente elaborato per permettere di dare spazio psicologico ad un bambino molto reale che ha bisogno di uno spazio nella mente del nuovo genitore. In questa direzione (Tollemache, 1998), è stato messo in evidenza che spesso il vissuto di dolore inizia realmente solo dopo l'avvenuto collocamento del figlio adottivo.

È possibile che il lutto vada avanti contemporaneamente alla gioia di accogliere un bambino in adozione? Questi sentimenti di perdita non devono essere una catastrofe per il bambino adottato; se si può riflettere sull'esperienza dei genitori, mentalizzarla e contenerla, ossia se è possibile riflettere sull'esperienza, vi sono meno possibilità di passaggio all'atto e che il collocamento sia messo a repentaglio.

Per molte coppie può essere troppo difficile affrontare questo conflitto di sentimenti da soli e ciò mette in evidenza l'importanza di sostenere le coppie prima e dopo che il bambino sia stato collocato, non solo offrendo sostegno o aiuto nel loro ruolo di genitori una volta che sia stato fatto il collocamento.

Tollemache (1998) ha messo in luce l'importanza di tenere in mente separatamente ciascun genitore adottivo; l'autrice descrive, infatti, come nel genitore senza problemi di sterilità all'ingresso in casa del bambino adottato emergano forti e contrastanti sentimenti. Avendo seguito i piani dell'adozione, il partner fertile può improvvisamente divenire consapevole del bambino che avrebbe potuto avere e la possibilità di accusarsi reciprocamente può essere alta specialmente in un contesto che sarà probabilmente molto stressante: stare insieme e costruire una nuova famiglia sarà fonte di stress per tutti, per i nuovi genitori e per i bambini.

La scarsità di neonati in adozione, circa duecento l'anno, significa che molti dei bambini in adozione hanno storie difficili e traumatiche, hanno subito quelle che Lanyado (2002) ha definito «perdite traumatiche multiple». Molti di questi bambini sono stati rifiutati dai genitori biologici, sono stati feriti emotivamente ed alcuni di essi avranno difficoltà nel dare e ricevere affetto e avranno bisogno di tempo per costruire relazioni di fiducia.

È quindi spesso difficile per i nuovi genitori adottivi tollerare il fatto che il bambino resti interiormente coinvolto con le immagini dei genitori naturali, nonostante questi si siano comportati verso di loro in modo terribile. Non è una situazione in cui il passato può facilmente essere dimenticato, come forse auspicava precedentemente la pratica adottiva. Questi bambini inoltre sono spesso stati nel limbo tra affidi e adozioni e hanno dovuto subire un sentimento di forte incertezza, e va ricordato che anche per i bambini adottati l'incontro con la nuova famiglia avviene in un contesto di perdita. L'elaborazione della perdita della propria famiglia naturale (non solo i genitori, ma spesso i fratelli, gli amici) è complessa perché la famiglia non è stata perduta a causa della morte, ma per trascuratezza, abuso o abbandono – esperienze di perdita difficili da elaborare e metabolizzare.

Molti di questi bambini avranno adottato manovre difensive per proteggersi dai sentimenti di dolore e perdita, e molto spesso i genitori adottivi sperano che basti una casa stabile e amorevole che permetta al bambino di rimarginare le ferite dovute alle perdite precoci. È difficile per molti genitori farsi carico della complessità dell'esperienza del bambino ed è facile per entrambe le parti, genitori adottivi e bambini, idealizzare la formazione di una famiglia: i bambini possono aggrapparsi alla fantasia di incontrare dei genitori perfetti o le coppie possono aggrapparsi alla fantasia di incontrare un bambino perfetto, per cancellare il dolore e le difficoltà che ognuno ha incontrato.

Una famiglia, che ha al proprio centro una coppia coniugale e genitoriale con un buon funzionamento, può essere una risorsa di profonda sicurezza per un bambino. La grande maggioranza di bambini che crescono in una famiglia adottiva non sono stati infatti abbastanza fortunati da aver vissuto questa esperienza con la propria famiglia biologica e molti non avranno conosciuto un padre.

La capacità del genitore di opporsi e sopravvivere agli attacchi, all'ostilità che inevitabilmenteemergerà dopo il collocamento del bambino e i tentativi di dividere la coppia (dato che molti bambini si occuperanno solo di un genitore, fino all'esclusione dell'altro) e rimanere ancora genitori amorevoli, sarà alla fine profondamente rassicurante per i bambini e fornirà loro la base per costruire relazioni più sicure.

Infine vorrei sottolineare che è ormai ampiamente riconosciuto che molte famiglie avranno bisogno di sostegno dopo l'adozione, nel senso che spesso vi è bisogno di aiuto per le difficoltà genitoriali e di sostegno specifico per i bambini. Per ogni famiglia, la transizione alla genitorialità con un figlio sia biologico sia adottivo, "diventare tre", può essere carico di difficoltà; vi sono inevitabilmente perdite così come guadagni; quando un bambino incontra una famiglia, infatti, nascendo o attraverso l'adozione, le speranze e le aspirazioni dei genitori possono spesso entrare in conflitto con l'esperienza reale della genitorialità.

