



Università della Valle d'Aosta
Université de la Vallée d'Aoste

Dipartimento di Scienze umane e sociali
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Anno Accademico 2025/2026

Tesi di laurea

**Infertilità psicogena: rappresentazioni del materno e
risvolti psicologici**

Relatrice

Prof.ssa Ferro Laura

Candidata

Rossini Sara

Matricola 23 D03 565

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - CHE COS'È L'INFERTILITÀ	3
1.1 Infertilità: definizione e prevalenza.....	3
1.2 Eziologia.....	4
1.2.1 Le cause psicologiche inconsce.....	5
1.3 La interrelazione mente-corpo nell'infertilità.....	7
1.4 Infertilità psicogena	8
CAP. 2 – LA MATERNITÀ INTERIORE: L'ARCHITETTURA PSICHICA DEL MATERNO E LE SUE VARIANTI.....	13
2.1 Infertilità e identità femminile.....	13
2.1.1 I diversi profili psicologici femminili nell'infertilità.....	15
2.2 La transizione alla maternità: lo sviluppo interrotto della generatività	16
2.3 La costruzione psichica del materno: la maternità interiore.....	18
2.4 La trasmissione transgenerazionale del materno	20
2.5 Rapporto con la figura materna e infertilità.....	21
CAP 3 – L'IMPATTO E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DELL'INFERTILITÀ NELLA DONNA	24
3.1 La fase iniziale di scoperta dell'infertilità	24
3.2 Il lutto e la sua elaborazione	27
3.3 Il rifiuto e la negazione.....	30
3.4 La rabbia e l'isolamento	31
3.5 Il concetto di perdita di controllo	32
3.6 Discrepanze dell'identità	34
CONCLUSIONE	39
BIBLIOGRAFIA.....	41
SITOGRAFIA.....	44

INTRODUZIONE

L'infertilità rappresenta una condizione di profonda complessità, la cui fenomenologia scavalca i meri confini biologici per configurarsi come un fenomeno bio-psico-sociale totalizzante.

L'interesse verso questa tematica scaturisce, a livello personale, da una paura profonda legata alla minaccia di mancata generatività futura. La scelta di focalizzare l'indagine prevalentemente sul vissuto femminile e quindi sulla figura della donna nasce pertanto sia da un moto di rispecchiamento in quanto figura femminile, sia da un oggettivo riscontro nella letteratura scientifica di riferimento, la quale si è orientata prevalentemente sulle dinamiche intrapsichiche della donna. A tal proposito la domanda di ricerca a cui questo elaborato intende rispondere è: “in che modo l'infertilità, specie quella psicogena, si inserisce nel mondo interno femminile, in che modo impatta sulla struttura interiore della donna e sulla sua progettualità futura e quali sono le principali conseguenze psicologiche ed emotive a seguito della diagnosi?”

Considerando però la natura complessa di tale condizione in cui la mente e il corpo si influenzano reciprocamente, risulta utile tracciare prima di tutto i confini clinici del disturbo di infertilità.

Per tale ragione, a livello metodologico, prima di analizzare il nucleo centrale della dissertazione ovvero le dimensioni intrapsichiche e le implicazioni dell'infertilità sulla donna, ho ritenuto necessario costruire una cornice teorica che potesse analizzare i correlati eziopatogenetici, i parametri di prevalenza e le dinamiche di interrelazione psicofisica che governano tale condizione.

Nel primo capitolo, infatti, vengono esaminate le definizioni cliniche del disturbo e i relativi dati epidemiologici, per poi approfondire i molteplici fattori eziologici coinvolti. Particolare attenzione viene anche rivolta alle componenti psicologiche inconsce, le quali, in virtù dell'interrelazione mente-corpo, possono agire sia come correlati della sofferenza somatica, sia come determinanti eziologiche, configurando così il quadro dell'infertilità psicogena.

Muovendosi da tali premesse, la presente dissertazione si propone di esplorare l'impatto dell'infertilità sulla psiche femminile, ponendo al centro dell'analisi il concetto di “maternità interiore”. La transizione alla genitorialità non è da considerarsi come un semplice passaggio biologico ed evolutivo ma anche come l'esito di una complessa strutturazione psichica del materno. Nel secondo capitolo verrà pertanto approfondito lo sviluppo di questa architettura psichica, richiamando così i concetti di trasmissione transgenerazionale e interiorizzazione del rapporto con la propria figura materna.

L'infertilità si inserisce in questo scenario come un evento traumatico che arresta lo sviluppo della generatività, frammentando l'identità femminile e costringendo l'apparato psichico a una profonda riorganizzazione che si declina in una pluralità di risposte.

Sono proprio quest'ultime il fulcro del terzo capitolo della dissertazione, all'interno del quale, l'attenzione si sposta proprio sull'analisi delle conseguenze psicologiche e delle risposte emotive che caratterizzano il vissuto della donna, e più in generale di chiunque si raffronti con esperienze di infertilità, a seguito della diagnosi.

Partendo dalla destabilizzazione della fase iniziale di scoperta, il percorso si snoda approfondendo i meccanismi di difesa del rifiuto e della negazione, fino alle manifestazioni di rabbia ed isolamento sociale. In quest'ottica, l'esperienza di infertilità viene analizzata come un vero e proprio lutto psicologico, un lutto "senza corpo", che scardina il senso di controllo di ciascun individuo e genera profonde discrepanze identitarie.

Attraverso l'integrazione di modelli teorici e dei contributi della letteratura scientifica di riferimento, il seguente elaborato si pone l'obiettivo di offrire una lettura approfondita e multidimensionale del disturbo di infertilità, focalizzandosi maggiormente sulla sua dimensione psichica. L'intento è quello di far luce sulla realtà interna delle donne colpite da questa diagnosi, analizzando come l'impossibilità di concepire generi una complessa crisi emotiva, provocando una frattura nell'immagine del Sé e alterando la percezione della propria traiettoria di vita.

CAPITOLO 1 - CHE COS'È L'INFERTILITÀ

1.1 Infertilità: definizione e prevalenza

Sempre più frequentemente, uomini e donne cercano invano di avere un figlio sottoponendosi a esami di ogni tipo. In quest'ottica la medicina ha fatto enormi progressi sul campo della diagnosi e della cura ma, quando si è di fronte all'infertilità sine causa, è necessario analizzare anche i vissuti psichici, cognitivi ed emotivi, ad essa collegati (Fantini, 2011).

In quest'ottica, affrontare quindi il tema dell'infertilità significa riconoscerla come una complessa manifestazione di estrema interrelazione tra mente e corpo dove l'interpretazione dei processi psichici assume un ruolo centrale.

Prima di poter addentrarsi nell'analisi di dinamiche profonde e conflitti sottostanti, è fondamentale conoscere l'oggetto di studio, ovvero conoscere che cosa significa effettivamente la parola infertilità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce come:

«una patologia dell'apparato riproduttivo maschile e/o femminile, definita come l'incapacità di concepire dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari e non protetti» (Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Aver inserito come termine convenzionale un anno, è riconducibile al fatto che la probabilità di una coppia di concepire al primo tentativo è pari al 25% mentre alla fine di un anno arriva al 90%. Superato questo periodo la possibilità di concepire diminuisce ma non si azzerava; dopo un anno si riduce a meno del 50% e dopo cinque anni le possibilità di concepire sono pari al 3% (Froggio, 2000).

Sotto il profilo del paradigma bio-medico, la nosografia classica opera delle diversificazioni categoriali, distinguendo tra:

- Infertilità primaria: donne e uomini che non hanno mai concepito in precedenza;
- Infertilità secondaria: donne e uomini che hanno già avuto uno o più concepimenti ma che non riescono più ad averne;
- Infertilità maschile: la causa dell'infertilità è da ricondurre all'uomo;
- Infertilità femminile: la causa dell'infertilità è da ricondurre alla donna;
- Infertilità mista: la causa dell'infertilità risiede in entrambi i partner (Nik Hazlina et al., 2022).

Risulta utile evidenziare come il fenomeno dell'infertilità vanti di una diffusione epidemiologica tutt'altro che trascurabile.

A conferma della rilevanza di questo fenomeno, come evidenziato nel manuale di Fantini (2011), le stime attuali riportate dall'OMS indicano come le coppie con problemi di fertilità rappresentino il 20% della popolazione globale. A livello europeo il tasso di fertilità, ovvero la media di figli per ogni donna in età fertile, è circa 1.5 bambini per donna.

In questo scenario, l'Italia si configura come uno dei Paesi con tassi più bassi in tutta Europa con una media di 1,3 figli per donna. In maniera più approfondita, il 30% delle coppie italiane che si sposano, ovvero 48.000 delle 240.000 coppie, ha difficoltà ad avere figli già solo dopo due anni di matrimonio (Fantini, 2011).

1.2 Eziologia

Secondo i dati raccolti dal Registro Nazionale sulla Procreazione Medicalmente Assistita, le cause di infertilità e quindi la responsabilità della patologia può essere così distribuita:

- Infertilità femminile: 35.5%
- Infertilità maschile: 35.4%
- Infertilità maschile e femminile: 15%
- Infertilità idiopatica: 13,2%
- Altro: 1% (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

I fattori eziologici alla base dell'infertilità sono però molteplici e di diversa natura; per alcune di esse si può intervenire con terapie adeguate e cure farmacologiche, per altre si ricorre alla procreazione medicalmente assistita; non escludendo il fatto che un ruolo fondamentale viene svolto dalla prevenzione e dall'informazione sull'argomento in modo da poter individuare precocemente le cause e quindi agire tempestivamente.

A tal proposito, la classificazione proposta da Fantini (2011), suggerisce di suddividere le cause in undici macro-tematiche:

1. Inquinamento ambientale
2. Inquinamento alimentare
3. Aumento dell'età matrimoniale
4. Aumento dell'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare
5. Incremento delle malattie a trasmissione sessuale
6. Incremento della sterilità da causa maschile
7. Fattori iatrogeni (in particolare l'uso di psicofarmaci e/o droghe)
8. Abuso di alcool
9. Fumo

10. Stress e patologie psicologiche e comportamentali

11. Urbanizzazione ed affollamento demografico

Tra le cause, come si può vedere, la penultima fa riferimento a stress e patologie psicologiche; quando la causa è proprio quest'ultima allora si parla di infertilità psicogena ovvero quel tipo di infertilità che è determinata da problematiche psicologiche inconsce (Fantini, 2011).

1.2.1 Le cause psicologiche inconsce

L'infertilità psicogena, come detto precedentemente, viene definita come, nonostante l'assenza di patologie organiche manifeste, l'inibizione della capacità riproduttiva a fronte di disagi psichici e conflitti inconsci. Non è però da considerarsi una sindrome psicopatologica, né tantomeno una malattia mentale, bensì un conflitto psicologico inconscio che si esprime a livello somatico (Froggio, 2000).

Uno studio condotto da due psicoanalisti, Christie e Pawson (1987), evidenzia come i conflitti di tipo inconscio che scaturiscono problemi di fertilità si dispongono su tre livelli:

- Conflitto psicologico lieve: si presenta quando i problemi di concepimento sono temporanei e la gravidanza avviene tendenzialmente dopo il processo diagnostico;
- Conflitto psicologico medio: in questo caso si tratta di problemi di fertilità più severi che si verificano quando la donna vive un conflitto intrapsichico tra il desiderio di avere un figlio e l'attrazione verso altre mete personali o professionali vissute in quel momento come maggiormente soddisfacenti;
- Conflitto psicologico grave: il concepimento in questo caso è ostacolato da paure inconsce per la gravidanza o per la maternità che vengono vissute come un pericolo per l'integrità psicologica della persona stessa.

Quest'ultimo viene considerato come il conflitto più frequente nelle donne con infertilità psicogena (Christie & Pawson, 1987).

Uno dei fattori eziologici maggiormente indagati dalla letteratura scientifica in relazione alla difficoltà riproduttiva è senza dubbio lo stress. Per comprendere come la tensione prodotta dallo stress si traduce in un impedimento biologico, la letteratura e la ricerca scientifica hanno introdotto un costrutto clinico di grande interesse: l'alessitimia.

Questo termine, che letteralmente significa "mancanza di parole per emozioni", fu introdotto per la prima volta dallo psichiatra Sifneos (1973) e si configura come l'incapacità di narrare ed esprimere i propri sentimenti e le proprie emozioni.

L'alessitimia non rappresenta solo un limite comunicativo ma anche una difficoltà nel gestire le emozioni e lo stress psicologico. Le persone che hanno questo tratto di personalità non riescono a scaricare lo stress con le parole e quindi somatizzano la tensione che rimane incapsulata nel corpo (Capece & Ferraioli, 2025).

La rilevanza di questa dinamica nel campo dell'infertilità è stata confermata da numerosi studi, in particolare quello di Kakatsaki et al. (2009) e Lamas et al. (2006), che evidenziano come le donne infertili abbiano livelli di alessitimia molto più alti rispetto alle donne fertili.

