

La maternità nella stanza dell'analisi. L'etica dell'analista di fronte alle nuove frontiere della biotecnologia

Bianca Gallerano¹

La nostra pratica clinica, spesso, ci fa vivere situazioni nelle quali sembra divenire necessario chiedersi

se è possibile pensare in modo diverso da come [solitamente] si pensa [...] perché senza questa distanza non sarebbe più possibile riflettere oltre. Senza questa curiosità, la ricerca non è altro che una legittimazione di ciò che già si sa (Foucault).

Le considerazioni che propongo non hanno la pretesa di avere valore assoluto, ma sono relative al modo in cui ho assimilato sia la mia formazione teorica che l'esperienza clinica. Quest'ultima è specifica e unica per ogni singolo analista poiché dipende anche dai pazienti che ha incontrato nel suo percorso professionale e, in particolare, da quelli che riesce a contenere² e curare.

Le riflessioni che seguono sono nate e hanno preso forma dalla mia esperienza clinica con donne che attraversano, o hanno attraversato, percorsi complessi e tortuosi nell'intento di poter concretizzare il sogno/desiderio/bisogno di diventare madri, nonostante la natura sia con loro *matrigna*. Donne che si trovano di fronte a scelte complesse che chiamano in causa relazioni, coscienza del limite e desideri che la modernità rende legittimi. Infatti: «...le biotecnologie rispondono a desideri reali, leniscono grandi infelicità, cercano di porre rimedio alla più iniqua delle ingiustizie, quella biologica» (Vegetti Finzi 1999, p. 4).

L'impossibilità di diventare madri, per alcune donne, può costituire un evento di profondissimo impatto emotivo, uno degli eventi limite che si possono presentare in un percorso esistenziale. La loro vita sembra essere segnata da un'alternanza straziante tra speranza e pessimismo. «La sensazione dell'impossibilità di accesso al 'mondo delle madri' fa spesso parte del vissuto delle donne con problemi di infertilità» (Marioni 1998, p. 117). Una frase che Garcia Lorca affida ad un personaggio di una sua opera teatrale, Yerma, rende, in modo esemplare, questo vissuto:

¹ Psicologa, analista del CIPA.

² Il termine 'contenere', in questo contesto, viene usato nell'accezione data da Nadia Neri: «...spesso noi analisti ci sentiamo più tranquilli nell'aiutare che nel rischiare di contenere» (1991, p. 310).

Quando una donna ha avuto figli, non pensa più a quelle che non ne hanno. Diventa di un'ignoranza così assoluta come chi nuota nell'acqua dolce e non ha più idea di cosa sia avere sete. Io ho ogni giorno più desideri e meno speranza (Garcia Lorca 1937, p. 27).

Il mio bisogno, invece, come analista e come donna che non sa *'cosa sia avere sete'* è stato quello di riuscire a mettere parole sulle specifiche dinamiche emotive che prendono corpo nella stanza d'analisi. Dinamiche nate dall'incontro tra due mondi psichici: quello di donne che di fronte all'impossibilità sono spinte ad attraversare esperienze che oscillano tra sentimenti di profonda impotenza e una determinazione caparbia a realizzare, a tutti i costi, il loro desiderio; e quello dell'analista che non può prescindere dalla sua dimensione etica, e dalle sue convinzioni in rapporto all'utilizzo della tecnica.

La visione del mondo che abita il mondo interno di ogni singolo analista, a volte, rischia di trascinare l'altro nel suo concetto di normalità e di patologia. La sua dimensione etica può condizionare fortemente il suo modo di ascoltare e di comprendere profondamente la difficile e dolorosa esperienza a cui vanno incontro oggi molte donne. Si rischia, cioè, di essere catturati da un atteggiamento ideologico nei confronti di una trasformazione epocale, che la filosofa Moneti Codignola, nel libro *L'enigma della maternità. Etica e ontologia della riproduzione* descrive con l'espressione *rivoluzione biotecnologica*. Rivoluzione a cui da alcuni anni stiamo assistendo: l'immagine collettiva della procreazione è stata incrinata dalle tecniche di fecondazione indotta che separano la generatività dalla fecondità. Secondo l'autrice:

Il segreto profondo della vita, [...] il luogo in cui il mistero della creazione rimaneva intatto, è oggi in gran parte svelato e nelle mani degli scienziati della vita che possono manipolarlo e riprodurlo secondo i progetti e i desideri degli uomini [...]. Si sono varcate soglie prima considerate sacre e inespugnabili, si sono compiuti passi decisivi verso un mondo artificiale (2008, p. 12).

I periodi di grandi cambiamenti comportano disagio e spaesamento sia a livello collettivo che individuale. Spaesamento che può condizionare la fiducia che ogni singolo ripone nelle proprie convinzioni, nella propria formazione e su i propri saperi certi. Questo sentimento di incertezza, derivante dalla mancanza di verità assolute, contagia e contamina anche la nostra professione di analisti. (Cfr Gallerano - Picone 2016; Gallerano 2009)

Per tale motivo intendo, in questo lavoro, focalizzare lo sguardo su tre temi che possono condizionare la mente dell'analista al lavoro, la sua modalità di ascolto dell'altro:

- 1) Le biotecnologie, la manipolazione dei processi vitali del corpo umano, hanno mutato anche l'immaginario collettivo rispetto al modo di pensare la maternità. Mutamento che ha comportato una profonda ricaduta in relazione al desiderio/bisogno di diventare e sentirsi madri. Questa è la ragione per cui uso il termine al plurale: 'le maternità'.
- 2) Le teorie psicomodinamiche, sui cui fondiamo le nostre certezze identitarie, contengono, a mio parere, dei limiti intrinseci che rischiano di oscurare la nostra capacità di comprendere e spiegare le ricadute che le tecniche di fecondazione assistita hanno sulla psiche delle donne.

