

Convegno Infertilità tra soma e psiche: riflessioni, professionalità, esperienze a confronto

Milano, 28 marzo 2009
Hotel & Centro Congressi, Leonardo da Vinci
Via Senigallia 6, Milano
Linea 52, Ferrovie Nord fermata Bruzzano



La giornata di studi vuole essere un momento di riflessione sul contributo che la psicologia con i suoi professionisti e i suoi strumenti può offrire alle coppie soggette ad infertilità.

Le modifiche della linee guida alla Legge 40/2004 sostengono la presenza professionale dello psicologo, quale supporto e accompagnamento alle coppie in un centro di PMA (procreazione medicalmente assistita).

Ma in che modo lo psicologo può muoversi, cosa può fare, quali obiettivi e con quali strumenti può lavorare per favorire il benessere della coppia e del singolo e quale può essere il suo contributo a fianco del medico e della medicina? Medico e Psicologo, possono dunque collaborare all'interno di centri di PMA, Consultori familiari, Ambulatori medici per offrire un intervento che vede la persona nella sua "interezza"?

L'uomo e la donna che non riescono a generare un figlio sono spesso soggetti itineranti e peregrini tra studi medici dove portano il corpo e, in casi meno frequenti, studi di psicologi dove possono parlare di emozioni e di stati d'animo.

Il convegno vuole promuovere una visione integrata della cura della infertilità, dove professionalità e competenze diverse abbracciano il problema in modo globale e olistico. In questa sede verranno presentati i contributi di esperienze cliniche e psicoterapeutiche, nonché di ricerca e modelli teorici, di colleghi esperti che lavorano in diversi contesti al fine di far germogliare un tavolo di confronto e di studio in materia.

Comitato Scientifico

Dott.ssa D. De Marinis, Dott.ssa C. D'Orsi, Dott. M. Mozzicato, Dr. R. Zerbetto

Segreteria Organizzativa

Dott.ssa C. D'Orsi, Dott.ssa R. Tocco

LA COPPIA INFERTILE: I DATI DI UNO STUDIO IN UN CENTRO PUBBLICO DI PROCREAZIONE MEDICA ASSISTITA

Dr. Guido Ragni, Dr.ssa Francesca Chiaffarino

Unità Operativa Sterilità di Coppia ed Andrologia.

Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena – Milano

Nel corso degli ultimi anni, è aumentata la percentuale di coppie infertili che ricorrono a programmi di Procreazione Medica Assistita (PMA) e nel 15% dei casi l'infertilità si definisce idiopatica. In ambiente scientifico, sempre più attenzione viene rivolta all'aspetto psicologico emozionale messo in gioco nelle procedure di PMA. L'infertilità è una situazione che coinvolge in modo profondo la vita di una coppia, e le procedure di PMA vengono vissute in modo diverso dall'uomo e dalla donna e possono sollecitare la complicazione di vissuti emozionali latenti o determinarne l'effettiva comparsa.

La lunghezza dell'iter diagnostico così come i possibili ripetuti insuccessi, possono diventare sfondo per la nascita di problematiche psicologiche soprattutto per quelle donne/coppie strutturalmente affette e/o predisposte allo sviluppo della sintomatologia depressivo-ansiosa. Se da un lato la procreazione medicalmente assistita offre speranze, dall'altro può alimentare paure e ansie. Soprattutto nella donna, il senso di frustrazione e di fallimento che può nascere si può tradurre in una vera e propria sindrome depressiva-ansiosa.

Nell'ottica di migliorare la qualità della cura nel nostro centro, in collaborazione con la Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) abbiamo condotto uno studio osservazionale longitudinale rivolto alle coppie che afferivano al nostro centro per iniziare una procedura di fecondazione in vitro. Obiettivi dello studio sono:

- Caratterizzazione della popolazione che afferisce ad un centro pubblico di PMA dal punto di vista socio-demografico, culturale. Analisi dei vissuti personali e di coppia rispetto al percorso di infertilità
- Valutare in un campione di coppie identificate consecutivamente presso gli ambulatori del centro la frequenza di uno stato di ansia e/o depressione durante l'esecuzione di una procedura di fecondazione in vitro
- Valutare i possibili fattori di rischio (demografici, clinici e socio-ambientali) preesistenti e/o co-presenti all'esperienza di PMA nella vita del soggetto e della coppia nella strutturazione e nello sviluppo di tratti depressivo-ansiosi o, comunque, indicanti un disagio psicologico significativo.
- Questo studio è ora nella sua fase finale e comprende circa 1000 coppie: oggi presenteremo i dati di una analisi ad interim che coinvolge 408 coppie che si sono presentate al nostro centro da marzo 2007 a luglio 2008.

