

DIVENTARE GENITORI : TRA POSSIBILITÀ E LIMITI

Gabriella Belotti

Antonella Convertini

Milano, 27 febbraio 2016

In un'epoca in cui il progresso tecnologico e quello scientifico scandiscono un ritmo del tempo che pare essere inseguito piuttosto che vissuto, i cambiamenti sociali, oggi più di ieri, avvengono prima che questi riescano ad essere riconosciuti ed elaborati. Il tempo in cui viviamo "tempo dell'urgenza" per dirla con Kaës, antepone sicuramente il fare, l'agire al pensiero, costringendo a prendere posizione in ordine a scelte binarie :si/no giusto /sbagliato. Una dimensione questa totalmente estranea alla psicoanalisi che per sua stessa natura dovrebbe rifuggire dalle pretese di egemonie normative e dalle scorciatoie dell'agire anziché tollerare il lavoro complesso del comprendere.

Già l'uso degli anticoncezionali aveva consentito una separazione tra la sessualità e la scelta di procreare, oggi il confronto con la procreazione assistita, la maternità surrogata e più in generale tutte quelle tecniche che offrono la possibilità a coloro che per diverse ragioni non possono procreare, ci pone di fronte a una separazione fra il procreare stesso e la sessualità separando il concepire stesso dall'atto sessuale. Cambiamento profondo che tocca il tema delle origini, aspetto peraltro già presente nell'adozione e che apre la riflessione sul tema del segreto, della propria origine, sul diritto all'appropriazione della propria storia.

Siamo da tempo dentro ad una modificazione dei rapporti fra i sessi, di fronte a configurazioni familiari che mobilizzano modelli diversi da quelli così detti tradizionali(famiglie ricomposte pluriparentali, famiglie dette monoparentali famiglie omoparentali a struttura pluriparentale o biparentale)), dico dentro perché i cambiamenti culturali in cui viviamo come terapeuti, ci comprendono in quanto soggetti di questo tempo, e perché come terapeuti non possiamo, anche se potessimo, starne fuori, poiché allora non saremmo in grado di capire i nostri pazienti. Come poter essere allora all'interno della pratica psicoanalitica presi da una "soggettività della propria epoca" e nello stesso tempo portatori di un pensiero dialettico che la comprende? Laurie Laufer rifacendosi al pensiero di G. Agamben dice che "La contemporaneità porta con sé un certo gioco, una certa sfasatura, a causa della quale l'attualità include al suo interno una piccola

quota di ciò che sta fuori. La posizione politica della psicoanalisi sarebbe allora un pensiero a partire da questo gioco, dallo scarto necessario per permetterne il movimento (Laurie Laufer, 2014). Concetto che mi ha colpito perché in qualche modo mi evoca lo spazio transizionale di Winnicott, dentro e fuori contemporaneamente.

Riflettere su questi cambiamenti sociali può richiedere alcune revisioni, messe in crisi di alcune concezioni delle nostre teorie e della nostre pratiche, ma è la psicoanalisi stessa che si fonda sul continuo e incessante riscontro tra clinica e teoria aspetto che fa della pratica psicoanalitica uno strumento di pensiero e di conoscenza indispensabile. Certo tutto ciò è possibile tenendo fermi alcuni punti irrinunciabili del pensiero psicoanalitico tra cui quello che l'oggetto della psicoanalisi è l'inconscio e che noi ci occupiamo di aspetti inconsci.

“La posizione dell'analista è allora quella dell'equilibrista: preso dalla soggettività della sua epoca e nello stesso tempo al lavoro nell'analizzare i punti ciechi, portatore di una parola singolare e allo stesso tempo intento ad inventare una posizione al margine dei discorsi correnti, che sono lontani dal mondo fantasmatico come indicherebbe l'insegnamento di Freud” (Laurie Laufer, 2014).

I pensieri che seguono e che abbiamo pensato di condividere con voi, vanno quindi in questa direzione, della possibilità di comprendere ciò che accade dentro e fuori di noi e in quello spazio, luogo che si crea dalla loro reciproca relazione (la cultura secondo Winnicott) nella ricerca dell'attribuzione di un senso e di un significato all'esperienza. È questo il motore della ricerca psicoanalitica e non può non essere il filo conduttore del nostro lavoro di psicoterapeuti psicoanalitici.