- 3) La dimensione etica di ogni singolo analista, la sua visione del mondo, e il suo rapporto con la tecnica inevitabilmente tende a condizionare la modalità di porsi di fronte a questi mutamenti epocali. Per tali ragioni ritengo necessario operare una distinzione tra etica soggettiva, cioè la posizione personale di fronte alle biotecnologia, e responsabilità etica dell'analista nei confronti della cura dell'altro. Tema che tratterò attraverso il racconto di un'immagine tratta dalla clinica.

La bioetica e l'enigma della maternità

La profonda penetrazione della biotecnologia nella vita umana tende a modificare l'orizzonte mentale e culturale degli uomini, ma le conquiste della biotecnologia sembrano procedere molto più velocemente rispetto alla possibilità di poterne cogliere le ricadute sulla psiche delle singole persone. Come sostiene una storica, Barbara Duden, nel libro *Il corpo della donna come luogo pubblico*:

Il compito del medico, che consisteva nell'alleviare le sofferenze delle persone (dalla nascita alla morte), viene esteso, attraverso una nuova etica medica, alla gestione del materiale genetico umano: [a partire] dalla fecondazione (Duden 1994, p. 116).

Da ciò ne consegue che sia l'idea collettiva della maternità, sia il bisogno/desiderio che vivono molte donne di diventare madri, sembra essere radicalmente mutato. Però il venir meno dei tradizionali punti di riferimento può provocare nelle donne cosiddette infertili «ebrezza dell'onnipotenza, [e] apre scenari all'eventuale e all'impossibile» (Vegetti Finzi 1999, p. 5).

Ebrezza dell'onnipotenza come reazione al dolore profondo legato all'impotenza del desiderio continuamente frustrato ma, al contempo, sempre agognato. Del resto le donne che desiderano diventare madri sono socialmente legittimate e soprattutto supportate dalla biotecnologia a concretizzare tale bisogno/desiderio. È umanamente difficile accettare un limite se il contesto culturale di appartenenza suggerisce che può essere travalicato, basta affidarsi all'evoluzione della scienza. Ci si può affidare ai prodigi della medicina, con fede/fiducia, e sperare di realizzare un sogno, un desiderio, un bisogno che culturalmente è vissuto come un diritto.

Come sostiene la filosofa Vittoria Franco: «L'introduzione di dosi massicce di artificialità nella natura fa parte dei processi di civilizzazione» (Franco 2005, p. 106). Possiamo, però, aggiungere che la possibilità che i processi vitali del corpo umano possono essere concretamente manipolati, ha aperto orizzonti problematici che hanno richiesto nuove strutture concettuali per essere realmente compresi. Infatti la cosiddetta rivoluzione biotecnologica, come sappiamo, è stata affiancata dalla nascita di una nuova scienza di matrice biologica: la bioetica, nata in un'epoca relativamente recente³ e intesa come una specifica

³ «Il termine bioetica, costruito a partire dalle due parole greche bios (vita) ed ethos, (morale), è stato coniato dal cancerologo statunitense Van Rensselaer Potter, che lo ha utilizzato in due articoli del 1970, [...] alludendo, con esso, al tentativo di coniugare le scienze della vita con un'etichetta in grado di funzionare da

sezione dell'etica applicata «[...] dedita allo studio delle questioni derivanti dalla ricerca biomedica e dalla cura della salute» (Fornero 2009, p. 3).

La bioetica è una disciplina che «... si occupa delle questioni morali che sorgono parallelamente al rapido progredire della ricerca biologica e medica» (Lecaldano 2005, p. 28). La finalità di questa recente disciplina è quella di riuscire a cogliere le modificazioni e le ricadute nell'universo simbolico collettivo e i riflessi sulla vita umana del rapido progredire della ricerca biologica e medica.

Come tutti sappiamo il dibattito odierno sulla bioetica, che infiamma sia l'opinione pubblica che gli addetti ai lavori è complesso, ed è arduo da esporre. Per il fatto che ci troviamo di fronte ad un «pluralismo di opzioni etiche» (Fornero 2009, p. 191), sono in grado di «legittimare interpretazioni differenti della dignità umana» (*ibidem*). Possiamo, quindi, affermare che la bioetica contemporanea è caratterizzata da un «pluralismo etico» (ivi, p. 213) a cui corrisponde «una pluralità di narrazioni morali» (ivi, p. 89). Pluralità di narrazioni «testimoniato dal diverso atteggiamento nei confronti di problemi come l'aborto, l'eutanasia, la fecondazione assistita» (Mori 2001, p. 166). Il filosofo Fornero ritiene che questo pluralismo etico può essere compreso solo se ricondotto a due paradigmi dominanti della bioetica odierna: la bioetica cattolica e la bioetica laica. Sono paradigmi antitetici e non commensurabili tra loro, poiché affondano le radici in due visioni antropologiche profondamente e radicalmente differenti tra loro. In estrema sintesi la bioetica cattolica, partendo dal concetto della sacralità della vita di ogni singolo essere umano, pone l'accento sulla sua indisponibilità e inviolabilità, e su una serie di divieti assoluti che ogni singola persona è tenuta a rispettare. La bioetica laica, invece, partendo dal concetto della qualità della vita, pone l'accento sulla disponibilità della vita, sulla indipendenza e autonomia decisionale dell'uomo rispetto a qualsiasi ordine ontologico precostituito, e sull'assenza di divieti assoluti. (Fornero 2009, p. 132).