Ogni coppia che ha effettuato un ciclo di FIVET o ICSI presso il nostro centro è stata invitata a rispondere ad una serie di quesiti riportati nel questionario raccolta dati mediante autocompilazione. Il questionario contiene una serie di quesiti relativi a: dati socio-demografici, storia clinica della coppia, conoscenza delle procedure PMA, degli aspetti legislativi, esperienza con il nostro Centro, aspetti emotivi e psicologici. Inoltre sono state somministrate due Scale di autovalutazione personale dell'ansia ("SELF-RATING ANXIETY SCALE - SAS" di Zung, 1986) e della depressione ("SELF RATING DEPRESSION SCALE - SDS" di Zung, 1965); due strumenti che valutano la presenza e la gravità dell'ansia e della depressione. Una seconda rilevazione dello stato di depressione ed ansia delle nostre coppie era prevista alla fine della procedura PMA, dove sono stati consegnati alle coppie i due questionari di autovalutazione.

Le due autovalutazioni dello stato di depressione ed ansia previste in diversi momenti del percorso di fecondazione in vitro ci hanno permesso di valutare anche l'utilità dello strumento nell'identificazione dei soggetti a rischio di sviluppare una sintomatologia depressivo-ansiosa ed inoltre di poter distinguere i soggetti con situazione di depressione e/o ansia momentanee dovute al particolare momento (reattiva), che comunque viene rielaborata e "adattata" dalle risorse personali, dai soggetti che invece hanno uno stato di depressione e/o ansia strutturale che si stabilizza e per il quale può essere necessario e utile un supporto psicologico.

Lectture consigliate/bibliografia

Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. Arch Gen Psychiatry 1965;13:508-515

Zung WW Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting. Am J Psychiatry 1986 ;143:1471-2

LE DIFFICILI DINAMICHE DELLA COPPIA INFERTILE: UNA LETTURA PSICOLOGICA

Dott.ssa Donatella De Marinis

Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta e Supervisore FISIG, Co-Direttore CSTG e Partner Studio Associato Metafora, Via Vitruvio, 4 Milano

Dr. Michele Mozzicato

Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente CSTG, Direttore Sanitario Studio Associato Metafora, Via Vitruvio, 4 Milano

L'intervento vuole promuovere e fornire riflessioni e possibili risposte, a partire dalla esperienza clinica, ad alcuni importanti interrogativi che emergono nella coppia a contatto con l'infertilità.

Può una coppia essere una famiglia? Questo è il primo dilemma. All'interno della coppia possono emergere ruoli e dinamiche diverse tra i due partner: Chi desidera e chi si adegua. Chi è il vero "colpevole" tra compassione tenerezza rabbia e rifiuto.

E, se colpevoli lo siamo tutti e due, cosa non funziona tra di noi? Ma il nostro amore esiste ancora o è solo ginnastica procreativa: che ne è del desiderio. Chi è e cosa che tu vuoi veramente? Le cose vanno male, le mestruazioni arrivano, sono disperata, ma lo sono solo io? Tutto ciò rovina la vita, non lo voglio più.....e tu?

E poi se, Il figlio arriva che succede alla coppia e alla sua unità ed entità; e ancora e se il figlio non arriva cosa fa la coppia, quali sono le sue risposte, le sue strategia adattive, le decisione e le scelte?

Letture consigliate/bibliografia

N. Chorodow, *La funzione materna*, ed. La tartaruga

D. De Marinis, M. Mozzicato, *Significato e senso della malattia. Una gravidanza improbabile*, in Benevento D. (a cura di) "Significato e senso della malattia" - Atti del XVII Congresso della Società Italiana di Medicina Psicosomatica tenutosi a Siena, 3 -6 Novembre 1999.

V. Franco (a cura di), *Il femminile tra potenza e potere*, Ed. Arlem

S. Ginger, *La Gestalt – Terapia del contatto*, Ed. Mediterranee

M. Klein, *Autoanalisi transazionale*, Astrolabio

A. Panepucci (a cura di), *Psicoanalisi e identità di genere*, Ed. Laterza

F. Perls, *La terapia gestaltica parola per parola*, Astrolabio

IL BISOGNO DI CURA DELLA COPPIA INFERTILE: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Dott.ssa Rossella Bartolucci

Presidente Sos Infertilità Onlus, Milano

Il paziente infertile, è un vero paziente? E' un malato?

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sì.

Secondo noi, sì, ma con qualcosa che lo contraddistingue rispetto agli altri pazienti.

E' un paziente che può scegliere, la cui patologia gli impedisce di vivere in completezza la propria vita ma non gli impedisce di viverla.