L'etimologia della parola genitore-chi genera o ha generato- restringe il campo del suo significato: è genitore solo chi genera, il che porta a ritenere non genitore chiunque non sia in grado di generare. “Generare” invece può indicare il processo della genitorialità (Speranza, 2013) che esiste prima del concepimento e ne è l'espressione fondamentale ma non necessaria.. Sempre più quindi dobbiamo parlare di funzioni e assetti mentali. Ma cosa caratterizza la “genitorialità “come funzione”? Secondo Meltzer e Harris (1976), la capacità di: “generare amore; infondere speranza, contenere la sofferenza depressiva, pensare”. Il punto allora che si pone ad una riflessione psicoanalitica, non è tanto o soltanto avere figli, sebbene sterili, o non più fertili, o omosessuali, ma in base a quali esigenze inconsce si può arrivare a volere un figlio, lo si vuole ad ogni costo, in un registro di onnipotenza, di poter avere tutto, in barba ai limiti della realtà, o lo si desidera, arrivando così ad “usare” i mezzi che la scienza ci offre? Ha un senso allora che noi

sentiamo di dover partire dal principio: desiderio o bisogno, domanda alla base di qualsiasi genitorialità. È chiaro che questa domanda comune ad ogni tipo di genitorialità, diventa carica di sofferenze e di significati altri quando per infertilità, sterilità o nel caso di una coppia gay si è costretti a fare i conti con il limite e quindi con un terzo.

Innanzitutto è possibile definire un limite, un confine preciso tra bisogno e desiderio di avere un figlio? La pratica clinica mette in risalto conflittualità ed ambivalenze di fronte alla semplice decodificazione del desiderio di un /a figlio/a, desiderio che sempre ha che fare con il limite, lo scarto, la mancanza.

Possiamo dire che desiderio e bisogno siano difficili da differenziare, infatti in ogni desiderio è nascosto un bisogno e ogni bisogno ha anche un aspetto desiderante, ma ci sono delle discriminanti.

Il bisogno è maggiormente radicato nel corpo, nella mente arcaica, cerca di essere soddisfatto, vuole, pretende, deve avere una risposta positiva. Perché il bisogno si trasformi, possa perdere l'aspetto di minaccia psicofisica, è necessario che ci sia un altro che se ne occupi, che ne riconosca l'esistenza, la legittimità, garantisca la sicurezza della sua soddisfazione. In questo modo la carica pulsionale, rientra in una esperienza emotiva condivisa, nell'ambito relazionale, diventa un'esperienza che si può vivere, su cui si può pensare e ricercare modi realistici di soddisfazione. Per dirla con Freud è il passaggio dal principio del piacere a quello di realtà. Allora nasce il desiderio che non è primario, nasce dalla possibilità di aspettare, lavora al condizionale "vorrei", per cui può trovare strade alternative alla sua soddisfazione. Desiderare lascia spazio alla possibilità di una risposta affermativa o negativa, può tollerare il rischio di un non soddisfacimento, non mette in crisi il senso di esistere, non annulla l'altro se non lo soddisfa. Crea dolore, anche rabbia, ma non rabbia distruttiva. Desiderare è un atto relazionale in cui si è in due, e c'è spazio e consapevolezza dell'esistenza di una distanza tra il soggetto che desidera e la realtà con cui bisogna fare i conti. Desiderare implica il passaggio dal narcisismo alla soggettivizzazione, all'esistere come persona

Nel desiderio di un figlio c'è dunque sempre una componente di soddisfazione di un bisogno, penso a come la gravidanza può rappresentare una grande soddisfazione narcisistica, la donna sente fisicamente ed emotivamente in sé un potere grande, quello di generare, dare vita; occuparsi di un neonato completamente dipendente, oltre al peso della responsabilità e il forte carico emotivo, fa sentire importanti, indispensabili. A livello di bisogni inconsci i genitori attraverso le cure che rivolgono ai figli piccoli si prendono indirettamente cura di proprie parti

fragili che trovano accoglienza ed accudimento attraverso la cura delle fragilità del neonato. Fare figli soddisfa il bisogno di continuità storica e biologica, di lasciare indietro un prolungamento di sé che va oltre la propria morte. Il sentimento infantile di inferiorità rispetto alla grandezza e potenza dei genitori può essere compensato: diventando genitori a nostra volta si gratifica il bisogno di essere finalmente grandi.