Qualsiasi punto di vista soggettivo e personale nei confronti dei temi complessi che pone la biotecnologia necessita della consapevolezza che i valori in cui crediamo non sono «granitici ma umanamente problematici» (ivi, p. 126).

Questa consapevolezza dovrebbe accompagnare noi analisti anche, e soprattutto, nella stanza d'analisi. Perché ciò possa accadere credo sia necessario che ogni singolo analista divenga consapevole a quale registro etico sente di aderire, quale posizione personale e soggettiva vive nei confronti della cosiddetta *rivoluzione biotecnologica*. Poiché quando, nella stanza d'analisi, abbiamo di fronte una donna che vorrebbe scegliere o ha scelto di rivolgersi alla procreazione assistita, dovremmo evitare di incanalarci in facili scorciatoie ideologiche, da cui ne consegue inevitabilmente una scelta di campo netta ed univoca. Piuttosto, il nostro compito dovrebbe consistere nell'acquisire la consapevolezza della nostra posizione etica di fronte a questi temi, per essere poi in grado di distinguere tra la nostra etica soggettiva, e la responsabilità etica della cura. Dimensioni contigue ma non sovrapponibili.

Uberto Scarpelli, considerato la figura più significativa della bioetica in Italia, parla di 'etica senza verità, non possiamo, quindi, avere certezze assolute in questo campo poiché: «Nell'affrontare i problemi bioetici noi ci portiamo dietro tutta la nostra etica, e la visione del mondo in cui ciascuna

«scienza della sopravvivenza» (Fornero 2009, p. 2).

etica si inquadra» (Scarpelli 1998, p. 67). Per l'autore «etica senza verità» vuol dire che: «... è il singolo individuo, ovviamente quello che coesiste concretamente con gli altri, e non l'individuo-isola, a doversi assumere il peso e la responsabilità delle proprie scelte morali» (ivi, p. 84).

Riflessioni, quelle espresse da Scarpelli che hanno una profonda sintonia con ciò che io penso sia l'atteggiamento analitico in campo junghiano, in particolare ciò che io considero la dimensione etica della cura. Infatti Jung sottolinea, in tutta la sua opera, quanto sia importante per un analista tener conto del fatto che non esistono ricette di vita che possiamo adattare a tutti in modo indistinto in quanto: «Ciò che è individuale non significa nulla nella prospettiva di ciò che è generale, e ciò che è generale non significa nulla nella prospettiva di ciò che è individuale» (Jung 1935, p. 9). Poiché: «le necessità e le esigenze degli esseri umani sono disparate. Quel che è liberazione per l'uno è una prigione per l'altro» (Jung 1929, p. 79); «... ognuno ha in se la propria forma vitale» (Jung 1929a, p. 50).

Queste riflessioni di Jung, credo, testimoniano la specifica difficoltà legata alla nostra pratica clinica. In teoria dovremmo riuscire a convivere in una tensione costante che possa permetterci di rimanere aderenti e fedeli a noi stessi, essere radicati nella nostra storia, nella nostra visione del mondo e non assumere atteggiamenti di falsa vicinanza, né imporre all'altro il nostro sapere, incarnando il ruolo dell'analista *supposto sapere* e, al contempo, rispettare l'altro, la sua posizione etica, anche se non sempre la condividiamo. Rimanere in questa tensione permette di non scivolare in una dimensione pedagogica di fronte alla domanda implicita che la paziente continuamente ci pone: «È giusto usare queste tecniche o devo accettare questo destino?»

Dentro di noi dovremmo avere il coraggio di dire «non lo so», e ricordare sempre la frase di Jung: «C'è da disperarsi al pensiero di quanto prive di ricette o norme universalmente valide sia la psicologia pratica» (Jung 1929, p. 80).

L'inevitabile difficoltà di convivere nella stanza d'analisi con questa consapevolezza spesso può spaventarci e per difesa, la nostra mente irrigidita, si aggrappa ai costrutti teorici che trasformiamo in *ponti illusori*, attraverso i quali riteniamo di comprendere i bisogni reali della persona che abbiamo di fronte e la facciamo rientrare in uno schema teorico preconfezionato: cioè i limiti vanno accettati per poter raggiungere un'adeguata sanità mentale, oppure scivoliamo in un atteggiamento *puer* che spinge in modo compulsivo a travalicare i limiti.

Le teorie psicomodinamiche tra certezze e limiti

La nostra risposta interna (*non lo so*) ci impone un supplemento di riflessione teorica con l'intenzione di creare nuovi strumenti concettuali adeguati a comprendere i nuovi campi dell'esperienza umana prodotti dalla rivoluzione biotecnologica. In campo filosofico la Moneti Codignola afferma:

[questo fenomeno] impone una rimessa a punto degli strumenti concettuali che costituiscono i ferri del mestiere, per renderli al tempo stesso più duttili, per modellarli sulle novità con cui hanno a che fare, senza svuotarli della loro capacità peculiare di comprensione (Moneti Codignola 2008, p. 11).

L'autrice si riferisce alla necessità, da parte del pensiero filosofico attuale, di accogliere questa nuova sfida. Queste riflessioni legate al pensiero filosofico ritengo che debbano investire anche il nostro ambito specifico e il valore che diamo alle nostre teorie. Anche noi analisti dovremmo rendere *i nostri strumenti concettuali più duttili per modellarli sulle novità* a cui stiamo assistendo, altrimenti oscurano lo scopo ultimo del nostro lavoro che non è quello di azzerare il dolore psichico ma di renderlo vivibile.