Le tube chiuse o l'astenospermia *impediscono ai pazienti*, perché i pazienti sono due, un uomo e una donna, di realizzare un profondo, importante, desiderio, quello di diventare genitori, ma non impediscono loro di trarre felicità da altri aspetti della loro vita.

E questo, li rende pazienti "privilegiati"?

A nostro parere, li rende pazienti che necessitano di cure particolari, che vengono ben prima e vanno ben oltre la somministrazione di ormoni o l'applicazione di tecniche.

La coppia malata di "figlio inseguito" deve prima di tutto sapere di non essere la sola con questo problema; è infatti tipico vivere il problema in solitudine, senza dividerlo con altri, per timore di essere giudicati, salvo poi, una volta che invece ci si apre, scoprire che una buona fetta delle proprie conoscenze ha o ha avuto problemi simili.

Esempio di questa tendenza all'isolamento è il silenzio che regna nelle sale d'aspetto dei centri infertilità, in cui si vorrebbe parlare con la coppia seduta vicino, sapere e raccontare, ma spesso non lo si fa, bloccati da quell'imbarazzo che ancora oggi la condizione di infertile regala.

Il compito di favorire la salutare condivisione è per la maggior parte assolto dalle associazioni di pazienti che organizzano punti di incontro, reali e virtuali.

La coppia con problemi di concepimento deve poi ricevere tempestive e corrette informazioni di carattere pratico; dove andare, quali indagini fare, le cure possibili, i comportamenti scorretti da evitare.

Importante poi è il counselling, che dovrebbe essere fornito a questi pazienti così vulnerabili nel momento in cui decidono di affrontare l'iter diagnostico e di cura: dovrebbero essere presi per mano e accompagnati attraverso ogni ecografia, ogni iniezione, ogni trattamento. Dovrebbe essere insegnato loro a vivere il difficile percorso del trattamento dell'infertilità, della procreazione medicalmente assistita, con determinazione, pazienza, intelligenza e un sano distacco. Dovrebbero essere aiutati a far sì che il desiderio del figlio non diventi abnorme e non fagociti, avvelenandola e privandola di valore, la propria intera vita, cosa che invece, purtroppo, avviene quasi sempre. Dovrebbe essere spiegato loro ciò che ad occhi esterni può apparire banale ma che, per queste fragili coppie, non lo è: che l'aver figli non può e non deve costituire l'unica possibile realizzazione personale e familiare, che si deve arrivare in uno stato di solidità mentale e non di sofferenza psicologica ad un'eventuale maternità, pena il viverla come un incubo piuttosto che come un sogno realizzato. E dovrebbero essere informati del fatto che, purtroppo, le tecniche di procreazione assistita, pur costituendo un grosso aiuto e una fantastica possibilità che le generazioni precedenti non avevano, non garantiscono affatto il successo, il figlio, e che, alla fine di un lungo e faticoso percorso di cura, ci si può anche trovare a "braccia vuote", ma che si ha sempre la propria vita da vivere, vita che continua a mantenere un inestimabile valore, anche senza figli.

Lettere consigliate/bibliografia

R. Bartolucci, F. Marabelli, *Dove volano le cicogne*, Ed. Mammeonline, 2005

Autori Vari, *Mamma raccontami come sono nato*, Ed. Mammeonline, 2007

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE: TRA BUON SENSO CLINICO E BUON SENSO PSICOLOGICO

Dr. Guglielmo Ragusa

Ginecologo – Ostetrico, Responsabile Clinico Unità di Riproduzione Assistita della Clinica Ostetrico Ginecologica dell’Ospedale San Paolo di Milano

Le terapie per l’infertilità, negli ultimi trenta anni hanno fatto enormi progressi, ma hanno al tempo stesso creato una serie di aspettative esagerate e sono state spesso al centro di episodi di mala informazione sfociando talvolta nell’evento mediatico ad effetto che non produce mai risultati positivi nel campo della medicina.

Nella società occidentale c’è stato in spostamento in avanti dell’età di ricerca del primo figlio per varie ragioni economiche, culturali, sociali. Ciò ha comportato un aumento delle difficoltà di ottenere la gravidanza e quindi l’aumento del numero delle coppie che rischiano di non coronare con successo la ricerca di un figlio.

Le terapie in questione presentano una grande differenza con le terapie per altre patologie: devono fare in modo che venga espletata una funzione che non è data a priori. Sono terapie in cui spesso si parla di “cicli di terapia”, quindi necessitano, oltre alla capacità clinica degli operatori un impegno prolungato e la perseveranza delle coppie. Impegno e perseveranza non devono però prescindere dal buon senso clinico e devono essere compatibili con la salute psichica della coppia.