Nello stesso modo ci sono mille significati che compongono il desiderio di avere un figlio e che rimandano alla personale possibilità di essere creativi, che possono trovare soddisfazione in modi anche diversi dal figlio concreto.

A questo proposito Yolanda Galli distingue il desiderio di gravidanza, dal desiderio di un figlio e da quello di maternità e paternità, proprio per le differenze significative sul piano dell'investimento narcisistico. Il desiderio di gravidanza andrebbe a coprire vissuti insopportabili di inadeguatezza legati al "non poter concepire" la diversità dai propri genitori, mentre nel desiderio di un figlio e ancor più nel progetto genitoriale sono presenti aspetti di narcisismo di vita legati al senso di continuità di sé e dell'altro (2007).

Ma se al desiderio è collegata un'unica possibilità abbiamo a che fare con l'area del bisogno che non può confrontarsi con l'insoddisfazione, con il limite, con la frustrazione. Se l'identità è fragile, come donna/uomo e come persona, diventa molto difficile potersi confrontare con il non poter avere un figlio, non poter generare, perché ciò è sentito come conferma ulteriore della propria incapacità, della propria inadeguatezza, della propria insopportabile differenza con la propria madre e/o il proprio padre. Se ciò che manca, che si collega alla sterilità, (o alla non possibilità di generare) si aggrega, va a collegarsi ad altri sentimenti di incapacità, di inferiorità, che fanno parte del confronto con la naturale imperfezione dell'essere umano, la sterilità (o la non possibilità di generare) può diventare il sintomo che svela e nello stesso tempo copre una percezione di mancanza-inadeguatezza più grande e più profonda. Allora il bambino diventa un bisogno, un progetto fisso, rigido che serve a sconfiggere il timore della propria impotenza rispetto a ciò che accade, sollecitando modalità difensive che apparentemente rimandano una immagine di sé di grande forza e determinazione (penso all'accanimento nella fecondazione assistita che porta anche sofferenza e disagi fisici, ma che porta anche a dirsi "ce l'ho fatta, ho detto che cela facevo e ce la faccio")

Penso al mio incontro con una coppia che aveva adottato due sorelline dell'America del Sud e che mi viene inviata per un aiuto nel percorso genitoriale. Omissis materiale clinico

Il bisogno dunque quando non è riconosciuto come tale non è negoziabile, non lascia spazio al dialogo interiore. In un certo senso è diventato bisogno forse anche allo scopo di non lasciare spazio alla possibilità di pensare e vivere la mancanza, l'impotenza, proteggendo dal rischio di un crollo depressivo.

Ogni essere umano nasce alla soggettività, se è capace di elaborare la "mancanza di madre", ciò che Racamier chiama "il lutto originario", ("Per lutto originario intendo il processo psichico fondamentale per il quale l'Io, fin dalla propria origine, prima ancora di emergere e fino alla morte, rinuncia al possesso totale dell'oggetto compie il lutto di un'unione narcisistica assoluta e di una costanza dell'essere indefinito e, tramite questo lutto, che fonda le sue stesse origini, opera la scoperta dell'oggetto e del Sé e inventa l'interiorità" Racamier) le capacità generative si collocano in questo spazio fecondo. Questa possibilità di elaborare il lutto, la separazione, consente di pensare, di generare. Se l'attaccamento è invece senza distanza, c'è confusione, sofferenza psichica, a volte psicosi, può accadere che tra il concepire e il generare si crei un collasso per assenza di spazio- tempo e che questo blocco possa creare ostacolo.

I miei pensieri vanno ora ad una mia paziente che in questo momento sta vivendo dolorosamente, (perché suo marito invece desidera un figlio), la sua consapevolezza che lei adesso non desidera un bambino. Omissis materiale clinico Scrive la Cupelloni : "Se nella relazione con la madre il livello di compromissione psichica che la figlia incontra è adesivo, e l'implicito livello di rispecchiamento speculare generato dal fantasma del doppio narcisistico finisce con il produrre uno spazio intrapsichico chiuso, una sorte di riedizione dello spazio intrauterino, si genera un invischiamento. La mancanza di scarto tra il proprio essere e il fantasma materno fa registrare una sofferenza non generativa. Tale mancanza è infatti necessaria per la costituzione di quello spazio interno vuoto, unico presupposto per la costituzione di una differenziazione e di un conseguente processo di soggettivizzazione. ...La realizzazione di tale spazio consente alla madre una distanza adeguata per "riconoscere" nel rispecchiamento l'oggetto altro da sé e per investire in una dimensione aperta su l'oggetto figlio/a" (Cupelloni, 2010)