In un precedente lavoro del 2015 dal titolo «*Parlare è un'arte facile*». L'analista 'devota' e la madre 'inadeguata' sottolineavo, seguendo Jung, come le nostre teorie hanno un valore relativo e soggettivo, anche se evidenziano *verità parziali*. Jung ci pone nella condizione di non affidarci acriticamente ad ogni visione deterministica che si pone come esaustiva, in quanto ritiene di poter abbracciare e comprendere, in modo definitivo, tutta la complessità della vita. Da ciò ne consegue che le *verità parziali* delle teorie dell'età evolutiva contengono al loro interno dei limiti intrinseci e sono accompagnate da una visione ideologica. L'attenzione è, in particolare, focalizzata sulla madre in quanto agente che può favorire o ostacolare nel figlio una crescita psicologica sufficientemente sana. Le caratteristiche di cui dovrebbe disporre una madre sono: la capacità di riconoscere e contenere le proprie emozioni negative per non affidarle in senso proiettivo al bambino; essere capace di rispecchiamento, essere in sintonia con i bisogni del bambino, essere capace di *reverie*; essere lì per essere usata, essere in grado di favorire un graduale processo di separazione che dovrebbe procedere dalla dipendenza assoluta a quella relativa fino a che il figlio possa sperimentare una condizione psicologica caratterizzata dal sentimento di separatezza e autonomia; ed infine essere in grado di riconquistare gradualmente la sua condizione esistenziale di donna. Sono tutte competenze che le teorie dell'età evolutiva attribuiscono al corredo psichico delle madri.

Sono considerate qualità umane essenziali per poter essere madri, qualità che aiutano l'essere umano, 'organismo in evoluzione' (Winnicott 1964, p. 25), ad acquisire una sufficiente sanità mentale. Noi terapeuti disponiamo, quindi, di una sorta di decalogo di come si deve essere madre. Tutto questo bagaglio teorico, pur cogliendo *verità parziali*, rischia di allontanarci da quella singola madre che abbiamo di fronte, nella stanza d'analisi, e dalla necessità di riuscire a comprendere come l'esperienza della maternità ha condizionato l'equilibrio psichico di quella singola donna. Rischiamo quindi di confrontare quella singola madre con la madre ideale delle nostre teorie, piuttosto che cercare di comprendere come funziona o disfunziona la psiche di quella singola madre *in carne ed ossa* che è di fronte a noi.

Lo stesso atteggiamento ideologico rischia di catturare la nostra mente, di impregnare il nostro immaginario rispetto all'idea di maternità realizzata con l'ausilio delle nuove biotecnologie. Nella letteratura psicoanalitica che ha cercato di comprendere sia la natura profonda del desiderio di maternità che le radici psichiche della infertilità psicogena, si incontra, a volte, un tale pregiudizio. Si focalizza l'attenzione sulle ricadute psichiche che l'utilizzo delle tecniche di fecondazione assistita possono avere sul nuovo nato; fino a ritenere di dover tendere alla costituzione di una *bioetica psicoanalitica*. Termine utilizzato, in particolare, dalla Nunziante Cesaro nel libro *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*.

Il bisogno primario di procreazione viene ricondotto soltanto a due motivazioni profonde: Il bisogno di eternità, che si presenta «[...] come adesione interiorizzata al bisogno

umano di sconfiggere la morte attraverso un'illusione di continuità e di immortalità di propri tratti irripetibili che nei figli prendono corpo» (Nunziante Cesaro 2000, p. 79). E il bisogno di ristabilire un'illusoria fusionalità, descritta come una «[...] perenne tendenza dell'individuo [...] a ripristinare la fusione perduta. [...] La gravidanza può essere vista come azione alla ricerca dell'integrazione [...], essere bambina nel ventre materno e fare un bambino vengono a coincidere [...] nel loro significato simbolico» (ivi, p. 80).

Inoltre, si ritiene che per molte donne il desiderio di maternità sembra non essere autentico ma indotto, una sorta di scorciatoia per eludere la fatica che comporta, nell'arco della vita, la costituzione della propria identità, che ovviamente non è un'acquisizione stabile e certa, ma soggetta al continuo divenire. Quindi, per alcune donne, la maternità diventa una facile e illusoria scorciatoia, poiché garantisce una identità forte, sia in relazione al mondo, sia in relazione a se stessa. La maternità può pacificare l'angoscia legata alle difficoltà di acquisire una definizione di sé.

In relazione al tema dell'infertilità, la letteratura psicoanalitica avanza l'ipotesi che, nella psiche delle donne:

[...] si attivi un interdetto psicosomatico a generare, un conflitto intra-psichico che si radica nel soma e che simbolizza il non- desiderio/timore inconscio di generare, a fronte di un dichiarato e pervicace desiderio di un figlio a tutti i costi con cui la medicina collude senza interrogarsi. (Nunziante Cesaro, 2000, p. 11).

L'infertilità è, dunque, vista come un «interdetto psicosomatico» (ivi, p. 12). Un profondo conflitto psichico si esprime nel *silenzio generativo*.

Un'autrice, Ciambelli, esprime una radicale critica, senza appello, nei confronti della biotecnologia, argomentandone le ricadute negative sulla psiche delle donne, e dei futuri nati:

Si realizza [...] di fatto un incontro collusivo tra una vera e propria pulsione ad agire, alimentata da fantasie di controllo onnipotente della procreazione e un desiderio frustrato di generare, che assume la forma del figlio a tutti i costi, oggetto di drammatizzazione individuale e collettiva (Ciambelli 2000, p. 104).