Il counselling degli operatori tratta spesso di percentuali di successo, ma la singola coppia vuole conoscere le proprie possibilità. E’ molto difficile dare queste risposte. Bisogna tenere poi conto del livello culturale della coppia che si tratta, del contesto sociale in cui viene vissuto il problema dell’infertilità (coppie straniere, culture diverse).

Età della donna, ripetuti fallimenti in centri con buoni risultati, scarsa riserva ovarica, sterilità maschile di livello estremo, patologie generali gravi, sono motivi che devono essere presentate alla coppia come motivi per fermarsi o tentare altre strade possibili.

La prosecuzione di terapie più volte fallite all’infinito comporta il crearsi del convincimento nella coppia del fatto che ciò che conta è fare la FIVET, fare la ICSI, ecc. e non fare ciò che ha reali possibilità di portare alla nascita di un bambino sano.

Le classi di pazienti che hanno, da dati della letteratura o dalle esperienze personali, meno del 5% della possibilità di avere un bambino nato per ciclo cominciato, sono le classi di pazienti che vanno sconsigliate dal proseguire. I ripetuti fallimenti hanno impatti devastanti sulle coppie, creano sfiducia in se stessi, nei medici e possono avere impatto anche sulla salute generale della paziente.

Non si entra nel merito di altre argomentazioni di tipo economico, sanitario, ecc perché non fanno parte del compito assegnatomi.

IL MODELLO PSICOSOMATICO: CURE ALTERNATIVE NELL'ITER DI PMA

Dr.ssa Luciana De Lauretis

Responsabile Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, Istituto Clinico S. Rita di Milano

Per la Medicina Tradizionale Cinese il corpo umano è concepito come una struttura energeticamente unitaria, in cui l'energia si esprime secondo le modalità yin-yang, seguendo le Leggi de 5 Movimenti. Si tratta altresì di una Medicina Globale perché studia lo stato di salute dell'uomo inserito in un contesto che è un ecosistema chiamato Cielo-Terra e perché concepisce l'uomo come un'unica entità, non scindibile in psiche e soma, corpo e spirito.

Per la medicina cinese ogni parte o componente dell'organismo presenta una valenza organica ed una psichica e l'essere nuovo è composto da psiche e soma che nasce già a livello embrionale. Al momento del concepimento, infatti, gli Spiriti (Shen) che si incarnano nella giunzione dei Jing dei genitori, dotano il nuovo essere sia di spirito che di corpo. In questo senso lo Shen, lo spirito, da un lato pervade nei suoi molteplici aspetti tutte le parti del corpo e dall'altro dirige sin dal concepimento la crescita e lo sviluppo dei vari organi i quali divengono, così, veri e propri nodi di giunzione psiche-soma. L'uomo è un essere unico, composto da energia-materia, corpo-spirito, che nella sua continua evoluzione e trasformazione mantiene la costante correlazione delle diverse parti dell'organismo in una sola entità dinamica. Le varie componenti fisiche, psichiche e mentali, sempre relate tra loro, si influenzano reciprocamente secondo modalità di stimolo o inibizione (il nostro concetto di feed-back). Le modalità di sviluppo degli organi e delle loro funzioni, così come la costruzione dell'essere cosciente non sono strade da percorsi separati, ma una strada unica con pluralità di espressioni. Per questo, nella storia della cultura tradizionale, si sottolinea più volte come “ non vi sia luogo del corpo che non sia sede di corpo ed anima e come non vi sia momento di salute o di malattia in cui i due aspetti non siano connessi”.

Per la Medicina convenzionale occidentale non si può prescindere da una netta distinzione tra l'“accadere psichico” e l'“evento fisico”, riconducibile alle considerazioni di Platone sulla divisione tra Psiche e Soma, così come di altri pensatori successivi. Questa divisione viene riproposta da Cartesio agli albori dell'era moderna, con la divisione dell'uomo in res cogitans e res extensa, per terminare col modello meccanicistico-positivista che sceglie di occuparsi, in una sorta di frattura del reale, solo della realtà empirica misurabile. Così, in questo modo, la macchina- uomo è un insieme di leve (muscoli), pompe idrauliche (cuore), sistemi elettrici (nervi) e di computer in grado di trasmettere e ricevere segnali. Il limite del modello ha fatto sì che si sia proposto un ulteriore modello per spiegare l'emozionalità, l'istintività, l'affettività: l'animale che rappresenta il paradigma delle funzioni inferiori. Resta, alla fine, il dato indiscutibile di una continua scissione che taglia l'uomo fisico dall'uomo emozionale.