In questa prospettiva, tale evidenza suggerisce una stretta connessione tra psiche e sistema riproduttivo. Per questi autori le emozioni non trovano legittimazione e si tramutano in uno stress cronico, il corpo interpreta questo segnale come un pericolo interno e quindi, a livello organico, essere soggetti a forti situazioni stressanti, comporta l'alterazione delle secrezioni di ormoni che inibiscono e disequilibrano il sistema riproduttivo (Gourounti & Giannikaki, 2021). Nello specifico, Kalantaridou et al. (2009) hanno evidenziato come l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), quando è attivato da stress, esercita un effetto inibitorio del sistema riproduttivo. In particolare, lo stress non colpisce direttamente le gonadi bensì il centro di comando situato nel cervello ovvero l'ipotalamo e l'ipofisi. L'interferenza che si crea tra stress cronico e inibizione del sistema riproduttivo, si manifesta attraverso una cascata ormonale che agisce secondo due livelli:

1. Livello ipotalamico: l'ormone CHR, rilasciato in situazioni di allerta quindi in situazioni stressanti, agisce come soppressore dell'ormone GnRH che è l'ormone rilasciante le gonadotropine ovvero gli ormoni che portano le istruzioni per attivare la fertilità. Con livelli alti di CHR, la secrezione di GnRH viene inibita o alterata portando quindi alla sospensione della funzione procreativa;
2. Livello ipofisario: contemporaneamente, l'attivazione dell'asse dello stress fa produrre glucocorticoidi, come ad esempio il cortisolo, che interferiscono con l'ipofisi anteriore e quindi con il rilascio dell'ormone LH che è fondamentale per l'ovulazione. In questo senso viene ridotta la produzione di estrogeni e quindi viene ostacolata la maturazione di follicoli.

È stato analizzato inoltre, come l'ormone CHR, non agisce solo a livello cerebrale ma sia situato anche nei tessuti riproduttivi come ovaie e utero compromettendo così la ricettività dell'endometrio e rendendo difficile l'impianto dell'embrione (Kalantaridou et al., 2004).

Risulta evidente quindi come vissuti emotivi, quali in questo caso, fattori stressogeni possano comportare l'alterazione del naturale ciclo biologico.

L'eziologia dell'infertilità, quindi, non può essere considerata esclusivamente di natura organica o di natura psicogena bensì di natura mista, in cui il fattore dello stress gioca un ruolo fondamentale, essendo esso un fattore interattivo.

1.3 La interrelazione mente-corpo nell'infertilità

In una prospettiva psicologica, quindi, non si può considerare l'infertilità come mera assenza di funzionalità organica, bensì come una manifestazione somatica che interroga la totalità della persona. In questo senso, il corpo smette di essere un meccanismo isolato e diventa parte inscindibile di manifestazione di conflitti psichici e vissuti identitari non elaborati.

Già Ippocrate, fondatore della scienza medica, sosteneva che l'infertilità era legata a fattori psicosomatici; riteneva dunque necessario vivere in armonia con sé stessi e con gli altri per poter generare.

Le ultime scoperte evidenziano come, all'interno degli organi, vi sia una forma di intelligenza e che la mente e il corpo siano un insieme inseparabile. Il rapporto mente-corpo viene così inteso come biunivoco; non solo il corpo influenza il cervello ma è anche quest'ultimo ad apportare modifiche sul corpo stesso (Kalantaridou et al., 2004).

A tal proposito il Programma Mente/Corpo per l'Infertilità messo a punto da Alice D. Domar, creato e lanciato nel 1987, ha evidenziato come gli interventi psicologici per i pazienti infertili possono migliorare notevolmente gli esiti psicologici e le relazioni coniugali e, di conseguenza, aumentare le possibilità di gravidanze.

Il Programma è strutturato in dieci sessioni, due delle quali sono sessioni di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) in cui ci si concentra su quanto l'importanza del pensiero possa influenzare le nostre emozioni e le nostre azioni. Vengono messi in discussione schemi mentali automatici come “Non avrò mai un figlio”, “L'infertilità è tutta colpa mia” oppure “Mio marito mi lascerà per una donna fertile”.

In generale, vengono proposte settimanalmente ai partecipanti tecniche diverse su cui lavorare tra cui poter scegliere e poi decidere di praticare quelle che più ritengono utili per loro; esempi possono essere il rilassamento muscolare progressivo, la meditazione, l'immaginazione guidata o la scrittura espressiva.

Per valutare l'efficacia del Programma Mente/Corpo sono stati condotti studi clinici randomizzati controllati (RCT) da cui è emerso come i partecipanti mostravano livelli di stress significativamente inferiori e un tasso di gravidanza più elevato rispetto al gruppo di controllo (Rooney & Domar, 2018).

Risulta quindi evidente come la componente psicologica debba essere integrata a quella strettamente medico-biologica in un'ottica di approccio multidisciplinare.

Come teorizzato da Fantini (2011), il cervello è il più sofisticato modello psicosomatico e che la psiche e il corpo (nello specifico, le gonadi) sono collegati da due sistemi cuscinetto che sono le emozioni e gli ormoni. La psiche comunica le informazioni al corpo attraverso le emozioni e viceversa, il corpo informa il cervello rilasciando ormoni. Il punto di contatto in cui avvengono gli scambi di messaggi è costituito da migliaia di sostanze chimiche dei centri nervosi che formano una rete su cui oscillano informazioni.

All'interno della medesima trattazione, Fantini (2011), riporta diverse testimonianze a supporto di tale interconnessione psicosomatica. Tra queste viene citata la posizione di Sylvian Mimoun, presidente delle Società di ginecologia e ostetricia psicosomatica, il quale conferma come la guarigione da infertilità non è sempre spiegabile razionalmente e che quindi è necessario tener conto della componente psichica che ha una rilevanza inalienabile.

Allo stesso modo, l'autrice evidenzia quanto riportato dal *Quotidien du medicin* il quale afferma che, sebbene la medicina venga in soccorso delle coppie infertili, si rende necessaria un'indagine sulla psiche nei casi in cui il corpo sembra opporsi alla procreazione e resiste ai trattamenti.

A conferma di tale complessità, gli studi clinici riportati dall'autrice indicano che il 15-20% delle cause di infertilità ha un'origine sconosciuta dal punto di vista medico (Fantini, 2011).

Dall'analisi di tali premesse è bene inserire l'infertilità in una prospettiva psichica, riconoscendo la possibilità che questi due livelli, quello mentale e quello corporeo, si influenzino reciprocamente; affermando che ogni infertilità ha un risvolto psicologico e alcuni tipi di infertilità possono avere come causa le modalità mentali con cui ci si approccia alla gravidanza.

1.4 Infertilità psicogena

Alla luce di tutte queste considerazioni, laddove le indagini cliniche non rilevino cause organiche manifeste, emerge il quadro dell'infertilità psicogena.

A partire dagli anni 40 del Novecento si è iniziato a parlare di ipotesi psicogena di infertilità facendo riferimento a una condizione derivante da conflitti psichici.

Come esaminato nel manuale di Froggio (2000), i primi studiosi che si sono interessati del fenomeno lo hanno studiato principalmente in riferimento alla sfera femminile ed erano convinti che all'interno delle donne si scontrassero due tendenze opposte e che tra le due, quella

inconscia fosse la più forte. Le donne avevano, secondo tali studi, a livello conscio il desiderio di avere un figlio e a livello inconscio la paura della riproduzione e il rifiuto della maternità. Questo secondo aspetto era talmente forte che ostacolava il corretto funzionamento dei ritmi fisiologici (Froggio, 2000).

La psicoanalista tedesca Helene Deutsch (1991) ha tentato di spiegare il perché di tutto questo ovvero quali potevano essere le origini di queste paure.

La risposta l'ha trovata nel *senso di colpa* identificandolo come un qualcosa che risiede nelle regioni più profonde della natura psichica. A detta della ricercatrice, ogni donna sviluppa nella sua vita il desiderio di diventare madre ma, al tempo stesso, prima che sorga questo desiderio, la donna ha dentro di sé una paura confusa che è quella di non poter avere un figlio. Questa paura risiede nelle angosce sperimentate nell'infanzia e serve a soddisfare le cosiddette tendenze psichiche all'autopunizione.

Questo concetto è estremamente legato alla visione freudiana della paura di castrazione che, nella donna, si traduce in paura di morire nel parto. Se quindi, durante l'infanzia, il bambino ha paura di perdere il proprio organo genitale inteso come proibizione dei propri desideri proibiti, per esempio verso la madre; nelle bambine l'angoscia di castrazione comporta, non essendoci nulla da perdere a livello fisico, la preoccupazione che il proprio potere generativo venga danneggiato.

Partendo da questa visione freudiana, Helene Deutsch (1991) sostiene che se la bambina nell'infanzia ha sperimentato forti sensi di colpa, da adulta potrà vivere questo meccanismo di auto-punizione dove la paura di morire di parto si sposta sugli organi genitali che inconsciamente decidono di "non funzionare" (Deutsch, 1991).

Secondo questa prospettiva quindi l'infertilità viene interpretata come risposta somatica ad un'angoscia profonda che è legata al senso di colpa infantile.

Proprio partendo da questo quadro psicoanalitico, il conflitto tra desiderio di maternità e senso di colpa può essere analizzato attraverso la dinamica degli Stati dell'Io. In quest'ottica la fertilità non è solo un processo biologico ma è il risultato di un dialogo equilibrato tra gli Stati dell'Io. È chiaro come la fertilità si presenti quando l'individuo diventa adulto ovvero quando raggiunge un livello di maturità tale per cui sia in grado di assumersi responsabilità e vivere in maniera autonoma, staccandosi dalla simbiosi con i propri genitori e diventando capace di guidare una nuova vita (Foggio, 2000).

A tal proposito, secondo la teoria dell'Analisi Transazionale elaborata da Eric Berne (1961), questa maturità psicologica è strettamente legata alla strutturazione e al buon dialogo di tre parti psichiche; i tre Stati dell'Io (Erskine, 2014). Nello specifico:

- Un Genitore: utile per offrire al bambino sia una buona cornice normativa che un adeguato accoglimento affettivo.
- Un adulto: per supportare le fragilità dell'Io del bambino laddove sia necessario;
- Un bambino: capace di comprendere e di donare, in un'ottica empatica con l'altro.

Solo se questi tre Stati sono ben individuati e in buona relazione tra di loro allora si potranno accogliere i bisogni e le necessità dell'altro e si sarà in grado di essere il buon esempio per un bambino futuro. La maturità, quindi, consiste nella buona strutturazione e nel corretto dialogo tra i diversi Stati dell'Io, in questo modo si avranno delle buone basi per la fertilità.

Al contrario, una carente strutturazione di questi Stati può tradursi in diverse forme di infertilità psicogena. Non è necessario che tutti e tre gli Stati siano compromessi, molte volte può capitare che anche solo uno Stato sia "imprigionato" perché si verifichi un blocco organico. Di seguito vengono analizzati degli esempi di situazioni in cui questo è possibile:

- Stato Genitoriale imprigionato: la donna che pensa a vivere in maniera autocentrata e non si apre alla visione di essere madre perché odia quel ruolo imprigiona il suo Stato Genitoriale;
- Stato Adulto imprigionato: un uomo che è succube di un ambiente autoritario e si concede solo brevi periodi di svago imprigiona il suo Stato Adulto critico;
- Stato Bambino imprigionato: una donna che è legata all'iper-perfezionismo e che cerca di dare tutto all'altro trascurando sé stessa imprigiona il suo Stato di Bambino libero.

Queste sono solo alcune delle possibili situazioni di carenza di strutturazione e individuazione degli Stati dell'Io in cui una persona si può trovare.

Nelle persone cosiddette "a scomparto" si presenta invece una mancanza di dialogo tra i tre aspetti, si presenta ad esempio una situazione in cui ci si occupa solo ed esclusivamente del proprio lavoro (predomina qui l'aspetto Adulto), poi si desidera l'arrivo di un figlio (predomina l'aspetto Genitore) che deve arrivare al più presto in modo da tornare tempestivamente a riprendere la propria carriera (ritorna l'aspetto Adulto). Questa alternanza netta degli Stati senza che ci sia un dialogo e una interconnessione porta a conflitti che a loro volta producono blocchi e stress eccessivi.

Tutte queste condizioni, di carente individuazione, strutturazione e dialogo tra le tre parti del sé creano un terreno favorevole per l'infertilità; probabilmente proprio la mancanza di un sé certo può contribuire inconsciamente a diminuire la fertilità perché si tende a non dare alla luce un figlio che si troverebbe a crescere in un ambiente emotivo instabile. Trovare infatti un freno nell'ambiente, che sia esso percepito in maniera conscia o inconscia, porta indubbiamente ad un'insoddisfazione dei propri bisogni (Erskine, 2014).