Tali riflessioni sembrano rivolte prevalentemente a descrivere le ricadute negative che l'uso delle tecnologie possono avere sulla psiche del neonato. In relazione alla fecondazione artificiale eterologa si assiste:

[...] all'intersezione di una figura terza nel fantasma della scena primaria: il donatore estraneo alla coppia. [...] Il legame di filiazione, che non si ordina più intorno alla triangolazione, assume un carattere problematico e l'elaborazione del vissuto fantasmatico soggiacente non può che risulterne problematicamente complesso sia per i genitori che per il figlio che nasce (Nunziante Cesaro 2000, p. 78).

Nel caso della fecondazione omologa, quest'ultima è inscritta fuori dall'ordine sessuale, e trascina con sé colpa, vergogna e segreto: «Il non detto rimane [...] circolante nel nucleo familiare strutturando la relazione inconscia genitori-figlio/figlia sulla base del segreto e della mancanza» (*ibidem*, p. 78).

Possiamo, quindi, ritenere che la *bioetica psicoanalitica* assume una posizione molto netta e radicale nei confronti della biotecnologia. Poiché si ritiene che quest'ultima colluda con un

vissuto soggettivo a cui non è sotteso un autentico desiderio e cerca di negare il significato di un sintomo psichico che parla attraverso il corpo. Corpo che rappresenta lo scenario che la psiche sceglie per le sue rappresentazioni.

Da queste ipotesi interpretative e dalla posizione etica assunta nei confronti delle biotecnologie ne consegue un modo specifico di intendere sia la funzione dell'analista che la finalità della cura. Ho l'impressione che ci troviamo di fronte ad una sorta di *prescrizione psicoanalitica*. Si tratta quindi di aiutare le donne a divenire consapevoli della natura conflittuale del loro desiderio e accettare che quel desiderio non è autentico, piuttosto è *un falso desiderio*. Queste ipotesi interpretative così radicali ed assolute non spiegano fino in fondo perché tante donne accedono facilmente alla maternità e poi vivono quest'ultima accompagnate da un profondo conflitto, da una profonda ambivalenza che le trascina verso una sofferenza che tende a declinarsi in senso patologico.

Se la ragione è da ricondurre soltanto ad un profondo conflitto, iscritto nel corpo, rischiamo di operare una distinzione tra donne che possono procreare e donne che, per motivi psichici, non possono. Non credo che la psiche abbia un potere così determinante sul corpo. Possiamo soltanto dire, come sostiene la Vegetti Finzi che ci troviamo di fronte ad una «ingiustizia biologica».

Inoltre se penso alla mia esperienza mi vengono in mente donne che con la fecondazione assistita, sembrano essere madri *sufficientemente buone*, e vivono il loro essere madri accompagnate dal corredo dei conflitti, le ambivalenze e le angosce tipiche che caratterizzano la maternità.

Non possiamo, quindi, porci di fronte a quella singola donna, che è di fronte a noi nella stanza d'analisi, con queste teorie parziali a cui è sotteso un determinismo psichico che vuole porsi come esaustivo. Un preconcetto ideologico che si vuole divenga un valore condiviso. Il pregiudizio normativo nella nostra pratica clinica rischia, piuttosto, di farci avere una visione normalizzante delle relazioni umane.

Non possiamo, quindi, delineare un «canone normativo» di donne idonee ad essere madri (cfr. Nunziante Cesàro 2000, pp. 92-97).

Nella stanza d'analisi, invece, spesso ci troviamo di fronte ad un abisso tra i nostri costrutti immaginativi e il dolore muto, difficilmente comprensibile che vivono molte donne. Come sottolinea Marta Verna, un medico che ha attraversato questa esperienza dolorosa, «[...] nel momento in cui si dichiara di desiderare un figlio non è più possibile tornare alla dimensione ontologica precedente, sia che il figlio arrivi sia che esso non arrivi mai» (Verna 2016, p. 57). La frustrazione cronica diventa un'infelicità, un avvenimento potente, intimo che genera differenze, si è e ci si sente diverse, si convive con un'assenza che è sempre presente. La modalità di vivere queste esperienze acquista sfumature profondamente diverse, che possiamo delineare all'interno di un arco ideale al cui estremo troviamo donne che dispongono di risorse psichiche che le permettono di vivere accompagnate da un *dolore cronico*, e possono vivere con questa iniqua ingiustizia biologica, riuscendo a trovare dentro di sé risorse fino ad allora impensabili. All'estremo opposto troviamo donne che sono travolte da questa dimensione cronica che sovrasta e azzerà il senso e il significato della loro vita. Nella stanza d'analisi noi vediamo l'esasperazione della sofferenza umana, della fragilità consustanziale all'umano. Nei confronti del tema dell'infertilità, abbiamo a che fare con forme di sofferenza difficilmente descrivibili attraverso categorie diagnostiche rispetto alle

quali non è certo pensabile una *clinica della* classificazione (Marioni - Gallerano 2006, p. 54).

Possiamo, invece, avanzare l'ipotesi che, nella psiche di alcune donne, si costelli una dimensione di «dolore psichico cronico» (*ibidem*). Questa espressione, che è stata utilizzata da molti autori per descrivere la condizione psichica che vivono le madri di figli portatori di handicap (cfr. Marioni - Gallerano 2006), ritengo possa essere estesa alle donne che non possono divenire naturalmente madri. L'immagine del *dolore cronico* ritengo sia più aderente alla realtà clinica. Con questa espressione gli autori si riferiscono ai vissuti dolorosi legati all'impotenza e alla continua frustrazione che si ripresentano periodicamente sotto forma di picchi di dolore, che non vengono mai eliminati né trasformati, anche se ci si adatta a tale situazione immodificabile. Si assiste così ad un fenomeno psichico ricorrente che vede il risorgere continuo del dolore ineliminabile. Infatti l'infelicità correlata alla continua frustrazione fa sì che alcune donne si sentano sbagliate, e difettose. Tutto questo tormentato bagaglio di emozioni sembra essere un percorso obbligato, poiché la percezione del divario con il mondo 'delle altre' tocca in modo profondo le donne che non possono procreare: «La loro esistenza si coagula su un obiettivo mancato» (Verna 2016, p. 99), «si è attratte dal vortice della mancanza» (ivi, p. 61), «e il sogno finisce per diventare una malattia» (ivi, p. 76).