ACCOMPAGNAMENTO PSICOLOGICO NELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Dott.ssa Federica Forni

Psicologa, in formazione in Psicoterapia della Gestalt (CSTG)
Psicologa presso Centro Multiclinica Soluzioni Mediche Avanzate- SO

L'infertilità è considerata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) una patologia. Purtroppo la condizione di infertilità è un fenomeno in crescita, che oggi vede coinvolte circa il 20% delle coppie. Negli ultimi due decenni le tecniche di procreazione assistita hanno fatto molti passi in avanti; i recenti trattamenti medici di PMA hanno generato nuove speranze a molti pazienti affetti da infertilità, tuttavia si corre il pericolo che l'impatto emotivo venga trascurato e che il problema si riduca ai soli aspetti biologici e medici. Pertanto risulta opportuno che alle procedure mediche si affianchi una consulenza psicologica che ponga l'attenzione anche agli aspetti psicosociali ed emotivi dei pazienti in trattamento.

Il sostegno psicologico, secondo l'approccio gestaltico, pone l'attenzione ai profondi vissuti emotivi invitando il clinico ad accostarsi alla persona con una visione olistica che non identifica il problema come esistente in una sola parte. Esso intende integrare l'esperienza del paziente in una totalità attraverso il recupero e la riappropriazione degli aspetti rinnegati del Sé, in particolare quelli corporei.

La condizione di infertilità è un'esperienza molto dolorosa, a volte traumatica, che irrevocabilmente rompe le normali dinamiche di autopercezione, costringendo le persone a rimodellare la propria immagine in funzione di una condizione completamente nuova e del tutto diversa. Questa esperienza richiede una ristrutturazione del Sé e l'attivazione di tutte le risorse personali e ambientali che possano consentire il recupero della propria esistenza e il mantenimento dei legami affettivi. Nella quasi totalità dei casi i pazienti vivono la propria condizione psicologica di dolore segretamente e la comunicazione può risultare difficile anche tra i familiari e nella coppia stessa.

Sebbene la consulenza psicologica venga considerata dalla letteratura scientifica come un aspetto integrante del trattamento dell'infertilità, nella pratica la possibilità di fornire un tale servizio è ancora scarsa.

Scopo di un percorso di accompagnamento psicologico è condurre i pazienti in trattamento medico di PMA da una posizione passiva di sostegno ambientale ad una attiva di auto-sostegno attraverso un'espressione più efficace del proprio Sé.

Lettere consigliate/bibliografia

- Body Process. Il Lavoro con il corpo in psicoterapia*, J. Kepner-Franco Angeli, 2006
La Gestalt Terapia della consapevolezza, R. Zerbetto- Xenia, 1998
La terapia del con-tatto emotivo, S. Ginger-Edizioni Mediterranee, 2004
Amore e Orgasmo, A. Lowen- Feltrinelli, 1996

**PSICOLOGO E MEDICO COME MENTE E CORPO DELLA DIFFICOLTÀ RIPRODUTTIVA:
INTEGRAZIONE POSSIBILE?**

Dott.ssa Serena Galliera

Psicologa, Medicina della Riproduzione, Istituto clinico Humanitas di Milano. Specializzanda S.I.P.Re.

Dott.ssa Sonia Castelli

Psicologa, Medicina della Riproduzione, Istituto Clinico Humanitas di Milano, Specializzanda C.I.S.S.P.A.T.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di descrivere la nostra esperienza all'interno di una grande struttura ospedaliera in cui da un anno e mezzo stiamo lavorando per sensibilizzare pazienti e operatori sui risvolti psicologici della PMA.

La nostra testimonianza si pone lo scopo di mettere in luce come spesso si attui all'interno dell'Unità Operativa di Medicina della Riproduzione una scissione tra mente e corpo, che si concretizza nella contrapposizione medico e psicologo. Spesso, infatti, queste due professionalità sembrano lavorare su due binari separati che tendono a non incontrarsi mai. Abbiamo riscontrato l'esistenza di un parallelismo tra ciò che avviene all'interno dell'ospedale e ciò che si mobilita all'interno del paziente che è portato a percepirsi principalmente come un "corpo rotto", perdendo consapevolezza della propria interiorità.

Attraverso colloqui di sostegno individuali e di coppia, ma anche grazie alla creazione di gruppi di mutuo-aiuto, stiamo cercando di favorire nei pazienti la percezione della difficoltà riproduttiva nella sua totalità, aprendo uno spazio di pensiero in cui possano essere riconosciute implicazioni psicologiche, emotive e relazionali, accanto a quelle organiche, se presenti. Contemporaneamente stiamo cercando soluzioni che favoriscano un reale lavoro d'équipe con il personale medico, aiutandoli a comprendere il nostro ruolo all'interno dell'Unità Operativa e a superare la difficoltà di cogliere i pazienti nella loro interezza.