Ogni persona, secondo la teoria dell'Analisi Transazionale, segue inconsapevolmente un copione ovvero un "piano di vita" instaurato nell'infanzia sotto l'influenza dei genitori e delle proprie esperienze. All'interno di esso, secondo la trattazione di Fantini (2011), possono esserci a volte dei nodi psicologici che impediscono la crescita e la maturazione dei propri bisogni e desideri, tra cui anche quello di diventare genitore. Tra questi ad esempio:

- il nodo dell'esistere: se una persona basa la propria vita sul "fare" quindi sulle proprie azioni e non "sull'essere" quindi sulla propria esistenza vivrà il desiderio di un figlio o come un mezzo per confermare il proprio valore oppure come una minaccia temendo di perdere il proprio spazio vitale e rifiuterà inconsciamente la transizione alla maternità;
- il nodo dell'essere bambino: se una donna non ha vissuto la propria infanzia perché magari soggetta a richieste di responsabilità non adeguate alla sua età, il desiderio di diventar madre verrà bloccato perché vedrà la gravidanza come passaggio definitivo all'età adulta e quindi una chiusura definitiva con la "finestra" dell'infanzia che non ha mai vissuto e che deve ancora vivere;
- il nodo del crescere: se si è abituati a vivere in un ambiente eccessivamente simbiotico e protettivo, non si riuscirà ad entrare nell'ottica di diventare genitore perché non si è cresciuti abbastanza sull'aspetto degli affetti e non si è pronti ad un ruolo di responsabilità verso qualcun'altro che implicherebbe la chiusura della relazione simbiotica che si aveva precedentemente;
- il nodo del sentire: laddove ci sono paure corporee, la gravidanza viene vissuta come una minaccia alla propria dimensione corporea poiché vi è un'inevitabile amplificazione delle sensazioni viscerali; la donna quindi ne sarà intimorita e si allontanerà inconsciamente da questo ipotetico cambiamento.
- il nodo dell'essere sé stesso: dal momento che la maternità rievoca i propri vissuti d'infanzia e quindi un modello culturale in cui si è cresciuti, se la donna non condivideva questo modello, si allontanerà dal desiderio di diventar madre per evitare di riviverlo diventando genitore (Fantini, 2011).

Tutti gli aspetti finora affrontati sono meccanismi inconsci che si instaurano nella persona, nei casi sopra citati in particolare nella donna, che possono bloccare le fertilità.

Emerge quindi come l'infertilità non sia solo un meccanismo puramente biologico ma anche un intreccio di conflitti ricco di significati inconsci. Si delinea quindi una prospettiva in cui la funzione generativa non dipende solo dalla salute biologica ma anche dalla capacità di saper armonizzare gli Stati dell'Io e sciogliere i nodi che impediscono l'apertura a diventare genitori.

CAP. 2 – LA MATERNITÀ INTERIORE: L'ARCHITETTURA PSICHICA DEL MATERNO E LE SUE VARIANTI

Dopo aver delineato i confini dell'infertilità psicogena e i suoi correlati bio-psichici che mostrano come il corpo possa essere portavoce di un conflitto inconscio, in questo capitolo verrà affrontato come tali dinamiche si intrecciano con l'identità femminile. In particolare, verranno affrontate le rappresentazioni del materno intese come quelle costruzioni mentali fatte da immagini, desideri e fantasie cosce e inconscie che ogni donna struttura rispetto a sé stessa nel ruolo di madre e rispetto al proprio figlio immaginato.

2.1 Infertilità e identità femminile

Sebbene l'infertilità comporti indubbiamente un forte evento traumatico che colpisce sia gli equilibri della coppia che l'identità maschile, la presente dissertazione intende focalizzare l'attenzione sull'impatto che l'infertilità produce nell'identità femminile.

La letteratura scientifica ha dedicato ampio spazio all'infertilità femminile, approfondendo parallelamente le differenze di genere nelle modalità di reazione e di approccio alla diagnosi. Le ricerche empiriche evidenziano come la risposta emotiva tra uomo e donna di fronte alla mancata genitorialità sia diversa e fortemente influenzata dal genere (Bovin et al., 1999; Greil, 1997).

In particolare, lo studio condotto da Greil (1997) dimostra come l'infertilità si configuri per il mondo femminile come una vera e propria crisi cronica e totalizzante associata a livelli di ansia, depressione e stress molto più elevati rispetto a quelli riscontrati nei partner maschili. D'altra parte, la ricerca di Boivin et al. (1999) mette in luce l'esistenza di una marcata asimmetria nella coppia di fronte alla diagnosi di infertilità e all'intero vissuto della stessa. Gli uomini mobilitano strategie di adattamento più strumentali e focalizzate sul sostegno pratico, manifestando così un disagio riflesso legato cioè alla sofferenza della compagna; le donne sperimentano una reazione più intensa e globale legata alla propria identità personale e sociale (Bovin et al., 1998; Greil, 1997).

Coerentemente con questo quadro, nell'articolo di Testa e Graziottin (2006) viene approfondito come nella donna l'impatto psicologico è tendenzialmente più pesante, poiché legato ad aspetti specifici quali:

- la maggior identificazione della donna in un ruolo di madre dal punto di vista sociale;

- dal punto di vista puramente istintuale, la donna attribuisce una maggiore importanza alla gravidanza;
- il maggiore sforzo fisico della gestazione che una donna deve affrontare, sia che la gravidanza avvenga in modo naturale, sia che la donna debba iniziare un percorso di fecondazione assistita perché infertile;
- a un maggiore impegno della donna rispetto al partner nel ricercare nella propria vita passata delle incongruenze o degli eventi che possano essere significativi e quindi cause dell'infertilità.

Questo insieme di fattori può indurre nella donna un vissuto iniziale caratterizzato da frustrazione e senso di fallimento che evolve progressivamente verso la consapevolezza della propria incapacità riproduttiva. Come evidenziato da Testa e Graziottin (2006), tale condizione tende a ripercuotersi negativamente sulla percezione della propria immagine corporea e identità psicosessuale. La donna sperimenta quindi una distorsione della propria auto-rappresentazione che si traduce in una percezione errata di sé come fisicamente e sessualmente incapace e incompetente. Si instaura così un meccanismo che sfocia inevitabilmente in una compromissione dell'autostima e del senso di autoefficacia personale, configurando l'infertilità come minaccia della propria stabilità emotiva (Testa & Graziottin, 2006).

Secondo quanto scritto da Froggio nel manuale del 2000, gli uomini sembrano invece reagire con ottimismo assumendo così un atteggiamento propositivo nella convinzione che una soluzione si possa sempre trovare. In realtà questa è una percezione che le donne hanno nei confronti dei propri partner poiché questi tendono a parlare meno del problema e a trattenere i propri sentimenti. Secondo questa prospettiva, gli uomini danno solo l'impressione che l'evento non li stia toccando ma sono notevolmente scossi dalla diagnosi e percepiscono l'infertilità come un colpo alla propria virilità che li porta a diminuire la stima verso sé stessi (Froggio, 2000).

I dati finora riportati mostrano come, a fronte di una sofferenza profonda per entrambi i partner, l'impatto psicologico dell'infertilità si manifesta in modo differente nei due generi, assumendo una connotazione più totalizzante nella donna (Froggio, 2000).

A tal proposito uno studio condotto da Freeman et al. (1985) evidenzia come il 50% delle donne affermi che l'infertilità per loro è il problema più rilevante della propria vita, a fronte di una percentuale nettamente inferiore, pari al 15%, riscontrata negli uomini, i quali attribuiscono a tale condizione una gravità simile. Un dato questo che non indica quindi una minore sofferenza dalla parte maschile, bensì una diversa centralità del problema.

Questa maggiore sofferenza femminile deriva dal fatto che la capacità di generare e la genitorialità sono per le donne due aspetti fondamentali che contribuiscono allo sviluppo della propria identità. L'infertilità minaccia quindi sia l'identità che la loro autoefficacia (Froggio, 2000).

2.1.1 I diversi profili psicologici femminili nell'infertilità

Per approfondire in maniera più specifica il vissuto femminile nell'infertilità, assume un rilievo centrale il contributo fornito dalla psicoanalista Helen Deutsch (1945) che ha classificato le donne che soffrono di infertilità in cinque gruppi differenti, ciascuno accomunato da diverse caratteristiche. Nello specifico definisce:

- l'infantile: è una donna che è fisicamente e psicologicamente infantile; appare e si comporta come una bambina. È caratterizzata da un incessante bisogno di appoggiarsi a qualcuno, nell'adolescenza il suo appoggio sono i genitori (prima la madre e poi il padre) e nell'età adulta diventa il marito. Con quest'ultimo continuerà a vivere un rapporto di tipo infantile permeato da continue richieste di affetto che lui dovrà colmare poiché non è capace di difendersi e prendersi cura di sé stessa. Nel caso dovesse riuscire ad avere un figlio non riuscirà a maturare e quindi a risolvere in maniera autonoma i propri conflitti psichici che inevitabilmente si ripercuoteranno sulla funzione materna;
- la materna: lei è considerata la madre per eccellenza poiché, a differenza di quella precedente, possiede tutte le caratteristiche materne ma non riesce a concepire a causa del marito che invece ha caratteristiche diametralmente opposte alla moglie. Il partner di questa tipologia di donna è infatti un partner-bambino che lei considera come figlio perché vede in lui un'incapacità a svolgere potenzialmente la funzione genitoriale. Ha infatti bisogno di cure per liberarsi dalle proprie responsabilità che la paternità potrebbe portargli. La moglie, quindi, rinuncia inconsciamente alla maternità poiché avverte i pericoli che potrebbe portare al marito. È una donna che desidera essere madre ma che non può esserlo per amore del partner;
- l'indaffarata: questa tipologia di donna, anche se possiede dei sentimenti materni come "la materna" rinuncia inconsciamente alla sua fertilità poiché troppo dedica la sua vita ad altri interessi. La psicoanalista attua un'ulteriore suddivisione di questa tipologia di donna distinguendola in:

- a. la donna erotico-femminile che ha un'intensa vita erotica e quindi è semplicemente appagata da relazioni sessuali intense che logorano il suo sentimento materno;
- b. la donna che si dedica completamente alla propria carriera o a un altro interesse affettivo (esempi calzanti sono le scienziate e le artiste) e che diventa infertile, sempre a livello inconscio, per evitare il conflitto che si creerebbe nel caso dovesse scegliere tra diventare madre o continuare la sua vita piena di interessi;
- la virile aggressiva: questa tipologia di donna è la più frequente ed è colei che rifiuta di accettare la sua femminilità e per questo motivo sperimenta l'infertilità;
- l'emotiva: è il caso della donna che non riesce a concepire perché consapevole della povertà della propria vita affettiva. Difficoltà nella fertilità sono quindi associate a disagi emotivi; in quest'ultimo caso si tratta di infertilità psicogena pura.

Tutti questi rappresentano casi in cui, come afferma la stessa Deutsch, non sempre le donne si inseriscono in una sola tipologia ma molto spesso sono il frutto dell'intersecarsi di più tipologie (Fantini, 2011; Froggio, 2000).

2.2 La transizione alla maternità: lo sviluppo interrotto della generatività

Ancor prima di addentrarsi nelle complesse dinamiche e rappresentazioni del materno, è indispensabile porre ancora attenzione all'identità femminile e riconoscere come il passaggio verso la maternità sia da considerarsi una fase di transizione cruciale all'interno del ciclo di vita della donna.

In linea con questa prospettiva, la teoria stadiale dello sviluppo psicosociale di Erikson (1984), colloca questa transizione nel settimo stadio, quello della generatività intesa come l'atto di trasmettere e lasciare il proprio contributo biologico e culturale alla generazione successiva. La generatività si configura come la spinta a prendersi cura, a guidare e far crescere la generazione successiva.

In questo quadro l'infertilità si inserisce come crisi evolutiva che fa riemergere problemi irrisolti del passato e che impedisce il passaggio ad uno stadio evolutivo importante del ciclo di vita, quello della generatività.

Secondo Erikson, la nostra personalità si costruisce seguendo un percorso di otto stadi, ognuno dei quali costituisce un arricchimento della propria individualità. Laddove però si presentano degli ostacoli, il pieno raggiungimento di nuove consapevolezze non viene raggiunto. Come nel primo stadio, caratterizzato dall'affermarsi del senso di fiducia nei confronti del mondo

esterno, un atteggiamento non responsivo della madre nei confronti del bambino durante il primo anno di vita costruirà le basi di un atteggiamento di sfiducia verso il mondo.

Anche nel settimo stadio, quello della generatività, l'esperienza di infertilità può porre le basi di uno squilibrio emotivo caratterizzato da rabbia, disagio e frustrazione che, a loro volta, se non controllate, instaurano un meccanismo circolare e diventano promotori di un ulteriore diminuzione delle possibilità di concepimento (Froggio, 2000).