Se rinunciamo alla convinzione che le nostre ipotesi interpretative hanno un valore assoluto, quindi non possiamo costituire una *bioetica psicoanalitica*, possiamo avvicinarci a queste situazioni attraverso un sguardo fenomenico che ci permette di operare una distinzione tra sofferenza consustanziale all'umano e sofferenza declinata in senso patologico. Secondo una visione junghiana possiamo parlare di sofferenza declinata in senso patologico quando un nucleo di dolore tende ad impossessarsi, cronicamente, della naturale plasticità della psiche, di conseguenza l'assetto difensivo tende, sempre più, ad irrigidirsi e la personalità si impoverisce. Questa distinzione ci permette di cogliere la profonda differenza tra donne che dispongono di risorse psichiche che le permettono di vivere accompagnate da un 'dolore cronico' che non impedisce loro di sentirsi vitali negli altri ambiti della vita, e donne che sono travolte dal dolore cronico e quest'ultimo invade e travalica tutti gli aspetti della vita. Donne agite da una compulsione, una coazione a ripetere in senso autodistruttivo. Coazione che trasforma il desiderio in rabbia cronica e delusione costante.

L'etica dell'analista e la responsabilità etica della cura

Non si può giungere alla comunicazione con una persona lacerata dalla sofferenza psichica [...] se non la si accoglie nella sua diversa forma di vita, nella sua alterità, e nella sua ardente umanità: ferita dal dolore, e nondimeno animata dalle speranze, non identiche alle nostre [...]. Se noi non sappiamo uscire dai confini della nostra identità, e ne rimaniamo prigionieri, nulla capiremo [...] dei modi di essere dell'altro (Borgna, 2015, p. 79).

Per poter aiutare l'altro a non essere trascinato ed agito dal fascino coatto della propria storia personale, aiutarlo a convivere con un dolore cronico ritengo «... che, per la pratica clinica, sia indispensabile che l'analista mantenga in vita la capacità-possibilità di assumere, in ogni seduta, la speranza di essere affidabile per l'altro e riuscire ad ascoltarlo in modo rispettoso e dialogare in modo autentico» (Gallerano 2014, p. 47). Chiaramente non ci sono

garanzie, possiamo fare solo affidamento sul nostro impegno etico nei confronti della cura e sulla fiducia che la nostra mente possa mantenere vivo uno spirito autocritico e, come sostiene Jung, applicare a noi stessi l'atteggiamento conoscitivo che tendiamo a rivolgere al paziente.

Di seguito attraverso il racconto di un'immagine tratta dalla clinica focalizzerò l'attenzione e lo sguardo sulle specifiche difficoltà nel mantenere fede al nostro impegno etico quando abbiamo di fronte una donna che soffre per situazioni a noi estranee e distanti.

Entriamo nella stanza d'analisi

La storia di M. «*Sono un garage*».

Una donna relativamente giovane chiede aiuto perché vive profonde difficoltà nel gestire sua figlia di 2 anni. La bambina è venuta al mondo in seguito ad una fecondazione eterologa, e la gravidanza, nel vissuto della paziente, è ricordata come l'essersi sentita un «semplice contenitore». Vissuto che continua ad avvolgerla e a farla sentire una madre indegna di essere tale. Le sedute sono segnate dai vissuti della paziente accompagnati da pensieri distanti tra loro ed opposti. Sente di non essere una *vera madre*. Ed è questa drammatica emozione che le impedisce di dedicarsi alla figlia in modo, a suo dire, adeguato, fornendole tutte le cure e le attenzioni che lei necessita. Infatti, qualsiasi pensiero che attraversa la sua mente – desiderio di riprendere a lavorare, stanchezza, rifiuto, mancanza di pazienza – sono la prova che lei non è una *vera madre*. Riesce a non essere catturata da questo malessere che la fa sentire indegna, coltivando l'intenzione di poter andare incontro ad un'altra gravidanza, desiderio condiviso con il partner. Desiderio a cui è sotteso il bisogno di vivere la nuova esperienza in modo meno angosciato e avere di sé un'immagine di madre, questa volta, degna. Il mito dell'amore materno, come amore totale e incondizionato, la possiede, invade la sua psiche, e ogni piccolo fallimento o sentimento, che non conferma la sua dedizione totale le fa sentire una madre *non vera*.

Le sedute oscillano tra la delusione che vive verso se stessa e l'entusiasmo perché pensa di realizzare il nuovo progetto. Una seduta è dedicata ai suoi sentimenti di indegnità e di inadeguatezza, e quella successiva all'entusiasmo per la promessa futura, per il viaggio che ha deciso di intraprendere per tornare in *quel luogo* dove il desiderio si potrà, questa volta, realizzare. Questa seconda volta andrà meglio, poiché lei, nella precedente esperienza non era stata in grado di vivere in modo adeguato quello che le era accaduto.