F ha proposto come organizzatore del desiderio di maternità l'Edipo, oggi la ricerca psicoanalitica più recente consente di ritenere che il blocco del desiderio di maternità si situi nell'area pre-edipica della relazione madre bambina. Nell'area del rispecchiamento dove è presente la dimensione dell'identico, ma che, in una relazione di rispecchiamento fusionale e sim-

biotico, diventa una vera e propria ipoteca per il desiderio di maternità che può rimanere chiuso e soffocato. Un incastro senza via d'uscita, senza terzo.

Penso che spesso quello che spinge, costringe alla ricerca della maternità ad ogni costo sia la non elaborazione del lutto della madre, cioè la non separazione da lei, la rivalità con la madre, l'angoscia di non poter accettare la mancanza, potendo illusoriamente, diventando madre, essere al suo posto, ad averla ancora in modo onnipotente.

Sicuramente per la mia paziente aprirsi ad essere una donna senza figli, come per molte donne, non è facile anche perché siamo state abituate a pensare che essere madri realizzi per eccellenza il destino femminile, che la maternità sia segno di normalità e di maturità, penso sicuramente più per la donna che per l'uomo. Ma a proposito del desiderio di maternità le donne non sono tutte uguali, le forme di maternità nemmeno. Ci sono donne che desiderano essere madri, altre che desiderano non esserlo. Ancora differenze, differenze preziose che parlano anche di diverse fasi della vita di ogni donna, in cui può riconoscere come propri in momenti diversi i due modi diversi di esprimere la propria soggettività.

Il desiderio di avere un figlio segue tempi interiori che non sempre corrispondono ai tempi generativi fisiologici. Ciò è certamente più concreto per la donna che per l'uomo, perché c'è l'orologio biologico come diceva A. quando sentiva l'incalzare del tempo come costrizione a decidere a fare il figlio. Ma nel nostro lavoro nella stanza d'analisi con adulti e anche con i bambini, sempre più ci rendiamo conto che questo tempo interiore è necessario, tempo interiore del singolo, uomo e donna, e della coppia. L'orologio biologico segna ancora un limite, costringe di nuovo ad un lutto, ad elaborare una mancanza, che non significa perdita totale o rinuncia a quell'aspetto creativo e generativo che ha preso vita magari in un momento tardivo rispetto ai tempi biologici. D'altra parte l'orologio biologico, e non parlo solo dell'aspetto della fertilità, del corpo, ma anche della nostra mente, ci costringe a fare i conti con il tempo, con un tempo che passa e scorre lineare, dove c'è passato, presente, futuro, e non può essere bloccato in una dimensione narcisistica circolare di tempo infinito, dove tutto è possibile. Certo il nostro mondo in cui il tempo è schiacciato sull'adesso, sulla realizzazione non facilita questi passaggi, ma tende a dare soluzioni saturanti, attraverso i continui progressi della scienza e la negazione dei limiti, soluzioni che rischiano così di schiacciare l'individuo e la coppia nella dimensione del bisogno e dell'onnipotenza. Desiderare di generare non è così scontato come sembra agli ideali sociali e culturali, ma è un percorso che attraversa tutta la complessità delle ambivalenze che legano ogni

figlio ai propri genitori Desiderare la genitorialità e diventare genitori non è poi coincidente con il rimanere incinta

Diventare genitori è quindi un processo che si realizza in tempi e spazi interni diversi, un processo

dinamico che può sfociare in molteplici situazioni, che vanno dal desiderio di avere un proprio figlio, al desiderio mimetico che sfocia in una sorta di pseudo genitorialità, a forme di genitorialità sublimata, a forme di espressione creativa. Nel lavoro analitico ci occupiamo di uno spazio interno più articolato, a volte ampliandolo a volte costruendolo, che possa accogliere bisogni e desideri senza confonderli. Questo spazio comporta anche un tempo perché questo si realizzi. Spazio e tempo che parlano della complessità delle forme del desiderio.

Integrazione del limite e lavoro del lutto.