Partiamo infatti dall'assunto che se gli operatori della mente e del corpo non riescono per primi a lavorare in sinergia, l'integrazione mente-corpo risulterà più difficile anche per il paziente.

Concludiamo aprendo un importante quesito: Psicologo e Medico come mente e corpo della difficoltà riproduttiva: integrazione possibile?

Lectture consigliate/bibliografia

- Bernardi, S., 2003, *Vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: ipotesi di intervento* in Atti del Primo Congresso Regionale Sezione Sicilia della Società Italiana di Psicoterapia Medica
- Marinopoulos, S., 2006, *Nell'intimo delle madri. Luci ed ombre della maternità*, Serie Bianca Feltrinelli, Milano.
- Righetti, P.L.; Luisi, S., 2007, *La procreazione assistita. Aspetti psicologici e medici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ute Auhagen-Stephanos, 1993, *La maternità negata- la paura inconscia di un figlio desiderato*, Bollati Boringhieri, Torino.

**I VISSUTI SOGGETTIVI DELLA COPPIA NELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:
QUALITÀ DELLA VITA E RISCHIO PSICOPATOLOGICO**

Dott.ssa Stefania Beatrice Ambrosio, Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe
Dr.ssa Francesca Bommarito, Psichiatra, psicoterapeuta
Dott.ssa Cristiana D’Orsi, Psicologa Psicoterapeuta ad indirizzo Gestaltico, CSTG
Dott.ssa Rossella Torretta, Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe

L’intervento espone i risultati della prima parte di una ricerca, 400 coppie, rispetto al campione di circa 1000 coppie, con diagnosi di infertilità /sterilità che sono afferite a un Centro di PMA di un ospedale pubblico di Milano (U.O.C. Sterilità di Coppia e Andrologia, Presidio Ospedaliero Mangiagalli-Regina Elena) per iniziare una procedura di fecondazione in vitro. Partendo da una concezione per cui la persona va “curata” in una dimensione globale di mente e corpo, ci siamo chiesti all’interno di una équipe di medici e psicologi, se le coppie soggette ad un Iter di PMA possano correre il rischio di sviluppare stati di ansia e depressione e quale sia l’eventuale livello di compromissione della qualità della vita della coppia infertile.

A partire dai risultati emersi da un questionario co-costruito con la collaborazione di medici e psicologi, e dai risultati dei test per la valutazione dell’ansia e della depressione (ZUNG SAS e SDS), viene esaminato lo stato e il processo psico-emotivo della coppia, indagando altresì il cambiamento percepito e le strategie adattive adottate. Le conclusioni ci fanno pensare ad un basso rischio di sviluppare/slatentizzare un possibile stato psicopatologico, ma un forte impatto sulla qualità della vita con vissuti diversi tra uomo e donna.

Al termine dell’intervento le considerazioni finali alle quali la nostra équipe è giunta e i temi aperti con le aree ancora da indagare, con un particolare attenzione al ruolo dello psicologo e al contributo che l’intervento di counseling e/o psicoterapia può dare alla coppia o al singolo paziente, nel corso della sua esperienza di infertilità: la possibilità di accogliere e dare senso al non detto emotivo, psicologico e relazionale, aspetti imprescindibili in un concetto di cura “olistico” verso la persona.

Lecture consigliate/bibliografia

- Boivin J., Andersson L., Skoog-Svanberg A., Hjelmstedt A., Collins A., Bergh T. (1998) “*Psychological reactions during invitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives*”. Human reproduction vol. 13. n. 11, pp. 3262-3267
- C. D’Orsi, Sara, Elisabetta e le altre. *La femminilità ferita tra desiderio e limite della maternità*, Ed. Psiconline, 2008
- Gabbard Glen O., *Psichiatria psicodinamica. Nuova Edizione basata sul DSM IV*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995
- Mayorga J.M. (2007). *Sintesi tratta dalla relazione “Bisogni informativi delle coppie infertili: una indagine qualitativa di J.M.Mayorga, presentata al II Convegno su “La procreazione medicalmente assistita e il Registro Nazionale Italiano”*, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- van der Kolk, B.A. (1996) “*Trauma and Memory*” in van der Kolk B.A., McFarlane L.W., Weisaeth L., Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society, Guilford Press, New York, London.
- van der Kolk, B.A. (1996) “*The complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus discrimination and characteriological development*” in van der Kolk B.A., McFarlane L.W., Weisaeth L., Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society, Guilford Press, New York, London.
- T. Wischmann, H. Scherg, Th. Strowitzki, R. Verres (2008) “*Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling*”, Oxford University Press

DINAMICHE PSICO-CORPOREE NELLA DONNA CHE ACCEDE AI TRATTAMENTI DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Dott.ssa Sara Invitto

Ricercatrice Psicologia Generale Università del Salento, Psicologa, Psicoterapeuta S.I.A.B.