È stato molto difficile per me accompagnarla nella sua oscillazione tra questi due vissuti estremi, la mia capacità di ascolto e di comprensione veniva spesso messa a dura prova. Nella mia mente scorrevano pensieri negativi, diagnosi sia psichiatriche che psicodinamiche. Mi sentivo spesso impotente, a volte, non in grado di aiutarla. La pensavo solo come una paziente cosiddetta grave. I giudizi silenti sul suo operare come madre, scorrevano velocemente dentro di me, passavo in rassegna tutta la letteratura e lei rientrava nel quadro della non 'idoneità alla maternità'. (Nunziante Cesàro 2000, p. 97). Questo clima emotivo ha accompagnato le sedute per un tempo relativamente lungo. Oggi posso dire che il mio sentire verso di lei e su di lei, forse, alimentava e teneva in vita una dimensione scissa della paziente. La mia mente si bloccava in un atteggiamento giudicante di fronte a quello che consideravo

un tratto onnipotente che spingeva la paziente, secondo la mia interpretazione di allora, a risolvere il sentimento di indegnità con la compulsione. Per me la fecondazione eterologa era un'esperienza negativa da non praticare, frutto dell'impossibilità di accettare i propri limiti. Per me era solo una *paziente grave*. Invece di accogliere e contenere in me tutti e due gli aspetti, separati nella paziente, in un primo movimento di integrazione che può avvenire solo nella mente dell'analista, mi ero identificate con l'aspetto giudicante e autosvalutante della paziente. Nella mia mente la sua indegnità si era trasformata, attraverso la mia visione ideologica, nella diagnosi di *non idoneità alla maternità*. Infatti un pensiero albergava spesso nella mia mente ed era rivolto alla figlia, vissuta da me come vittima di un destino ingrato.

Durante una seduta la paziente parlando della sua indegnità pronuncia una frase accompagnata da una carica emotiva segnata dal un dolore intenso: «in fondo, io sono stata un garage e mio marito mi ha tradita». La mia mente si irrigidisce, si pietrifica, penso: «sta delirando!». Poi vedo il volto sofferente e tragico della paziente e penso al suo fortissimo desiderio di fare un secondo figlio con l'eterologa. Mi accorgo che la mia mente e le mie emozioni erano rimaste bloccate, tutte occupate dal mio rifiuto nei confronti dell'eterologa. In fondo anch'io ero presa da qualcosa di simile alla fantasia della paziente: *sei stata un garage*. L'espressione del volto della paziente, segnato dalla paura per la frase che aveva pronunciato, mi colpisce. Penso al pregiudizio maschile, già Aristotele pensava alla femmina come mero contenitore passivo del processo generativo.⁴ In fondo anch'io avevo una visione simile della fecondazione eterologa. Questi pensieri mi calmano, mi scongelano. Riesco a vedere la paziente, posso avvicinarmi a lei. Mi appare una donna in tutta la sua disperazione, incastrata: «tra una vera e propria pulsione ad agire, alimentata da fantasmi di controllo onnipotente della procreazione e un desiderio frustrato di generare» (Ciambelli 2000, p. 104). Situazione che la fa sostare tra l'impotenza e l'illusione, in un circolo vizioso sterile e senza fine. Comincio a dar maggiore ascolto alle sue fantasie di madre *non vera*, inadeguata, aiutandola a districarsi tra quei sentimenti che sono i vissuti di molte madri – le dico –, anche di quelle *vere*. Probabilmente il sentire da parte della paziente che la sua inadeguatezza trovava realmente dignità di cittadinanza nella stanza d'analisi, ha permesso che si attenuasse l'oscillazione che aveva segnato il primo periodo. Tutto lo spazio è occupato dal suo senso di indegnità sia come madre che come figlia. La madre della paziente sin da quando lei era molto piccola soffriva di una depressione profonda e lei si sentiva la madre della madre che non era riuscita a guarirla. Lo spazio delle sedute successive sarà occupato dal suo dolore cronico, come figlia di una madre profondamente depressa e soprattutto come madre *non vera*. Dolore cronico che gradualmente, riuscirà a trovare un luogo protetto, che ha diritto di essere accolto e lenito. La cura diventa così un argine contro la disperazione e il sentimento di nullità. Come scrive Primo Levi: «Dopo di allora, ad ora incerta, quella pena ritorna, e se non trova chi la ascolti, gli brucia in petto il cuore» (1984, p. 23). La fantasia dell'analista è che la stanza d'analisi possa divenire quel *Luogo* che ascolta, ad un'ora certa, quella pena, affinché non invada e travolga

⁴ «La femmina offre sempre la materia, il maschio è l'agente del processo di trasformazione». In sostanza solo al maschio era attribuita la capacità di generare, mentre il ruolo della donna era svilito, ridotto a mera funzione di contenimento: il suo corpo nutriva ciò che il seme maschile aveva generato; il maschio era attivo, 'agente e trasformatore'; la femmina passiva, nel senso etimologico del latino patire (subire)» (Filippini 2017, p. 22).

tutto il senso della sua vita. Aiutando la paziente ad acquisire gradualmente la capacità di far sì che il danno, la ferita, il dolore psichico cronico «non suscettibile di cura diretta» (Jung 1943, p. 89) non si trasformi in umiliazione, profondo senso di solitudine e isolamento, e non assuma così una declinazione stabilmente patologica. Come scrive Hillman: «... resta il complesso e la lacuna, ciò che si diversifica sono le nostre connessioni con quei luoghi e le nostre riflessioni attraverso esse» (Hillman 1984, p. 189).

Considerazioni conclusive

Nell'incontro clinico, per un'analista junghiano, la dimensione diagnostica ha un valore relativo. L'interesse è spostato dal sintomo al significato che quell'evento ha per la personalità nel suo complesso, quale sia la sua funzione e a cosa sia finalizzato. È chiaramente una visione olistica, l'individuo è un essere umano unico, specifico nel suo essere al mondo, e solo all'interno di quella unicità è possibile incontrare dimensioni trasformative. Non è nostro compito decidere al posto dell'altro cosa sia bene e cosa sia male, nel nostro caso specifico se l'eterologa è una nuova possibilità che la scienza apre o se è un'esperienza che alimenta fantasie onnipotenti.