Secondo Imbasciati e Buizza (2011), l'incapacità di generare viene quindi definita come un "non evento" critico nell'evoluzione dell'identità femminile. Tale espressione fa riferimento ad una specifica frattura evolutiva che non è determinata da un evento traumatico manifesto (come, ad esempio, un incidente) quanto piuttosto dalla mancata realizzazione di una tappa attesa del ciclo di vita.

In quest'ottica, il non poter diventare madre costituisce così una delle crisi più gravi da dover affrontare nella vita. Il progetto di avere un figlio viene infatti interrotto dalla mancata generatività che vede l'impossibilità di concretizzare la rappresentazione del bambino immaginato (Imbasciati & Buizza, 2011).

Se la teoria sopra citata analizza l'infertilità come un evento scatenante di una crisi identitaria, un'ipotesi clinica differente viene avanzata nel campo della psicoanalisi. L'incapacità di generare legata all'infertilità femminile è stata infatti analizzata anche dalla psicoanalista Bydlowski (2009), la quale ribalta la prospettiva interpretando l'infertilità non come un evento subito ma come una modalità difensiva inconscia.

All'incombere di un'ipotetica gravidanza e quindi maternità, che inconsapevolmente la donna percepisce come due elementi catastrofici per il proprio equilibrio psichico, il corpo si blocca e agisce come scudo. Questa percezione è legata alla paura che l'ingresso nel mondo materno possa far riaffiorare traumi, conflitti o ricordi dolorosi legati all'infanzia.

La causa della non generatività sarebbe quindi da ricercare secondo la psicoanalista nel meccanismo di difesa che la donna attua in maniera inconsapevole nei confronti di una procreazione consapevolmente voluta.

Ciò che spinge la donna ad attuare questo meccanismo di difesa viene ricercato nell'evitamento di un confronto con le rappresentazioni che rimandano al proprio passato infantile. In tal senso una donna potrebbe avere difficoltà a generare come conseguenza di un'esperienza distruttiva, vissuta a causa di una madre "non sufficientemente buona" che è stata spesso carente nei confronti della figlia (Imbasciati & Buizza, 2011).

2.3 La costruzione psichica del materno: la maternità interiore

Nella tradizione culturale occidentale, diventare madri rappresenta per molte donne una via per ottenere un riconoscimento in famiglia, negli amici e in generale nei legami sociali. Non aderire alla maternità, quindi, può comportare in qualche modo ricevere l'appellativo di "non madre, quindi non donna e quindi nemmeno persona" implicando quindi un'emarginazione dalla società (Pigozzi, 2025).

Da un punto di vista psichico, la maternità non ha inizio nel momento del concepimento e né tantomeno nel momento del parto, bensì è una vera e propria costruzione psicogenetica evolutiva che comporta un processo di ridefinizione del sé molto prima del dato biologico oggettivo.

In quest'ottica, è dunque necessario introdurre il concetto di maternità interiore che per la psicoanalista Ferrara Mori (2006) si configura come:

«un processo di sviluppo dell'identità femminile e un processo di elaborazione di rappresentazioni mentali. È il luogo delle fantasie, delle emozioni, dei desideri, dei sogni, è la residenza di legami, di affetti, di relazioni nuove, è il contenitore di quel bambino fantasmaticizzato interno che diventerà il bambino reale» (Pazzagli et. al., 2011).

Secondo l'autrice, la mente della donna struttura quindi nuovi eventi mentali che comportano modificazioni nelle organizzazioni dei processi del sé; è come se la donna costruisse una mappa relazionale mentale utile ad accogliere una nuova vita. In questa specifica prospettiva clinica l'architettura psichica della donna prevede quindi l'edificazione di uno spazio mentale ricco di immagini ideali, aspettative, pensieri e fantasie che costruiscono la prima immagine del futuro figlio.

A tal proposito lo psicoanalista Stern (1995), definisce questa nuova organizzazione mentale che viene a crearsi nella donna con il nome di *costellazione materna*; essa comporta la nascita di una nuova identità e implica l'instaurarsi di nuove azioni, fantasie, sensibilità e desideri che abitano nella vita psichica della donna. Questo modello che Stern descrive fa riferimento alla cultura occidentale e pone l'accento su come il consolidarsi di questo nuovo spazio mentale sia strettamente collegato alla rielaborazione psichica di quella che Stern chiama trilogia materna (madre della madre-madre-bambino), nello specifico:

- il rapporto della madre con sua madre: la donna rielabora il legame che ha avuto con la madre decidendo che modello replicare e quale rifiutare;
- il rapporto della donna con sé stessa: la riorganizzazione della propria identità e la costruzione di nuove azioni e aspettative per la prospettiva futura;

- il rapporto con il futuro bambino: la donna analizza le paure, le aspettative e le fantasie del figlio futuro (Pazzagli et. al.,2011).

Il desiderio di maternità è quindi presente già prima che esista la possibilità fisiologica di concepirlo, la psicoanalista Vegetti Finzi (1990) infatti evidenzia come fin dall'infanzia, attraverso il gioco e fantasie inconscie, la bambina sperimenti già la relazione materna. In particolare, l'autrice sottolinea come già nei primi giochi con la bambola e l'oggetto transizionale, la bimba esprime il desiderio di generatività che prescinde dalla figura paterna. L'oggetto di attaccamento viene definito come "il bambino della notte" ovvero un bambino immaginato che vive nella fantasia della bambina. Esso pone le basi per la creazione di uno spazio mentale pronto ad accogliere prima il bambino fantasticato che, in futuro la donna confronterà inconsciamente con il bambino reale. L'autrice definisce l'insieme di queste esperienze come "preistorico gioco di maternità" caratterizzati appunto da gioco creativo e autonomo che prepara l'architettura dell'identità materna (Cena, 2015).

Tuttavia, la letteratura clinica evidenzia come questo desiderio non sempre sia orientato al dare e prendersi cura dell'altro, ma può racchiudere in sé una componente narcisistica. In quest'ottica, secondo il modello di Imbasciati e Buizza (2011), la spinta alla maternità, talvolta, risponde al bisogno della donna di confermare la propria identità femminile considerando la procreazione, uno strumento per compensare le carenze che avverte in sé stessa. Altre volte desiderare di fare figli può essere legato all'affermazione di un'identità: di fronte ad aspirazioni di carriere lavorative non realizzate, si desidera entrare nel mondo della maternità per avere la certezza di affermarsi con un'identità materna (Imbasciati & Buizza, 2011).

Laddove, al contrario, questa architettura mentale non risponde a meccanismi compensatori ma segue un decorso fisiologico, la donna sviluppa la capacità di creare spazio per accogliere il futuro nascituro che le consente di prepararsi gradualmente a diventare madre. Tuttavia, nei casi in cui la donna si trova in condizioni di infertilità, il processo lineare di costruzione di questa complessa impalcatura viene ostacolato e si trova così di fronte ad un conflitto interno in cui le rappresentazioni del materno sono in contrasto con il blocco biologico del corpo.

Sotto il profilo psicoanalitico, questa prospettiva trova un valido modello interpretativo nel concetto bioniano di rapporto contenuto/contenitore (Civitarese, 2015).

Secondo l'autore infatti se, da un lato la donna si indentifica in modo proiettivo nella funzione di madre e quindi è pronta a fare, usando il termine bioniano, da *contenitore* al futuro figlio, dall'altro l'assenza di un reale bambino crea una frattura tra un ambiente interno ben strutturato e il limite concreto dell'ambiente esterno (Civitarese, 2015).

Questa scissione emerge in maniera significativa nei casi di infertilità psicogena in cui non si trova una risposta a livello organico. In queste condizioni, la donna sperimenta spesso un conflitto relativo alla maternità che riguarda proprio l'essere madre e in particolare, il timore di essere una cattiva madre. Si tratta di una cattiveria che non è una reale caratteristica della donna ma una paura profonda e inconscia.

Secondo la psicoanalisi, infatti, questo sentimento è legato ad una difesa che la donna attua di fronte a un'insoddisfazione dei bisogni quando era bambina (Fantini, 2011).

In generale quindi, il lavoro psicologico inconscio che la donna opera proiettando i sogni e le aspettative future si scontra con l'incapacità reale di dare forma alle rappresentazioni mentali del materno.

2.4 La trasmissione transgenerazionale del materno

All'interno della cornice della psicologia clinica prenatale, Antonio Imbasciati e Loredana Cena (2008) evidenziano come la costruzione di queste strutture interne affonda le sue radici nel passato infantile della donna collegandosi alle esperienze che lei stessa ha vissuto come figlia e ai modelli parentali che ha interiorizzato. Nella prospettiva transgenerazionale avanzata dagli autori, viene affermato che il sentimento materno si sviluppa sulla base delle relazioni che si sono avute con i propri genitori, è proprio l'esperienza di essere stato amato che spinge ad amare (Imbasciati & Cena, 2008).

La ricerca e l'osservazione clinica in questo specifico ambito infatti dimostra come, nel momento in cui l'individuo adulto si appresta a diventare genitore, riemergano alla mente tutti i vissuti infantili. Quest'ultimi, infatti, costituiscono la preconditione fondamentale per elaborare una nuova identità; quella genitoriale.

Nello specifico, perché questo accada è necessario che la donna conceda alla propria mente di aprirsi e di entrare in quella condizione che la psicoanalista francese Monique Bydlowski (2000) chiama "trasparenza psichica". In questo stato di trasparenza la mente diventa particolarmente permeabile poiché vi è un abbassamento delle resistenze abituali che la donna oppone di fronte al rimosso inconscio facendo così riaffiorare i vissuti e i conflitti della propria infanzia (Meccacci, 2004).

In quest'ottica, affinché la donna si senta pronta ad accogliere il bambino è necessario non solo che si identifichi nei bisogni dello stesso ma che si confronti anche con la propria madre, rivivendo le proprie esperienze infantili.

In questa prospettiva, i modelli clinici della genitorialità (Della Vedova, 2015), evidenziano come, per sentirsi pronta ad accogliere il nascituro, la donna è chiamata ad affrontare specifici compiti evolutivi. Questi includono sia lo sviluppo di una sfera affettiva anticipatoria necessaria al bambino immaginato, sia la rielaborazione della relazione con la figura materna.

Questo legame transgenerazionale trova una spiegazione nella teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1988). I modelli operativi interni (MOI) della futura madre sono influenzati da quelli della propria madre; basti pensare agli stili di attaccamento e di come questi siano il resoconto di una rielaborazione della donna tra la sua struttura interna, il proprio modo di essere e le relazioni con sua madre. Sin dall'infanzia, quindi, secondo la formulazione di Bowlby, si creano dei modelli operativi interni che, influenzati da quelli dei genitori, si conservano per tutta la vita, e che saranno la base della struttura psichica dell'adulto che guiderà lo stile della relazione con il futuro nascituro (Lorito & Di Maria, 2008).

È necessario comunque sottolineare come, in particolar modo secondo il modello transgenerazionale di Imbasciati e Cena (2008), tali modelli non vengano trasmessi in modo statico, ma, al contrario la rielaborazione attiva della donna, la quale attraverso un processo di integrazione psichica, sceglie, trasforma o respinge determinate esperienze infantili, permette di selezionare quali elementi ereditati perpetuare e quali interrompere (Imbasciati & Cena, 2008).

In tal senso, all'interno di questa cornice teorica, la funzione materna non viene acquisita ed espressa in maniera universale ma viene declinata attraverso la singolarità e la riorganizzazione delle strutture psichiche della futura madre. È proprio questo il meccanismo che sta alla base della trasmissione transgenerazionale; la figlia apprende un modo specifico di essere madre partendo dai propri personali vissuti e poi li ripropone, rielaborandoli, sul futuro figlio.

2.5 Rapporto con la figura materna e infertilità

Nel modello di psicologia clinica perinatale, autori come Imbasciati (2008), si evidenzia come, nei casi di infertilità psicogena, l'indagine clinica non debba fermarsi ai ricordi coscienti dei vissuti d'infanzia. Richiamando anche i contributi teorici della psicoanalista di Deutsch (1991), l'autrice sostiene infatti la necessità di risalire ancora più indietro nel tempo, prima dei tre anni di età, per capire come si sono strutturati i primi legami relazionali con la figura materna (Froggio, 2000; Imbasciati & Cena, 2008).

Nonostante il corpo della donna sia biologicamente simile a quello della madre, lei si trova ad affrontare una situazione conflittuale dove da un lato avverte la necessità di identificarsi con le

capacità generative della madre e dall'altro avverte l'esigenza di separarsi emotivamente da lei in modo da prendersi la responsabilità del proprio corpo e della propria identità sessuale.