Caso Clinico

Ho scelto questo caso perché lo considero particolarmente emblematico e ritengo condensi alcuni aspetti significativi per le riflessioni che vorremmo condividere con voi. Mi rendo conto che può apparire come una situazione piuttosto al limite, forse estrema (sebbene nella mia esperienza non così isolata). E mi rendo anche conto come possa risultare portatrice di una visione piuttosto 'pessimistica' di una realtà che cambia. E non è questo il nostro intento. Credo, però, che ci possa aiutare a riflettere sulla complessità di questi cambiamenti, apprezzandone le potenzialità ma non sottovalutando le aree di rischio, per la coppia stessa e, in prospettiva, per il figlio che dovesse nascere. E che questo tipo di attenzione, quale componente specifica della nostra professione e della nostra formazione, possa essere un contributo utile (e doveroso) in funzione della pulsione di vita che, paradossalmente, potrebbe risultare compromessa anche in un progetto generativo quando la strada intrapresa per realizzarlo non tiene conto della necessità della nostra psiche di elaborare e dei tempi necessari a questo processo.

Nella mia esperienza - che si fonda anche su molti anni di lavoro con coppie adottive - nella maggior parte dei casi la sofferenza viene collegata alla frustrazione per i fallimenti di inseminazione e, comprensibilmente, all'elevato costo psico-fisico delle stimolazioni ormonali e degli interventi di impianto. All'oscillazione tra speranza e delusione che si ripete troppo volte. In alcuni casi prende forma da queste sofferenze il riconoscimento di un proprio limite oltre il quale non è più possibile andare e la conseguente decisione di fermarsi. Ma non sempre è quello che

avviene, tanto più in un contesto medicalizzato e improntato all'agire e che può alimentare, a causa di queste caratteristiche, l'accanimento quale difesa coattiva per proteggersi dal dolore mentale. E può alimentare inoltre, rendendole sempre più rigide, modalità difensive di tipo dissociativo. Questo rischio è reso particolarmente elevato dalle caratteristiche, prima citate, dei cambiamenti avvenuti in ambito sessuale e procreativo, che rendono possibile separare la procreazione dalla sessualità. E dagli aspetti prevalenti nelle procedure di PMA, che si esprimono sul corpo attraverso interventi intrusivi, intensificando il bisogno difensivo della e nella coppia. (Mi viene in mente un uomo che, riferendo l'esperienza vissuta con la moglie in un percorso di PMA diceva, con intento affettuoso ma con un distacco di cui non si rendeva conto : “lei produce dei bellissimi embrioni, ma poi, dopo l'impianto, non riesce a tenerli “.)

Nella storia di Carlo e Anna, oltre all' accanimento, la dissociazione è molto evidente e si esprime drammaticamente nell'isolamento, che li rende sempre più soli, e nella necessità di custodire il segreto della sterilità, nel presente e nel futuro. Ma qual è il significato profondo di questo segreto ? Quale la sua qualità? Quali i suoi costi?

Inoltre per questa coppia è avvenuto il passaggio dalla fecondazione omologa a quella eterologa apparentemente senza soluzione di continuità. Nella mia esperienza, fino ad oggi, questa possibilità a un certo punto proposta dai medici, ha costituito per alcune coppie il limite che hanno sentito di non poter superare. Ma per Carlo e Anna non è stato così. L'imprecisione del ricordo (2/3 tentativi, forse 4, di eterologa e un numero imprecisato di omologa in precedenza) mi sembra un ulteriore aspetto della dimensione dissociativa nella quale la coppia è stata immersa, ma anche una pesante espressione di una perdita di soggettivazione.

Caso Clinico

Sappiamo quanto misurarsi con i limiti risulti per noi tutti una esperienza dolorosa e la ricerca psicoanalitica ci riporta di continuo alla complessità del lavoro psichico necessario all'accettazione di essi. Ma ne riconosciamo anche il valore protettivo e necessario a un buon equilibrio interno che passa attraverso un sufficiente accordo con i propri bisogni e l'esame della realtà. Si tratta di un lavoro integrativo molto difficile perché non può prescindere da una perdita e che si iscrive nell'area del lutto. E questa è la condizione che, pur con le differenze relative alle diverse storie e alla diversità delle persone, connota inevitabilmente ogni percorso di PMA. Il più delle volte prende avvio da una condizione di sterilità o di infertilità. Non sono infrequenti precedenti esperienze di aborti spontanei, a volte ripetuti. Ho in mente anche situa-

zioni di infertilità successive ad aborti volontari. E situazioni di una ricerca di una nuova gravidanza, in età avanzata, dopo la morte di un figlio.