Numerose ricerche in letteratura pongono l'accento sulle reazioni psicologiche delle donne che si sottopongono alla cura: restringimento degli investimenti affettivi, impatto sulla sessualità, perdita dell'intimità corporea, esperienza di un corpo alienato e meccanizzato, stress.

Lo stesso stress agisce come modulatore di un sistema neuroendocrino e ormonale che agisce sul sistema riproduttivo, alimentando la già presente difficoltà alla riproduzione/procreazione. In base a questa ipotesi si presenta un protocollo pilota di trattamento durante il trattamento di PMA. Scopo del protocollo è rendere consapevole la donna e/o la coppia delle dinamiche presenti all'interno della richiesta di trattamento sia a livello di rappresentazioni cognitive che psicosomatiche.

Il programma di fecondazione assistita diviene per queste coppie il luogo non solo della possibile realizzazione e concretizzazione di un desiderio, ma può divenire uno spazio di riflessione della coppia utile al contenimento delle dinamiche personali in gioco. Questo universo di rappresentazioni marca lo svolgimento psichico della gravidanza in caso di fecondazione, ed è per questo che assume una rilevanza da non sottovalutare.

Lettere consigliate/bibliografia

- Allison J. R. (1979), "Roles and role conflict of women in infertile couples", *Psychology of Women Quarterly*, 4, pp. 97-113.
- American Society for Reproductive Medicine (1998), Fact Sheet: In Vitro Fertilization (IVF), ASRM, Birmingham, AL.
- Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D.S. (2003), "*Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic*", *J Psychosom Res*, 54 (4), pp. 353-5.
- Andrews C. (1995), *La cicogna del 2000*, Sugarco, Milano.
- Andrews F.M., Abbey A., Halman L.J. (1992). "*Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples*", *Fertility and Sterility*, 57, pp. 1247-1253.
- Bayle B. (2003), *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*, Masson, Paris
- Boivin J., Takefman J. (1995), "*Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women*", *Fertility and Sterility*, 64, pp. 802-810.
- Cesaro A.N., Palmisano A., "*Psicoanalisi e bioetica nelle PMA*", in Nunziante Cesàro A. (a cura di), *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Delaisi de Parseval G. (1997), *La part de la mère*, Ed. O. Jacob, Paris.
- Gazzaniga M. (2005), *The Ethical Brain*, Dana Press, New York.
- Imbasciati A. (2004), "*A theoretical support for Transgenerationality: the Theory of Protomentality*", *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin
- S. Invitto "*All'origine era... La nuova storia del generare e dell'essere generato. Dinamiche psico-logiche in provetta*", Franco Angeli, 2008
- Wright J., Duchesne C., Sabourin S., Bissonnette F., Benoit J., Girard Y. (1991), "*Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently*", *Fertility and Sterility*, 55,1, pp. 100-108.
- Wylie K. (1993), "*Psychological morbidity in unexplained infertility*", *Sexual and Marital Therapy*, 8, pp. 27-35.

QUANDO ZEUS PARTORÌ ATENA: ESISTE UNA MATERNITÀ AL MASCHILE?

Dr. Riccardo Zerbetto

Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Centro Studi di Psicoterapia della Gestalt - CSTG Via Mercadante 8, Milano

Il titolo, che debbo ad un suggerimento di Cristiana D'Orsi che presume (non senza intuito) di aver anticipato il mio pensiero, è decisamente provocatorio: avanza l'ipotesi che, almeno ad un livello di estrapolazione archetipica, un padre possa partorire da se stesso un figlio. Nel caso di Zeus, che il mito greco ci ripropone, una magnifica figlia: Atena. Una ipotesi provocatoria e quasi "riparativa" di fronte alla onnipotenza squisitamente femminile di considerare la maternità un "fatto interno del genere femminile". Se Freud, da bravo maschio, ha ricondotto alcune tematiche del femminile alla "invidia del pene", dato contestato da più voci, è poco contestabile l'invidia dell'utero, se non della vagina, che ogni maschio adulto che arriva a concedersi il lusso del piacere generativo non può non provare.