Arrivare infatti ad una consapevolezza e una fiducia delle proprie capacità riproduttive, sostiene la psicoanalista inglese Dinora Pines (1972), è la chiave fondamentale per giungere al concepimento. Pertanto, una sfida presente fin dall'infanzia è quella di sviluppare una sana fiducia nelle proprie capacità riproduttive che si collega ad una maturazione personale in cui il senso di fiducia nella propria femminilità e nella propria identità sessuale raggiungono una crescita equilibrata.

Affinché ciò sia possibile, risulta di fondamentale importanza la qualità dell'atteggiamento; il modo in cui la figura materna ha accolto e investito sulla femminilità della figlia è una preconditione fondamentale per una strutturazione armonica dell'identità femminile.

In quest'ottica, emerge quindi come la fertilità della donna affondi le sue radici nel primissimo periodo di vita e nel rapporto instauratosi con la madre (Froggio, 2000).

La psicoanalista inoltre sostiene che, seguendo il pensiero del pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott (1975), il rapporto con la madre sin dai primi giorni di vita è un momento cruciale per la formazione dell'io e quindi di tutto ciò che riguarda la sfera della corporeità e della sessualità. Vi sono due modalità con cui la madre si può rapportare con la propria figlia e influenzarne quindi gli sviluppi futuri:

- La madre-ambiente responsiva, termine winnicottiano per indicare la madre che funge da involucro psichico e somatico e che soddisfa adeguatamente i bisogni e le necessità della figlia garantendole una corretta integrazione psicosomatica. Questa stabilità relazionale crea una solida base alla figlia assicurandole un ingresso adeguato e sicuro all'età adulta e alla futura maternità;
- La madre-ambiente non responsiva: si presenta quando i bisogni e le necessità del bambino non vengono soddisfatte e si sviluppano così nel figlio sentimenti di odio e ira. Tali sentimenti porteranno a un impoverimento del mondo interiore del bambino e se la mancanza di cure è prolungata nel tempo, il bambino svilupperà anche un basso livello di autostima e difficoltà nel dare e ricevere amore. In generale quindi se non sentirà i suoi bisogni di accudimento soddisfatti dalla madre-ambiente non riuscirà a costruire un atteggiamento positivo con il suo corpo.

Aver esperito rapporti conflittuali con la madre fin dai primi giorni di vita porterà quindi le donne a confrontarsi con problemi di infertilità e perpetuare a livello inconscio sentimenti di rancore verso la propria madre (Froggio, 2000).

Anche altri studi psicoanalitici, come quello condotto da Bydlowski (1997), mettono in luce come il rapporto conflittuale con la madre sia strettamente legato all'infertilità. Il cosiddetto "debito di vita" ovvero quell'obbligo inconscio di trasmettere la vita ricevuta alla generazione successiva ne è una prova calzante. Essendo che la vita è stata data come un dono non richiesto, è come se la donna sentisse di ripagare la madre e quindi saldare un debito, debito che però non può essere restituito indietro, non si può dar vita alla propria madre. L'unico modo, secondo la psicoanalista, per saldare il debito è restituirlo in avanti ovvero dando vita ad un figlio.

Nei casi di infertilità psicogena però, laddove vi sono situazioni conflittuali o irrisolte con la propria madre, la donna rimane bloccata nel ruolo di figlia. Percepisce il tentativo di accedere alla maternità come un atto aggressivo verso la propria madre poiché evoca la paura inconscia di tradirla attraverso la propria realizzazione.

In questo modo quindi il corpo si prende carico di questo blocco psichico inconscio e si raffronta con l'infertilità (Imbasciati & Buizza, 2011).

CAP 3 – L'IMPATTO E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DELL'INFERTILITÀ NELLA DONNA

Se fino ad ora si è evidenziato come la maternità sia una complessa architettura interiore guidata spesso da meccanismi inconsci che si strutturano attraverso rappresentazioni del materno e che nascono a partire dalla prima infanzia, ora si rende necessario focalizzare l'attenzione sull'effetto che la diagnosi e il vissuto di infertilità esercitano sulla vita della donna.

Nel presente capitolo si intende infatti analizzare le conseguenze psicologiche di questo blocco generativo osservando come la mancata realizzazione del desiderio di maternità si traduca in una complessa transizione che scardina e destabilizza l'aspetto emotivo e il benessere psicologico della donna.

In primo luogo, verrà presa in considerazione la fase di scoperta dell'infertilità che sancisce il momento di rottura con la progettualità che si era creata e che genera sentimenti come shock e incredulità. Successivamente verrà spostata l'attenzione sui processi di elaborazione psicologica che tale condizione impone come meccanismi di difesa, quali il rifiuto e la negazione entrando poi nella dimensione di lutto e il conseguente concetto di perdita di controllo.

Infine, verranno prese in esame le discrepanze dell'identità indagando le fratture che si creano all'interno del proprio Sé.

Il seguente capitolo si pone quindi l'obiettivo di offrire una visione integrata delle conseguenze psicologiche che il vissuto di infertilità porta.

3.1 La fase iniziale di scoperta dell'infertilità

L'ingresso dell'infertilità nella vita di una persona non è quasi mai un processo graduale bensì si configura come un evento dirompente e inatteso che porta l'alternarsi di molteplici stati d'animo e sentimenti che vanno dallo shock, all'incredulità, al rifiuto, all'isolamento.

Le prime reazioni che si hanno nel momento in cui si viene a conoscenza di essere infertili sono proprio lo shock e l'incredulità perché le persone danno per scontato la propria possibilità di concepire. Nel momento in cui un'aspettativa così tanto attesa e quasi ovvia viene ostacolata, la maggior parte delle donne reagiscono con sorpresa e sono incredule di quanto viene loro comunicato, tanto da mettere in discussione anche la correttezza stessa della diagnosi.

Vengono così scombussolati i piani, i progetti e le speranze che la persona si era costruita. Molte donne in questi casi esprimono la loro incredulità con riflessioni del tipo: “non avrei mai pensato che potesse succedere a me” (Corsale, 2021).

Questo shock iniziale si traduce in un profondo senso di disorientamento, nel quale la persona fatica a dare un senso alla realtà proprio perché viene a mancare quel senso di controllo che una persona pensa di avere sulla propria vita e che, in questi casi, si pensa di non avere più.

Un'altra reazione che gli specialisti ritengono sia correlata alla scoperta di infertilità è il sentimento di perdita. Esso è simile a quello che si prova quando si perde una persona cara con l'unica differenza che, in questo caso, quella persona non è mai nata.

A tal proposito, le ricercatrici Conway e Valentine (1987), sostengono che l'esperienza dell'infertilità sia accompagnata da nove perdite significative. Secondo le autrici, infatti, il vissuto di infertilità non si configura come un'unica esperienza di perdita, bensì come un insieme di nove dimensioni di lutto che interessano differenti aspetti della vita della donna. Nello specifico le autrici identificano:

- Perdita dell'idea di essere una famiglia: fa riferimento alla coppia, i due coniugi infatti, si trovano davanti ad un grande fallimento, quello di non poter creare famiglia. In questo senso la coppia rimane tale, senza la possibilità di allargarsi poiché impossibilitati a generare. Anche il matrimonio, laddove ci sia, viene riconosciuto come fallimento poiché per loro, essersi sposati viene percepito come un legame privo di una reale finalità;
- Perdita della continuità genetica: dare continuità alla propria "stirpe" è, per molte persone, ancora oggi uno dei più grandi valori. Come riportato nel manuale di Froggio (2000), grazie ad uno studio condotto dal Centro di ricerca italiano EURISPES, emerge chiaramente come la maggior parte degli intervistati con problemi di fertilità, preferisca sottoporsi alle terapie non convenzionali o approcci alternativi pur di non perdere la continuità genetica. Anche l'idea di adottare un figlio o di riceverne uno in affidamento non è una opzione plausibile e accettata dalla maggioranza delle coppie;
- Perdita dell'immagine di sé come persona fertile: questa è la perdita legata all'aspetto più intimo e personale poiché ha a che fare con la ridefinizione dell'immagine di sé. Essere a conoscenza di non poter generare, provoca il non sentirsi giusti, adatti, funzionanti e perfettamente inseriti nell'ambiente in cui si vive. L'insieme di tutti questi sentimenti porta alla perdita di autostima e della propria sicurezza;
- Perdita dell'esperienza della gravidanza e del parto: in particolar modo nella donna, queste sono esperienze importanti nell'arco della sua vita. Vivere l'esperienza della gravidanza comporta ridimensionare la propria vita, arricchendola di nuove

aspettative e desideri. Il momento del parto sancisce invece la coesione della coppia, mettendo alla prova l'unità e la maturità della stessa;

- Perdita dell'opportunità di vivere i momenti di sviluppo del bambino: vengono meno tutte quelle possibilità legate alla crescita del bambino come l'allattamento, lo svezzamento, vedere crescere i primi dentini e vederlo compiere i primi passi;
- Perdita dell'opportunità di progredire verso un nuovo stadio del ciclo familiare: far esperienza di questa perdita significa far fronte all'impossibilità di progredire secondo gli stadi evolutivi. La vita degli individui prevede il passaggio a diverse fasi evolutive di cui il diventare genitore ricopre un aspetto fondamentale. La donna con problemi di fertilità si trova intrappolata in una condizione di stallo evolutivo poiché non riesce a passare allo stadio evolutivo successivo;
- Perdita delle relazioni importanti: include il relazionarsi con l'intera rete di persone che si costruisce attorno al nuovo nascituro e che include ad esempio le altre mamme, gli insegnanti di scuola e tutte quelle amicizie che sono collegate all'essere genitore;
- Perdita dell'esperienza della genitorialità: questa è strettamente legata alle precedenti, laddove non si ha la possibilità di diventare genitore e quindi di non poter vedere il proprio figlio crescere, si vive un sentimento di perdita nel non poter vivere tutto ciò che comporta la vita del figlio, a partire dalla sua nascita fino alla sua uscita dal nucleo familiare d'origine;
- Perdita dell'esperienza di diventare nonni: quest'ultima non interessa solo la coppia infertile ma anche i rispettivi genitori della coppia. Il diventare nonni, è vista come un'aspirazione di molti adulti e qualora questa non possa essere soddisfatta, alcuni ci vedono la non riuscita della propria esistenza (Conway & Valentine, 1987).

Questa privazione multidimensionale tocca aspetti così profondi e intimi della persona, in questo caso della donna, da scuoterne l'intera struttura psichica. L'evidenza delle nove perdite permette di comprendere la portata dell'impatto emotivo che fa seguito alla diagnosi di infertilità: una condizione di vero e proprio crollo di certezze e aspettative che la donna si era creata.

3.2 Il lutto e la sua elaborazione

Superato il primo impatto dello shock e dell'incredulità legato alle privazioni che l'infertilità porta, i soggetti con problemi di fertilità si trovano a dover far fronte alla dimensione del lutto. Sebbene non vi sia la perdita fisica di un individuo, la mancata procreazione si configura come un lutto psicologico spesso definito "senza corpo" perché costringe l'individuo alla rinuncia di un figlio potenziale e dei progetti di vita ad esso correlati (Solomita & Franza, 2020).

Tale sofferenza, seppur collocata sul piano potenziale e dell'investimento mentale, genera una profonda destabilizzazione sul piano emotivo.

Secondo Bowlby (1979), infatti, le emozioni più dilananti che un essere umano può provare sono quelle che si sperimentano in condizione di costruzione, mantenimento e rottura dei legami affettivi (Lambruschi & Battilani, 2014).

Quando si tocca il tema dell'infertilità si entra in particolar modo nel primo e nell'ultimo aspetto, quelli di costruzione e rottura dei legami affettivi, poiché la persona costruisce aspettative ma allo stesso tempo le vede frantumarsi nel momento in cui viene a conoscenza di essere infertile.

È proprio la natura di questa frattura che introduce l'esperienza del lutto, con questo termine, infatti, si intende la reazione che una persona può avere in seguito ad una perdita e, in senso psicologico, esso fa riferimento all'insieme di eventi, comportamenti e vissuti emotivi che accompagnano l'intero periodo di elaborazione della perdita (Solomita & Franza, 2020).

Secondo Kuebler-Ross (1969) nel momento in cui si affronta una perdita, si instaura un processo fisiologico caratterizzato da cinque fasi:

1. Fase di negazione: in cui prevale confusione e incredulità specialmente in quei casi in cui l'evento avviene in modo inaspettato o traumatico. Esso viene percepito come qualcosa di irrealistico in cui l'individuo è convinto che si possa ancora tornare indietro;
2. Fase di rabbia: in cui il sentimento principale che prevale, come si può intuire, è la rabbia sia per quello che è accaduto e sia nei confronti di chi si ritiene essere il responsabile dell'accaduto;
3. Fase di negoziazione: in questa fase l'individuo si interroga su cosa avrebbe potuto fare per evitare l'avvenimento di quell'evento traumatico; i ragionamenti che vengono condotti sono sotto forma di "se/solo";
4. Fase di depressione: è un periodo caratterizzato da profonda tristezza, malinconia e perdita di motivazione con ripercussioni anche sulla regolazione dei bisogni fisiologici

primari come il sonno e l'alimentazione. La persona deve fare i conti con ciò che è accaduto;

5. Fase di accettazione: in cui la perdita viene integrata alla propria vita quotidiana e si prosegue cercando di ricordare la persona che non c'è più e facendone così il proprio punto di forza

Questo susseguirsi di fasi rappresenta una tassonomia fisiologica e generale che descrive l'adattamento di fronte a una perdita. Tuttavia, è necessario evidenziare come il modello di Kuebler-Ross faccia riferimento al concetto di morte e di morire, piuttosto che all'analisi del dolore (Solomita & Franza, 2020).