La genitorialità è un'opportunità di sviluppo, ma ci saranno molti fattori di stress, specialmente nelle sfide poste dal contesto dell'adozione di bambini più grandi – e rispetto a ciò penso sia importante tenere a mente la relazione di coppia e, vorrei sottolineare, la coppia non solo nel ruolo genitoriale, ma anche nel modo in cui affronta la transizione. Se, infatti, una coppia può essere aiutata a darsi sostegno reciproco, ciò favorirà la creazione di fondamenta solide per la famiglia.

Note

¹ Il Tavistock Marital Studies Institute (TMSI), erede del Family Discussion Bureau presso la Tavistock Clinic di Londra, sin dagli anni Cinquanta è molto noto a livello internazionale per l'interesse per le problematiche di coppia contribuendo in modo originale ed innovativo ad estendere la prassi psicoanalitica oltre il tradizionale campo psicoterapeutico. Attualmente è stato ri-denominato Tavistock Centre for Couple Relationship mantenendo la tradizione di centro di studio delle dinamiche di coppia in collaborazione con il Servizio sanitario nazionale britannico e con i Tribunali, continuando, inoltre, il lavoro di formazione clinica di psicologi, psicoterapeuti e *social workers* provenienti da tutto il mondo.

² Qui l'autrice si colloca nella prospettiva della psicoterapia di coppia elaborata presso la Tavistock, in cui la relazione di coppia in quanto tale e la sua interiorizzazione va considerata con particolare attenzione come "terzo" rispetto al tema più classico in psicologia dinamica dell'interiorizzazione di una figura materna o paterna. In tal senso cfr., per esempio, il saggio di S. Ruszczynski (ed.), *Psychotherapy with Couples. Theory and Practice at the Tavistock Institute of Marital Studies*, Karnac Books, London 1993; e Ch. Clulow (a cura di), *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia* (2001), Borla, Roma 2003.

Riferimenti bibliografici

- Freud S. (1917), Mourning and Melancholia. In J. Strachey (ed.), *Standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 14. Hogarth Press, London, pp. 243-58.
- Howe D. (1998), *Patterns of Adoption*. Blackwell, Oxford.
- Lanyado M. (2002), Creating Transitions in the Lives of Children Suffering from "multiple Traumatic Loss". In L. Cadwell, *The Elusive Child*. Karnac, London, pp. 93-113.
- Lewis E., Bourne S. (1984), Pregnancy after Stillbirth or Neonatal Death: Psychological Risks and Management. *The Lancet*, 7, pp. 31-3.
- Mahlstedt P. P. (1985), The Psychological Component of Infertility. *Fertility and Sterility*, 43, pp. 335-46.
- Pengelly P., Inglis M., Cudmore L. (1995), Infertility: Couple's Experiences and the Use of Counselling in Treatment Centres. *Psychodynamic Counselling*, 1 (4), pp. 507-25.
- Rustin M. (1988), *Awaiting and Greeting an Adopted Child: A Sort of Pregnancy and Childbirth*. Tavistock Clinic Unpublished Paper, London.
- Slade P., Raval H., Buck P., Lieberman B. (1992), A 3 Year Follow Up of Emotional,

- Marital and Sexual Functioning in Couples who were Infertile. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10 (1), pp. 233-43.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Hillman S., Henderson K. (2003), Attachment Representations and Adoption: Associations between Maternal States of Mind and Emotion Narratives in Previously Maltreated Children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29 (2), pp. 187-205.
- Tollemache E. (1998), The Perspective of Adoptive Parents. *Journal of Social Work Practice*, 12 (1), pp. 27-30.
- Verrier N. (1993), *The Primal Wound. Understanding the Adopted Child*. Gateway Press, Baltimore (MD).

Abstract

This paper focuses on the findings of a Tavistock Clinic project that was looked at the experience of infertility on men, women and their relationship. It also reflects on the complicated issue of mourning infertility and the relevance of this to the adoption process. The substitute family come together in the context of loss and the adoptive parents have usually had to face infertility and the adopted child has a complicated history of loss, which is unlikely to have been digested. The success of the new family will in part depend on whether both parties have been able or are able to mourn and move on to form new relationships. The interests of the birth parents, the adoptive parents and the adopted child need to be held in mind, but there are invariably tensions between their interests. The success of the new family will in part depend on whether both parties have been able or are able to mourn and move on to form new relationships. The interests of the birth parents, the adoptive parents and the adopted child need to be held in mind, but there are invariably tensions between their interests. It's necessary to give support to the couple in the transition to parenthood, because this enable us to lay stable foundations for the new family.

Key words: *couple, infertility, mourning, adoption*.

Articolo ricevuto nel giugno 2005; revisione del marzo 2006.