Sappiamo anche che in un percorso di PMA è alta la frequenza dei fallimenti ed inevitabile che ogni fallimento ricada a sua volta nell'area del lutto, come perdita di una speranza (o anche di una idealizzazione), come perdita di un diritto biologico (Vigneri, 2011), come perdita di una possibilità. E come questa possa attenersi al piano del desiderio (che rende possibile un investimento oggettuale) ma anche a un piano dove predomina il bisogno (che risponde alle esigenze del narcisismo primario). In queste situazioni il lavoro del lutto può risultare fortemente ostacolato, evitato o bloccato, con il rischio di derive patologiche.

In "Lutto e malinconia" (1915) Freud descrive il lavoro del lutto come una reazione inevitabile alla perdita di un oggetto amato, che può essere una persona ma anche 'un'astrazione che ne abbia preso il posto', o un ideale. È un lavoro della psiche che, con l'aiuto dell'esame di realtà, permette un progressivo disinvestimento della libido dall'oggetto perduto. La libido, una volta resa libera, potrà essere utilizzata per investire nuovi oggetti d'amore. Di questo processo, lungo e doloroso, fa parte inevitabilmente e per un certo periodo una perdita di interesse per il mondo esterno. Questo quadro coincide in tutto e per tutto con una condizione malinconica, con un'unica fondamentale differenza: nella malinconia è presente un "avvilimento del sentimento di sé" che nel lutto solitamente non c'è. "Nel lutto il mondo risulta impoverito e svuotato, nella malinconia impoverito e svuotato è l'Io stesso".

Racamier (1992) sviluppa questi concetti nella direzione della *fattibilità* del lutto da parte di una persona. Collega questa capacità di affrontare successivi lutti nella vita alla qualità della elaborazione del "lutto originario", considerandolo una sorta di 'precursore'. Quando questo percorso risulta disturbato, potrà derivarne non solo l'incapacità dell'Io di affrontare lutti futuri, ma anche di *formare una depressione*. Inoltre questa incapacità non resterà fine a sé stessa, ma comporterà conseguenze nell'ambiente circostante. "Una legge che non conosce eccezioni vuole che ad ogni colpa o pena della psiche corrisponda un lavoro che spetta all'Io. Questa legge si applica evidentemente al lavoro del lutto. Ne risulta come corollario che ogni lavoro rifiutato dall'Io peserà su altre spalle e altre persone. Nel frattempo il peso si moltiplicherà". Sviluppa poi da qui il concetto di 'trasporto del lavoro psichico', non necessariamente patologico ma che può diventarlo attraverso una dinamica di *espulsione* del lutto fondata sul diniego e la scissione. (Concetto che ritroviamo in Kaës quando, definendo il concetto di 'trasmissione psichica tra generazioni' individua nella formazione di cripte e fanta-

smi la espressione di un *'non- lavoro'* della trasmissione psichica). (caso di Gabriella, b/a e bambolotto).

Nella storia di Anna e Carlo mi pare che questi temi siano presenti con molta evidenza: la sterilità, la ricerca di una *'soluzione'* . L'agire compulsivo e il progressivo isolamento, la necessità estrema di mantenere il segreto esprimono la profonda difficoltà di affrontare il lutto (più lutti), continuamente rinnovati dai ripetuti fallimenti di fecondazione subiti e ricercati proprio nel tentativo di evitarlo. Andando avanti potremo parlare anche della vergogna, della crisi identitaria, del sentimento di diversità.

Non mi sembra un caso che per Anna si apra uno spazio di pensiero avvicinandosi alla possibilità di una adozione. Ritengo che abbia avuto un peso determinante la possibilità di pensare a un bambino, di pensare che adottare vuol dire voler essere genitori, diventandolo, di un bambino esistente, sebbene in un altro luogo. Questo ha permesso, in questo caso, la presa di coscienza per Anna di un intenso desiderio, diventato bisogno imprescindibile, di gravidanza. Aveva perso di vista il figlio, il bambino.