In ambito psicologico, il costrutto di lutto va ben oltre alla scomparsa fisica dell'individuo poiché considera anche tutti quei forti sentimenti e stati mentali che generano sofferenza e che hanno un forte impatto psicologico nella vita della persona.

Per questo motivo come suggerito da Pesci (2015), se da un lato è utile sapere come viene elaborato il concetto di lutto, dall'altro, è altrettanto necessario andare oltre la rigidità di questo schema per poter analizzare più specificatamente la situazione della singola persona.

Il fenomeno del lutto presenta infatti una complessità multidimensionale tale che il lessico della lingua italiana fatica a trovare un termine capace di sintetizzarne tutte le sfaccettature. All'interno del suo contributo Pesci (2015) evidenzia come il nostro sistema linguistico attua una duplice distinzione identificando il "lutto" come l'esperienza che viene vissuta e quindi l'evento oggettivo della perdita e il "cordoglio" come il dolore che viene esperito. In questa connotazione manca però un aspetto fondamentale: la dimensione sociale del lutto ovvero tutti quei comportamenti e manifestazioni di supporto che interessano non solo la persona direttamente colpita dall'evento ma anche l'intera comunità e la rete di relazioni che la circonda. In questo senso la lingua inglese riesce a sopperire a questa mancanza, poiché identifica con il termine "mourning" tutte le espressioni sociali in risposta alla perdita, compresi i rituali funebri (Pesci, 2015).

A conferma dell'importanza di questa dimensione interpersonale, lo psicologo Robert Neimeyer (2014) sostiene che il lutto è certamente un processo interiore ma primariamente è un processo sociale dal momento che la ricerca di un significato non coinvolge solo chi subisce la perdita ma si estende anche al contesto sociale e culturale circostante. In questa prospettiva, il lutto richiede processi di elaborazione e di attribuzione di significati sia dal mondo intrapsichico che dagli "spettatori" dell'evento (Solomita & Franza, 2020).

Quando però si parla di infertilità psicogena e quindi di perdita di un bambino immaginato l'assenza della dimensione sociale è assoluta; si è di fronte a quello che la letteratura chiama

disenfranchised grief ovvero “lutto disconosciuto” (Kennedy, 2021). Secondo lo psicologo, esso non viene apertamente riconosciuto e socialmente accettato perché, in questo caso, l’oggetto della perdita è un figlio che non è mai nato nella realtà e che è stato esclusivamente desiderato e accudito sul piano fantasmatico.

Proprio a causa della natura invisibile di questa perdita, la coppia che sperimenta vissuti di infertilità elabora il dolore in maniera solitaria. A tal proposito, Froggio (2000) evidenzia come ogni persona elabori la perdita in modo personale seguendo quindi percorsi soggettivi all’interno dei quali il dolore si manifesta attraverso due configurazioni distinte:

- Lutto stabile: nei casi di infertilità psicogena, come detto precedentemente, i sentimenti di perdita che vengono sperimentati sono simili a quelli dei lutti veri e propri. La differenza da quest’ultimi sta nel fatto che in primo luogo non viene a mancare una persona che è esistita, bensì una persona che poteva essere, un figlio potenziale. Si piange quindi la perdita di qualcuno che era stato progettato, sognato e a cui talvolta era già stato assegnato un nome.

Non essendoci quindi riti consolatori come funerali, le veglie o le lapidi che tengono vivo nella memoria il proprio caro, l’elaborazione del lutto è ancora più difficile. Non si riesce nemmeno a darne un senso, non si può usare la giustificazione consolatoria “è passato a miglior vita” poiché quella vita non c’è mai stata se non nei desideri dei rispettivi genitori.

- Lutto mensile: questo tipo di lutto coinvolge in maniera più specifica le donne, poiché si presenta ogni mese, ogni volta che le mestruazioni si presentano. Avvertono quindi, ogni mese, che anche questa volta non si è riusciti nel proprio intento. Nonostante ciò, non vi è una elaborazione vera e propria del lutto perché la donna è così ostinata ad avere un figlio che non pensa a quanto è successo e cerca inconsciamente di sopperire a questa mancanza cercando di riprovarci nuovamente; il lutto viene quindi sperimentato di rado. Laddove poi le speranze cadranno del tutto, la donna e con lei il marito, si troveranno a dover far fronte ad una delusione ancora più forte (Froggio, 2000).

L’esistenza di queste due dimensioni, la persistenza costante del vuoto che porta l’infertilità e la riattivazione ciclica del dolore, conferisce al lutto da infertilità una connotazione profondamente logorante dal punto di vista psicologico. In quest’ottica, riconoscere quindi la dignità di questo tipo di perdita permette alla donna, e quindi alla coppia, una reale elaborazione del lutto trasformando l’assenza traumatica in un nuovo punto di partenza.

3.3 Il rifiuto e la negazione

Vi sono casi in cui alcune donne, così come anche alcuni uomini, a primo impatto sembrano convivere in maniera sana con la propria condizione di infertilità e l'unico bisogno che manifestano è quello di rassicurazione. La realtà dei fatti in realtà è che per sopperire al dolore e all'angoscia che una diagnosi come questa può comportare, attuano dei meccanismi difensivi che sono il rifiuto e la negazione del disturbo di fertilità (Conversano et al., 2007).

Questi due meccanismi offrono così un sollievo che è però temporaneo e che a lungo andare diventa controproducente.

A tal proposito una ricerca condotta dallo psicologo statunitense Irving Janis (1958) evidenzia come le persone che negano o rifiutano una situazione dolorosa, spesso legata alla perdita di una persona a loro cara, ottengono benefici nel breve termine perché, apparentemente, sembra che riescano a gestire meglio la situazione; in realtà con il passare del tempo sembra che soffrano di più di quelle persone che fin dall'inizio hanno affrontato la perdita e i sentimenti dolorosi ad essa connessi (Froggio, 2000).

L'aspetto principale di questi meccanismi è che la persona che li attua non ne è pienamente consapevole poiché la loro attivazione avviene al di fuori del controllo cosciente.

Da quanto viene affermato nel manuale di Froggio (2000), la caratteristica principale della negazione, intesa come meccanismo di difesa, risiede nella mancata integrazione a livello conscio di un dato di realtà. Le persone tendono quindi a non dire la verità di quello che fanno o pensano. Questo spinge l'individuo alla ricerca costante di rassicurazioni, che vengono ricercate anche nei confronti di chi non è competente ma che appartiene ad esempio alla propria rete familiare o relazionale. Il comportamento di queste persone è segnato in generale da un marcato ritiro emotivo, da atteggiamenti di carattere rinunciatario e da una generale passività emotiva.

Accanto alla negazione, l'autore prende in considerazione anche il meccanismo del rifiuto specificando però come esso sia temporaneo e possa essere superato quando si prende coscienza dei propri sentimenti e si inizia ad esperirli.

Qualora non si giunga ad una risoluzione di tali dinamiche difensive, esse tendono ad irrigidirsi e strutturarsi stabilmente nella vita della donna influenzandone la visione della realtà.

Nello specifico, considerando situazioni di infertilità, ci si convince che la situazione dolorosa non esiste e ci si comporta in maniera oppositiva rispetto a quello che si prova. I problemi di fertilità non vengono risolti ma solo camuffati (Froggio, 2000).

3.4 La rabbia e l'isolamento

Se da un punto di vista organico la donna può sentire di aver perso la propria capacità riproduttiva, da un punto di vista psicologico sente di non avere più il controllo sui propri sentimenti.

All'interno di questo quadro, gli studi condotti da Froggio (2000), evidenziano come la donna attraversi infatti un periodo caratterizzato principalmente da emozioni e sentimenti negativi come dolore, isolamento e rabbia. Quest'ultima, secondo l'autore, risponde ad una precisa logica interna: essa non si configura come una reazione irrazionale bensì come una risposta psicologica che proviene dalla percezione di essere stati imbrogliati o raggirati. Molte donne ritengono infatti che sia stato tolto loro un diritto, qualcosa che a loro apparteneva ovvero un figlio (Froggio, 2000).

Questo profondo sentimento di rabbia, come sottolineato da Conversano (2007), finisce per riflettere in comportamenti manifesti che la donna attua proietta finisce per riflettersi concretamente sulle relazioni che la donna ha, manifestandosi attraverso diverse modalità.

Vi sono infatti situazioni in cui la rabbia viene indirizzata verso sé stessi, a causa del senso di colpa per non aver realizzato una funzione considerata naturale e fisiologica come il concepimento; in altre verso il proprio partner qualora sia lui la causa dell'infertilità. Essa può inoltre essere rivolta verso i medici, visti come figure invadenti che entrano nella sfera intima della persona e infine verso amici e parenti nei confronti dei quali la rabbia nasce da un vissuto di invidia per concepimenti avvenuti senza sforzo.

Quando la rabbia si focalizza su quest'ultimi, spesso accusati di non capire le sofferenze che la coppia o la persona stessa sta vivendo, si innesca un atteggiamento costante difensivo e di chiusura. Questo meccanismo, nonostante sia dettato dal dolore, può essere percepito dall'esterno come ingiustificato e può contribuire ad un maggior allontanamento della coppia dal proprio nucleo relazionale (Conversano, 2007).

I soggetti interessati, secondo l'autore, tendono così a loro volta a ritirarsi dalla vita sociale e a sottrarsi ad occasioni di confronto con amici e familiari. La fuga nell'isolamento e il conseguente allontanamento dalle reti relazionali, crea un circolo vizioso tra l'incomprensione presunta che proviene dal mondo esterno e la delimitazione spaziale che la coppia crea intorno a sé precludendo così anche un ipotetico supporto positivo che si potrebbe trarre dal contatto con gli altri.

3.5 Il concetto di perdita di controllo

Quando si parla di infertilità, un sentimento sperimentato dalle coppie, a prescindere che l'eziologia sia di natura organica o psicogena, è la perdita di controllo.

Nel primo caso, ci si sente di aver perso il controllo della propria capacità riproduttiva mentre da un punto di vista psicologico la perdita di controllo è legata ai sentimenti come la rabbia, il dolore colpendo in generale l'intera progettualità futura e la rappresentazione della coppia come nucleo familiare.

Per poter analizzare il concetto di perdita di controllo legato all'infertilità, è necessario capire innanzitutto che cosa significa il controllo in senso stretto.

Vi sono diverse interpretazioni sul concetto di controllo; seguendo l'orientamento cognitivista, alcuni psicologi come Lazarus e Folkman (1984) intendono il controllo come adattamento, altri come Bandura parlando di influenza sul controllo. Altri ancora come Flammer (1995) distinguono tra "controllare" e quindi la regolazione effettiva di un processo, "controllo" e quindi la possibilità di regolare un processo e le "convinzioni di controllo" ovvero le rappresentazioni soggettive delle proprie capacità di esercitare controllo.

Secondo quanto viene esplicitato nel manuale di Froggio (2000), con il termine controllo si intende il tentativo di una persona, non solo di adattarsi ma anche di influenzare e gestire una situazione che viene ritenuta minacciosa.

Esistono a tal proposito diverse forme di controllo:

- controllo primario: quando il soggetto sente di avere le capacità e le risorse necessarie per poter cambiare attivamente le condizioni oggettive dell'ambiente, adattandole ai propri comportamenti. In questo caso, l'individuo sperimenta un senso di agency associato alla convinzione di poter determinare un cambiamento concreto attraverso le proprie azioni;
- controllo secondario: quando l'individuo si adatta alla situazione piuttosto che cercare di modificarla e quindi la rivaluta in modo da renderla meno minacciosa. Questo capita quando ad esempio si trovano attività alternative o distraenti che, fungendo da mediatori, mirano a mitigare lo stato di sofferenza e a contenere il disagio emotivo (Weisz et al. 2010).

In quest'ultimo caso la capacità di adattarsi alla situazione è molto più efficace e nei casi di infertilità, laddove le persone utilizzano questo tipo di controllo risentiranno di un maggior benessere psicologico.