Il nostro impegno etico nei confronti della cura dell'altro, ritengo che, in queste situazioni specifiche, dovrebbe consistere nel riuscire a pensare di poter aiutare la paziente a individuare un proprio sistema di coordinate all'interno del quale inserire il dolore «non suscettibile di cura diretta». L'obiettivo dell'analisi (di qualunque analisi) non può essere quello di azzerare la sofferenza, che è elemento consustanziale all'umano, ma di fornire la possibilità di entrare in contatto col proprio dolore senza esserne annientati. La Hillesum ritiene che: «per ogni evento l'uomo possieda un organo che gli consente di superarlo» (1990, p. 45). Possiamo avanzare l'ipotesi che l'ascolto analitico, rispettoso, umile, accompagnato da compassione e scevro da pregiudizi teorici o ideologici possa rappresentare una delle possibilità di attivazione degli *organi psichici* di cui parla la Hillesum.

Nel libro *Nessuno esca piangendo*, l'autrice evidenzia come di fronte all'impossibilità di procreare naturalmente «c'è sempre qualcosa da fare e quel qualcosa è curare» (Verna 2016, p. 54), rendere cioè il dolore cronico umanamente sopportabile, sottolineando che la rabbia cronica può essere trasformata in un dolore cronico solo se si verifica «un'alleanza salvifica tra chi cura e chi è curato» (ivi, p. 69).

Bibliografia

- Borgna E. 2015, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Einaudi, Torino.
- Ciambelli M. 2000, *Il figlio desiderato e il figlio 'fabbricato'. Qualche riflessione in tema di procreazione artificiale*, in *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione assistita* (a cura di A. Nunziante Cesàro), Franco Angeli, Milano.
- Craparo G. 2016, *Elogio dell'incertezza. Saggi psicoanalitici*, Mimesis Edizioni, Milano.
- Duden B. 1991, trad. *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati

- Boringhieri, Torino 1994.
- Filippini, N.M. 2017, *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Viella Libreria Editrice, Roma.
- Fornero G. 2009, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano.
- Franco V. 2005, *Bioetica e procreazione assistita*, Donzelli Editore, Roma.
- Gallerano B. - Picone F., *L'incertezza come paradigma della contaminazione ed esperienza del contagio nell'analisi junghiana*, in (a cura di G. Craparo), *Elogio dell'incertezza. Saggi psicoanalitici*, Mimesis, Milano 2016.
- Gallerano B. 2009, *Il meticcio nella stanza d'analisi: la contaminazione tra i modelli di funzionamento della psiche*, in «Studi Junghiani», n° 30, 2009, Franco Angeli, Milano.
- Gallerano B. 2014, *Zone d'ombra nel processo analitico. Incidenti, collusioni e stati regressivi della mente*, in «Psicobiiettivo», n° 1, 2014, Franco Angeli, Milano.
- Gallerano B. 2015, «Parlare è un'arte facile». L'analista 'devota' e la madre 'inadeguata', Seminario Residenziale del CIPA, Siracusa 2015.
- Garcia Lorca F. 1937, trad. *Yerma*, Einaudi, Torino 1997.
- Hillesum H. 1990, *Lettere 42-43*, Adelphi, Milano 1990.
- Hillman J. 1985, trad. *Trame perdute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Jung C.G. 1929, *I problemi della psicoterapia moderna*, in OCGJ, vol. 16°, Boringhieri, Torino 1981.
- Jung C.G. 1929a, *Scopi della psicoterapia*, in OCGJ, vol. 16°, Boringhieri, Torino 1981.
- Jung C.G. 1935, *Principi di psicoterapia pratica*, in OCGJ, vol. 16°, Boringhieri, Torino 1981.
- Jung C.G. 1943, *Psicoterapia e concezione del mondo*, in OCGJ, vol. 16°, Boringhieri, Torino 1981.
- Lecaldano E. 2005, *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Bari.
- Levi P. 1984, *Ad ora incerta*, Garzanti, Milano 1998.
- Marioni P. 1998, *Sull'infertilità: il desiderio mancato tra mitopoiesi e tecnologia*, Psicobiiettivo, n° 2.
- Marioni P. - Gallerano B. 2006, *Lutto in elaborazione o dolore cronico? L'ascolto analitico delle madri di figli portatori di handicap*, in «Studi Junghiani», vol. 12, n° 2, Franco Angeli, Milano.
- Moneti Codignola M. 2008, *L'enigma della maternità. Etica e ontologia della riproduzione*, Carrocci, Roma.
- Mori M. 2001, *L'etica della qualità della vita e la natura della bioetica*, in «Rivista di filosofia», vol. XCII, Il Mulino, Bologna.
- Neri N. 1991, *Importanza di un approccio psicoterapeutico con i genitori*, in *Modelli teorici e tecnici della psicoterapia infantile junghiana* (a cura di F. Montecchi), Borla, Roma.
- Nunzante Cesàro A. (a cura di) 2000, *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, Franco Angeli, Milano.
- Scarpelli U. 1998, *Bioetica laica*, Baldini & Castoldi, Milano.
- Vegetti Finzi S. 1999, *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Mondadori, Milano.
- Verna M. 2016, *Nessuno esca piangendo*, UTET, Novara.
- Winnicott D.W. 1964, trad. *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, Edizioni Magi, Roma 2010.