È per me inevitabile pensare alla adozione e ai percorsi adottivi in un contesto in cui riflettiamo su forme diverse di genitorialità e sulle diverse modalità per diventare genitori. Oggi siamo arrivati a poter definire l'adozione come una genitorialità sociale e il lavoro e l'esperienza in questi anni di famiglie e operatori ci permettono un discreto monitoraggio longitudinale, che tiene conto dei successi(se l'adozione non funzionasse non avrebbe senso) ma anche dei fallimenti (drammaticamente eclatanti ma anche, altrettanto drammaticamente, nascosti o mascherati). La legge sull'adozione è stata modificata nel tempo e molto è cambiata anche la modalità di approccio a questa esperienza. Le prime adozioni nascevano sul segreto, agevolato dall'affidamento di bambini molto piccoli e italiani. Questo avveniva perché tutti pensavano che fosse più *'naturale'* così e anche più protettivo del bambino. Sappiamo purtroppo delle conseguenze molto gravi che hanno comportato alcune acquisizioni della *'verità'* tardive e spesso casuali, in alcuni figli adottati. Oggi siamo tutti consapevoli di quanto il problema delle origini, che include la ferita dell'abbandono, sia la componente principale sottostante ogni adozione, sia riuscita sia fallita. E non a caso nel lavoro richiesto dai TM negli iter adottivi (pensati non certo per ostacolare la disponibilità delle persone ma per favorire la riuscita, per quanto possibile, dell'adozione stessa a tutela del bambino e della stessa coppia) alcune aree vengono ormai ritenute necessariamente da esplorare : quella del lutto e quella della *'rivelazion È'*(che attiene al segreto) sono tra queste. Nei casi di fallimento che ho avuto modo di seguire ho sempre ritrovato

dei lutti non affrontati, incistati o espulsi, e sempre il bisogno di gravidanza (nei termini descritti nella prima parte della relazione) rimasto immutato nel tempo.

La L. 184/83 è pensata a tutela del bambino. Si basa sul diritto del bambino di avere una famiglia e non ha l'obiettivo di garantire un diritto alla genitorialità. Regola le condizioni che possano rendere possibile, attraverso l'adozione, la formazione di una famiglia, con uguali garanzie sociali e affettive di ogni famiglia biologica. E questo può avvenire pienamente se al bisogno del bambino (di avere dei genitori) corrisponde il bisogno della coppia (di avere un figlio). Non si può prescindere da questo. Fare domanda di adozione non garantisce però il diritto di poter diventare genitori.

L'ambito della PMA non è certamente sovrapponibile totalmente. Ha peculiarità e complessità proprie, in parte già individuabile ma per tanti altri aspetti ancora da scoprire. Il fattore tempo è una variabile importante, ma il presente è già abbastanza articolato e ricco di elementi su cui riflettere, sia in una prospettiva clinica che in quella preventiva.

Perché si parla sempre più spesso del diritto di ogni coppia e di ogni essere umano di avere un figlio? Come mai lo consideriamo un diritto?

C'è il rischio, a nostro parere, in questa fase sociale connotata da significative e veloci trasformazioni, innovazioni e importanti nuove possibilità, giustamente animata in questa direzione, di confondere livelli differenti. Per esempio confondere i diritti civili delle persone di vivere la propria affettività e di realizzare il bisogno di una famiglia, potendo contare su un maggiore riconoscimento sociale e sicurezza giuridica, con l'aspirazione a diventare genitori. Naturalmente ben vengano gli aiuti che la ricerca scientifica può offrire oggi e nel futuro. Ma questo non vuol dire garantire un diritto. Altro è quello che psicologicamente può provare una persona che, desiderando un figlio, non può averlo. E spesso viene sentita questa impossibilità come la sottrazione di un diritto. Ma qui siamo nell'area del lutto, come ci insegna la psicoanalisi e la nostra esperienza professionale. Così come conosciamo i rischi della negazione e di ogni modalità difensiva orientata a bypassare il dolore mentale che l'integrazione di un proprio limite comporta. E come le conseguenze di tutto questo possano ricadere sulle generazioni future.

Pensiamo, in sostanza, che ci sia molto da lavorare, anche in forma interdisciplinare, all'interno di questo grosso processo trasformativo che coinvolge tutti. E che, come psicoterapeuti psicoanalitici, abbiamo la possibilità di dare un contributo significativo sia attraverso il nostro lavoro clinico sia attraverso la nostra partecipazione al dibattito in atto.