Al fine di analizzare in modo approfondito come gli individui riescano ad attuare questo adattamento interno, è necessario fare riferimento alla tassonomia proposta da Froggio (2000), il quale descrive dettagliatamente le declinazioni del controllo secondario:

1. controllo interpretativo: laddove si attribuisce un significato alla situazione e quindi là si interpreta;
2. controllo cognitivo: quando si cerca di attribuire un diverso significato alle situazioni in modo da trarre un beneficio anche da quelle situazioni che sembrano essere le più avverse;
3. controllo vicario: si presenta nel momento in cui si osserva una persona stimata e autorevole, affronta e quindi effettua un controllo su una situazione che simile a quella in cui ci si trova.

Oltre alle diverse forme che il controllo può assumere, il livello della sua intensità, ovvero il fatto che il soggetto sperimenti un alto o un basso controllo sulla realtà, dipende da come l'individuo interpreta le cause degli eventi. Questo meccanismo si fonda sul concetto di locus of control introdotto da Rotter (1966) ovvero la convinzione che gli esiti delle azioni dipendano dai propri comportamenti (locus of control interno) oppure da eventi esterni (locus of control esterno).

Nel primo caso, secondo l'autore, i responsabili delle azioni sono le persone stesse e quindi tutto quello che accade dipende dal proprio comportamento; l'individuo si riconosce come soggetto attivo e riconosce la propria responsabilità sviluppando così un alto livello di controllo. Nel secondo caso invece, la responsabilità di un evento può essere attribuita al destino, alla fortuna, al caso o ad altre circostanze esterne, il che porta così l'instaurarsi di un cattivo controllo.

Quasi sempre però non si può attribuire la responsabilità di ciò che accade solo ad un aspetto ma vi è un concatenarsi di questi (Nowicki & Duke, 2016).

Questa dinamica si articola ulteriormente se si considera che il locus of control può variare in base alla sua ampiezza; esso può essere generale e quindi riguardare quasi tutti gli aspetti della vita della persona oppure specifico quando intacca solo un aspetto in particolare (Froggio, 2000).

Proprio questa distinzione tra dimensione specifica e generale diventa cruciale quando si analizza il tema dell'infertilità. A tal proposito, una ricerca condotta da Platt et al. (1973), ha evidenziato come i soggetti con vissuti di infertilità dispongono di un basso livello di controllo e un locus of control esterno e generale. In questi casi, infatti, la perdita di controllo non è

riferita solo all'aspetto dell'infertilità e quindi circoscritta alla sfera riproduttiva, ma si estende a livello della sfera lavorativa, coniugale e sociale dell'individuo.

Vi sono però psicologi, come Susan Folkman (1984), che ritengono come il controllo generale abbia delle implicazioni anche su situazioni specifiche. Qualora le persone abbiano un livello alto di controllo allora riescono a gestire meglio lo stress e quindi l'intera situazione, ma se si ha, al contrario, un basso livello di controllo come nei casi di infertilità, le persone partono dalla convinzione che non possono affrontare le situazioni nuove ed impreviste poiché convinte di non farcela.

Partendo da questi assunti però, Susan Campbell et al. (1991), ricercatrici canadesi dell'University of California, hanno voluto verificare le teorie precedentemente descritte nelle donne infertili. Esse hanno evidenziato come in realtà, non sono le donne infertili ad avere un basso livello di controllo bensì quelle che già in partenza avevano un locus of control generale basso non riuscivano a gestire la situazione relativa all'infertilità.

Questo fa capire come la gestione del controllo e l'infertilità sono due elementi collegati tra loro ma non per questo il secondo influenza il primo. Donne quindi con un locus of control generale alto riescono a gestire meglio anche i problemi legati all'infertilità.

Le ricercatrici californiane affermano dunque che, per poter affrontare meglio le situazioni di infertilità, le persone devono riuscire ad esercitare una forma di controllo che permetta loro di assumere atteggiamenti propositivi anche in situazioni inaspettate come questa (Campbell et al. 1991).

3.6 Discrepanze dell'identità

Quanto trattato nei sottocapitoli precedenti pone le basi per altrettanti cambiamenti della persona che riguardano l'identità.

Innanzitutto, prima di capire come essa si modifica nel momento in cui subentra la diagnosi di infertilità è necessario distinguere che cos'è l'identità e che cos'è l'identità personale.

Come evidenziato nell'articolo di Morrone (2013), per identità si intende l'insieme di caratteristiche che contraddistinguono una persona, che le consentono di riconoscersi come tale e di essere riconosciuta dalle altre. Ognuno di noi infatti possiede delle caratteristiche particolari che ci garantiscono l'irripetibilità e l'unicità come ad esempio il nostro nome, il luogo e la data di nascita, il luogo e l'indirizzo di dove viviamo ecc....

Tutto questo però non ci permette di dire realmente chi siamo ed è qui che subentra l'identità personale ovvero quella che viene costruita nel tempo. Secondo l'autore, infatti, essa non

costituisce una realtà statica, bensì il riflesso di modificazioni di comportamenti e atteggiamenti i quali, a loro volta, sono il risultato dell'evoluzione del percorso umano e psicologico del singolo individuo. L'identità personale è quindi data dal fatto che ogni individuo è sia riconoscibile come tale fin dalla nascita ma allo stesso tempo è lui stesso consapevole di essere unico e diverso da tutti gli altri (Morrone, 2013).

Questo vissuto di unicità e consapevolezza si riflette sulla struttura interna del soggetto. In ambito psicologico, infatti, Wallace e Fogelson (1969) definiscono l'identità come l'insieme delle immagini, consce e inconsce, che la persona ha di sé e del proprio essere.

L'identità psicologica, dunque, è data dall'idea che la persona ha di sé che si esprime attraverso scopi, aspettative e valori della persona stessa.

Secondo gli autori, affinché questa complessa organizzazione psichica rimanga stabile, l'identità psicologica deve essere caratterizzata da alcune proprietà fondamentali:

- la continuità: è l'aspetto che permette alla persona di mantenere la coerenza e di rimanere identica o comunque somigliante a sé stessa nel tempo;
- la coerenza: è la capacità che garantisce il mantenimento di un equilibrio tra la rappresentazione che si ha di sé stessi e quella che gli altri hanno nei confronti del soggetto;
- l'unicità: è una componente fondamentale per la realizzazione dell'individuo poiché fa riferimento ai sentimenti di unicità e originalità;
- la molteplicità: questa caratteristica conferisce all'identità molteplici sfaccettature che dipendono dal ruolo e dalla posizione sociale che si ricopre, questo può rappresentare una ricchezza per la persona oppure un fattore di vulnerabilità che porta alla frammentazione dell'Io;
- il cambiamento: apparentemente in contrasto con la prima caratteristica analizzata, quest'ultima fa riferimento alla capacità dell'individuo di riuscire ad affrontare sempre i nuovi problemi pur rimanendo nella continuità. L'identità, pertanto non è un costrutto statico, bensì si realizza attraverso i processi dell'agire sociale.

Ogni individuo ha quindi una sua identità caratterizzata da queste proprietà che è influenzata dalle attese delle persone circostanti. Quando si parla di una coppia, l'aspettativa più grande che le persone hanno nei loro confronti è proprio la genitorialità (Wallace & Fogelson, 1969).

Laddove la realtà vissuta non corrisponde con ciò che è socialmente o personalmente atteso, si generano delle discrepanze nell'identità personale che possono tradursi in disagi psicologici.

Per poter comprendere i meccanismi che sono alla base di tali fratture e individuare quali dimensioni identitarie vengono maggiormente influenzate, è necessario analizzare la struttura del Sé e le relative rappresentazioni.

A tal proposito lo psicologo Higgins (1987) ha proposto una teoria della discrepanza dell'identità secondo cui alcune convinzioni che si hanno di sé stessi producono delle emozioni negative. Il modello da lui descritto individua l'esistenza di tre aree separate che corrispondono al Sé attuale, il Sé ideale e il Sé che si deve essere. A queste si aggiungono due possibili modi di vedere sé stessi ovvero quello proprio e quello degli altri in cui rientrano tutte le persone che sono o sono state importanti per il soggetto.

Dalle tre aree e dai due modi di vedere nascono sei rappresentazioni del sé dove le prime due caratterizzano il concetto di Sé del soggetto mentre le altre quattro rappresentano gli obiettivi verso cui tendere:

A. rappresentazioni del concetto di Sé:

1. La propria attuale: corrisponde alla percezione che ciascuna persona ha di sé stesso;
2. L'altra attuale: corrisponde alla rappresentazione che il soggetto ritiene che gli altri significativi abbiano della sua persona;

B. Rappresentazione degli obiettivi verso cui tendere:

3. La propria ideale: i desideri e le aspirazioni che l'individuo ha nei confronti della propria personalità;
4. L'altra ideale: racchiude i desideri che gli altri, secondo il soggetto, riversano sulla sua personalità;
5. Il devo essere proprio: i doveri, gli obblighi e in generale tutte le caratteristiche che l'individuo sente di dover possedere;
6. Il devi essere degli altri: corrisponde agli attributi e qualità che, secondo il soggetto, gli altri significativi ritengono che lui stesso debba possedere.

Secondo Higgins si possono verificare delle discrepanze tra le prime due rappresentazioni del sé e le direzioni verso cui tende l'individuo. Si possono quindi presentare dei casi in cui:

- La rappresentazione propria attuale contro la rappresentazione propria ideale: in questo caso viene coinvolta interamente la persona, senza intaccare le rappresentazioni o le aspettative che gli altri hanno sull'individuo. Si verifica quando il soggetto si percepisce incapace di realizzare le proprie aspirazioni e i propri desideri. Tale discrepanza genera quindi la percezione di avere una mancanza personale portando a reazioni come lo scoraggiamento e la delusione;

- La rappresentazione propria attuale contro la rappresentazione ideale degli altri: questa frattura si verifica quando il soggetto ritiene di non essere riuscito a realizzare i desideri che le figure di riferimento avevano nei nostri confronti. Le reazioni emotive che ne conseguono sono la vergogna, l'imbarazzo e il timore di perdere la stima altrui;
- La rappresentazione propria attuale contro il devi essere degli altri: anche in questo caso, questa discrepanza coinvolge la dimensione *degli altri*. Essa si genera quando ciò che l'individuo vuole non coincide con ciò che gli altri vogliono per lui. Il comportamento reale del soggetto non rispecchia i doveri che gli altri significati esigono per lui. Quest'ultimo sente di possedere attributi negativi rispetto alle aspettative esterne, sperimentando così uno stato di forte ansia;
- La rappresentazione propria contro il devo essere proprio: per Higgins questa discrepanza è la più dannosa. Qui si torna alla dimensione unicamente individuale, come nella prima discrepanza, in cui l'individuo sente di non aver soddisfatto i propri standard morali e le proprie regole interne che si era imposto. Percepisce quindi di non essersi uniformato agli obiettivi che si era posto. Si sperimentano così sentimenti di colpa, auto-disprezzo, ansia e inquietudine (Higgins, 1987).

Al fine di comprendere come tali discrepanze siano collegate all'infertilità femminile, la psicologa Kathleen Kikendall (1994) ha applicato le categorie finora esposte alle donne con problemi di fertilità. Da questa sua analisi è emerso che le discrepanze si presentano attraverso specifiche configurazioni:

- Discrepanza tra la rappresentazione propria attuale e la rappresentazione dei devi essere degli altri: si riscontra nelle donne che percepiscono una forte pressione sociale focalizzata sulla maternità come unico elemento di realizzazione femminile. Quando ritengono di non riuscire a soddisfare tali aspettative, l'impossibilità di concepire genera vissuti ansia legati alla paura di essere discriminate e abbandonate.
- La propria rappresentazione attuale contro il proprio devi essere: questa discrepanza si verifica in quelle donne che hanno compreso e interiorizzato le aspettative della società secondo cui ogni donna deve avere un figlio ed essere madre. Essendo questo concetto interiorizzato, esso si trasformando in un dovere morale interno. Le donne sentono quindi di doversi adeguare ad esso ma nel momento in cui sperimentano la non riuscita, si innescano sentimenti di ansia con l'accentuazione di sensi di colpa e di autodisprezzo;

- La propria rappresentazione attuale contro la propria rappresentazione ideale: in questo caso le donne colpite sono quelle per le quali la genitorialità rappresenta un aspetto fondamentale della propria esistenza e dei propri desideri personali. Di fronte all'infertilità sentono di aver commesso un fallimento nella realizzazione di una parte importante del proprio Sé ideale e sperimentano comportamenti depressivi;
- La propria rappresentazione attuale contro la rappresentazione ideale degli altri: le donne che sono colpite da questa discrepanza sono quelle per cui il desiderio di avere un figlio è influenzato dal desiderio degli altri, in particolare dei genitori. Si sentono così scoraggiate, imbarazzate e provano vergogna (Kikendall, 1994).

Kikendall ritiene tuttavia fondamentale riconoscere come le discrepanze non si presentino in modo isolato. Al contrario, la donna si trova spesso a dover gestire un quadro multidimensionale in cui i conflitti di identità si intrecciano tra di loro.

Queste frammentazioni del Sé sono dunque vere e proprie fratture psicologiche che scardinano i pilastri di coerenza e continuità su cui viene costruito l'equilibrio psicologico dell'identità personale. La mancata genitorialità porta così ad una ferita globale dell'identità femminile.

L'impatto psicologico dell'infertilità sulla donna crea quindi non solo una singola risposta emotiva, bensì un vero e proprio percorso emotivo multifattoriale.

Come si è avuto modo di analizzare nel corso del capitolo il passaggio dalla scoperta iniziale alle discrepanze dell'identità, investe la totalità della sfera psichica femminile. La donna non si trova solo a dover elaborare il lutto di un figlio che non è mai nato ma assiste a un crollo delle rappresentazioni di sé e del proprio futuro.

La complessità dell'infertilità fa quindi capire che non si è di fronte a un limite biologico ma anche ad un evento che richiede una profonda ristrutturazione del proprio mondo interno.

CONCLUSIONE

Giunti al termine di questa dissertazione, è possibile delineare una risposta complessiva agli interrogativi da cui è stato mosso l'elaborato. L'indagine condotta ha permesso di evidenziare come effettivamente l'infertilità non sia da considerarsi una mera condizione biologica bensì un fenomeno complesso capace di insinuarsi profondamente nella psiche femminile.

Rispetto ai fattori d'origine, grazie alla letteratura scientifica, si può affermare l'esistenza di un indissolubile legame tra mente e corpo, mostrando come la dimensione psicologica partecipi attivamente alla definizione stessa del disturbo. È emerso, infatti, come fattori stressogeni e conflitti inconsci non rappresentino solo una conseguenza alla diagnosi, ma possano agire, nei quadri di infertilità psicogena, come vere e proprie determinanti eziologiche, capaci di alterare la naturale funzionalità biologica attraverso l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Costrutti come l'alessitimia e la teoria dei nodi di copioni dell'Analisi Transazionale hanno dimostrato come il corpo possa farsi da portavoce di un blocco emotivo interno e di conflitti non elaborati.

Successivamente, nel secondo capitolo, queste dinamiche psicosomatiche sono state calate all'interno della specificità del mondo femminile, approfondendo il significato di maternità come snodo cruciale nell'identità della donna. Grazie alla letteratura scientifica analizzata, è emerso come diventare madre implichi non solo la strutturazione di un'impalcatura mentale e rappresentazionale del materno, ma anche la necessità di raffrontarsi con i vissuti e i legami avuti con la propria madre. Un delicato processo di trasmissione transgenerazionale che, se interrotto dall'infertilità, va a determinare un arresto della continuità evolutiva.

Attraverso il contributo di Helen Deutsch, si è inoltre evidenziato come la risposta della donna al disturbo di infertilità non sia univoca ma si declini in differenti profili psicologici che riflettono specifiche fragilità e caratteristiche.

Nel terzo capitolo, infine l'attenzione è stata indirizzata sulle conseguenze psicologiche che la diagnosi e il vissuto di infertilità esercitano sulla vita dell'individuo e, in alcuni casi, nello specifico sulla donna. L'indagine condotta ha permesso di evidenziare come il blocco generativo si configuri come un lutto invisibile e privo di riconoscimento sociale (disenfranchised grief) in cui la perdita non riguarda un soggetto reale ma un figlio immaginato. Di fronte a questa perdita, l'apparato psichico attiva spesso dei meccanismi di difesa quali il rifiuto e la negazione che, pur offrendo un sollievo temporaneo, ostacolano una reale elaborazione del lutto. Infine, facendo riferimento al contributo di Higgins (1987) e Kikendall (1994), è stato possibile mettere in luce come l'infertilità scardini i pilastri di coerenza e

continuità dell'identità personale creando profonde discrepanze identitarie che portano l'individuo a dover attuare una complessa ristrutturazione del proprio mondo interno.

Nel mappare questo panorama emerge tuttavia un limite intrinseco nella letteratura scientifica sull'infertilità psicogena; vi sono ad oggi pareri discordanti e ricerche frammentate sull'argomento che non isolano con precisione la componente psicologica da quella biologica. Tuttavia, proprio l'impossibilità di separare nettamente questi due aspetti, può essere considerata una risorsa in quanto evidenzia la natura interconnessa del fenomeno.

In conclusione, i dati emersi dalle evidenze scientifiche mostrano come il fenomeno dell'infertilità presenti un'ampia diffusione e comporti un impatto emotivo di significativa portata. È auspicabile quindi che questa condizione rivesta nel tempo sempre maggior interesse nella letteratura scientifica così da aumentarne la consapevolezza anche a livello sociale e culturale e favorire lo sviluppo di sostegni psicologici sempre più efficaci e tempestivi.

BIBLIOGRAFIA

- Campbell, S. M., Dunkel-Schetter, C., & Peplau, L. A. (1991), *Perceived Control and Adjustment to Infertility among Women Undergoing In Vitro Fertilization*, in A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (A cura di), *Infertility: Perspectives from stress and coping research*, 147–167, Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0753-0_7;
- Capece, M., & Ferraioli, C. (2025), *Il costrutto dell'alessitemia*, LIRPA International Journal. <https://www.lirpa-internationaljournal.it/wp-content/uploads/2025/11/Capece-Ferraioli-ITA-2025-1.pdf>;
- Cena, L. (2011), *Il bambino immaginario*, in Imbasciati, A., & Cena L. (A cura di), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali (Vol.1)*, Franco Angeli Editore. <https://iris.unibs.it/retrieve/ddc633e3-6057-4e2e-e053-3705fe0a4c80/Cena-%20il%20bambino%20immginario.pdf>;
- Christie, G. L., & Pawson, M. E. (1987), *The psychological and social management of the infertile couple*, In: Pepperill, R. J., Hudson, B., & Wood, C., *The Infertile Couple*. (2nd ed). London: Churchill Livingstone;
- Civitarese, G. (2015), *Sul concetto bioniano di contenitore/contenuto*, Atque: Materiali tra filosofia e psicoanalisi, 75-98. https://www.atquerivista.it/wp/wp-content/uploads/pdf/atque_17ns_4.pdf;
- Conversano, C., Valentino, V., Lensi, E., Cela, V., Artini, P. G., & Genazzani, A. R. (2007), *Dalla diagnosi di sterilità/infertilità ai protocolli di procreazione assistita: vissuti psicologici delle coppie sterili*, in Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXIX - n. 3, 133-142, http://eprints.bice.rm.cnr.it/5352/1/article_%281%29.pdf
- Conway, P., & Valentine, D. (1987), *Reproductive losses and grieving*, Journal of Social Work and Human Sexuality, 43-64;
- Corsale, B. (2021), *Invidia del pancione. Una guida per riconoscere le proprie emozioni e affrontare la ricerca di un figlio*, Erikson;
- Della Vedova, A.M. (2015), *Il luogo delle origini: percorsi della nascita e della genitorialità*, 43-52. https://turismoepsicologia.padovauniversitypress.it/system/files/papers/2015_2_05.pdf
- Deutsch, H. (1991), *Psicologia della donna. Studio psicoanalitico in due volumi*, (Vol. 2), Boringhieri, Torino, (Opera originale pubblicata nel 1945);

- Erskine, R. G. (2014), *Struttura dell'Io, funzioni intrapsichiche e meccanismi di difesa: un commento ai concetti teorici originali di Eric Berne*, Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche.
<https://www.berne.it/public/uploads/2014/04/Struttura-dellIo-funzioni-intrapsichiche-e-meccanismi-di-difesa-R.Erskine.pdf>;
- Fantini, M. (2011), *La chiave della sterilità. Considerazioni sull'infertilità psicogena*, Torino, ANANKE;
- Folkman, S. (1984), *Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis*, Journal of Personality and Social Psychology, 839-852;
- Froggio, G. (2000), *Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità*, Cinisello Balsamo, Edizioni San Paolo;
- Gourounti, K., & Giannikaki, M. (2021), *Alexithymia, stress and depression in infertile women: A case control study. Materiae Socio-Medica*, 18-22.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8116079/>;
- Greil, A. (1997), *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature*, Social Science & Medicine, 1679-1704. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9428088/>;
- Higgins, E. T. (1987), *Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect*, in Psychological Review, 319-340.
<https://www.columbia.edu/cu/psychology/higgins/papers/HIGGINS%3DPSYCH%20REVIEW%201987.pdf>;
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., & Collins, A. (1999) *Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment*, 42-48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9926891/>;
- Imbasciati, A., & Buizza, C. (2011), *L'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di un'emozione negata*, Liguori Editore;
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2008), *Le cure materne: in una prospettiva transgenerazionale*, Nascere;
- Kalantaridou, S. N., Makrigiannakis, A., Zoumakis, E., & Chrousos, G. P. (2004), *Stress and the female reproductive system*, Journal of Reproductive Immunology, 61-68.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165037804000361?via%3Dihub>;
- Kennedy, A. (2021), *Disenfranchised grief*, EBSCO Research Starters.
<https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/disenfranchised-grief>;

- Kikendall, K. A. (1994), *Self-Discrepancy as an Important Factor in Addressing Women's Emotional Reactions to Infertility*, in Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 25, 296-300. https://www.researchgate.net/publication/232588567_Self-Discrepancy_as_an_Important_Factor_in_Addressing_Women%27s_Emotional_Reactions_to_Infertility;
- Lambruschi, F., & Battilani, L. (2014), *La funzione del lutto nel mantenimento della coerenza sistemica del sé*, Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 65-84. <https://www.ordinepsicologitoscana.it/public/files/doc/files/000011/00001157.pdf>;
- Lorito, L., & Di Maria, F. (2008), *La teoria dell'attaccamento tra intersoggettività e gruppoanalisi*, Gruppi, 105-124. <https://iris.unipa.it/retrieve/f28aecb9-0821-4acb-99c5-33b259bd988c/63-260-1-PB.pdf>
- Mecacci, A. (2022), *Infant Observation e Psicoanalisi Infantile*, Funzione Gamma, 1-5. <https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/2022/11/43-5-ITA.pdf>;
- Morrone, G. (2013), *Sul concetto di identità. Tracce di riflessione*, Laboratorio dell'ISPF, 1-15. http://www.ispf-lab.cnr.it/2013_401.pdf;
- Nik Hazlina, N. H., Norhayati, M. N., Shaiful Bahari, I., & Nik Muhammad Arif, N. A. (2022), *Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta- analysis*, BMJ Open. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354629/>;
- Nowicki, S., & Duke, M. (2016), *Foundations of Locus of Control : Theory, Research, and Practice in the First 50 Years*, Information Age Publishing. https://www.researchgate.net/publication/309567101_Foundations_of_Locus_of_Control_Theory_Research_and_Practice_in_the_First_50_Years/citations;
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Pazzagli, C. (2011), *La nascita nella mente della madre*, Rivista Italiana di Educazione Familiare, 77-88;
- Pesci, S. (2015), *Il lutto e la sua elaborazione*. https://www.researchgate.net/publication/296702540_Il_lutto_e_la_sua_elaborazione.
- Pigozzi, L. (2025), *Non solo madri. Riscoprire la donna oltre la maternità*, Milano, Raffaello Cortina Editore;
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). *The relationship between stress and infertility*, Dialogues in Clinical Neuroscience, 41-47. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6016043/#sec7>;

- Solomita, B., & Franza, F. (2020), *Lutto “senza corpo”*, Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 9-25, https://www.villadeipini.com/site/wp-content/uploads/2020/05/Solomita_QT_M_2020.pdf;
- Testa, G., & Graziottin, A. (2006), *Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo*, Giorn. It. Ost. Gin. Vol XXVIII-n 4, 161-167;
- Wallace, A. F., & Fogelson, R. D. (1969), *Lotta per l'identità*, in Froggio, G. (2000), *Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità*, Cinisello Balsamo, Edizioni San Paolo;
- Weisz, J. R., Francis, S. E., & Bearman, S. K. (2010), *Assessing Secondary Control and its Association with Youth Depression Symptoms*, in J Abnorm Child Psychol, 983-993. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3001242/>;

SITOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità, 10 febbraio 2020, *Infertilità maschile e femminile*, https://www.iss.it/search?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_redirect=%2Fsearch%3Fq%3Dinfertilit%C3%A0&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_assetEntryId=2995783&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_type=content&p_1_back_url=%2Fsearch%3Fq%3Dinfertilit%C3%A0&p_1_back_url_title=Search, (Accesso libero). [26/04/2026].;
- Istituto Superiore di Sanità, 5 gennaio 2022, *Infertilità e procreazione medicalmente assistita*. <https://www.iss.it/infertilit%C3%A0-e-pma> (Accesso libero). [10/05/2026].