Al di là di questa atavica, quanto sterile contrapposizione tra maschile e femminile, non vi è dubbio che la genitorialità ci trova – maschi e femmine – ineluttabilmente connessi ad un progetto condiviso al quale dare congiuntamente un contributo co-essenziale. Sulla percentuale di questa "società per azioni", nei secoli, possiamo osservare una oscillazione dalle alterne vicende. In una lunga epoca pre-scientifica (giunta sino agli albori dell'età moderna) si riteneva che il seme fosse unicamente quello maschile e che la madre contribuisse con un ricettacolo adeguato ad accoglierlo, esattamente come la zolla di terra umida e piena di risorse nutritive, consentendo al seme di crescere e realizzare compiutamente il proprio destino evolutivo. In altri termini, il "progetto" generativo sarebbe stato unicamente maschile. E' stata quindi una scoperta recente quella di riconoscere alla madre un numero pari di cromosomi alla dotazione di quel patrimonio genetico che ogni nuovo nato si trova ad ereditare. La scienza moderna va tuttavia ben oltre. E questa volta a discapito dei maschi. Se lo spermatozoo apporta infatti ha metà del patrimonio genetico, come la madre, è ben diverso l'apporto determinato dalla cellula-uovo che di fatto rappresenta l'unità biologica ricca di molteplici elementi essenziali (mitocondri, enzimi, membrana, riserve nutritive etc.) senza la quale vano sarebbe l'incontro tra i due nuclei all'origine del nuovo essere. In pratica, si tratta di un innesto che avviene su una cellula-uovo da parte di una minuscola parte di sostanza biologica (il nucleo dello spermatozoo) che mescola con il nucleo della cellula-uovo i suoi geni. In termini ponderali, quindi, la madre mette oltre il 99% del materiale organico del futuro progetto di vita. Un dato che, in qualche modo, rispecchia il prevalere della funzione femminile su quella maschile nella cooperazione mirata a consentire la nascita di una nuova vita.

E' tuttavia ineludibile il fatto che a concorrere sono comunque sia il Padre che la Madre. E questo anche se al posto del padre ci sia solo del materiale biologico. Dacchè l'evoluzione ha previsto infatti che la nascita di nuovi individui avvenisse, non per divisione o gemmazione, ma dall'incontro di individui di sesso diverso ... questo è il destino a cui siamo comunque chiamati.

Al di là dell'aspetto biologico, il ruolo paterno riscuote attualmente una crescente attenzione per la specifica "funzione" che è chiamato a svolgere nel processo di crescita dei nuovi nati. Al di là della centralità individuata da Freud e dalla psicoanalisi in genere, per la funzione materna, studi junghiani in particolare, hanno evidenziato con crescente evidenza l'insostituibile ruolo del padre. Un ruolo tuttora alla ricerca di una maggiore definizione e che certo non può appiattirmi mimeticamente su quello della madre. Una ricerca, questa, che verrà toccata nella relazione in oggetto.

Lecture consigliate/bibliografia

R. Zerbetto, *La Gestalt. Terapia della consapevolezza*, Xenia, 1998

R. Zerbetto, *Gli antecedenti della psicoterapia*, da Loredano "La relazione terapeutica" Franco Angeli

R. Zerbetto, *Teoria del Sé*, in "Per una scienza dell'esperienza" CSP ed.

R. Zerbetto, *E il corpo si fece parola*, presentazione del libro su Psicoterapia corporea-organismica. Teoria e pratica clinica a cura di M. Pini, F. Angeli Ed.

R. Zerbetto (a cura di), *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia*, Atti del VII Convegno della European Association for Psychotherapy su Commun Ground and Different Approaches in Psychotherapy, 2007

R. Zerbetto, *Quali miti sottendono i riti della psicoterapia?* Dal Convegno SIPT su "I nuovi rituali in psicoterapia" promosso dalla Società Italiana di Psicopsicoterapia (SIPT) a Firenze, 2003

DEE, MITI E RITI DELLA FERTILITÀ: IL POTERE DELLE ANTICHE MADRI

Dott.ssa Sara Bergomi
Counselor, Docente CSTG

Più che soffermarsi sulle varie figure divine dei tempi storici, che sono già agglomerati “maturi” di aspetti e funzioni che non sempre risultano chiari e dei quali ci si domanda spesso il senso, lo scopo di questo intervento è delineare alcune linee-guida principali del pensiero preistorico in relazione alla fertilità, dal quale poi si sono sviluppati dendriticamente tali agglomerati mitico-rituali.

Questo per riuscire a far emergere, almeno in parte, la necessità e la gravidanza, l'utilità ed il senso profondo che essi hanno avuto alle origini e che certamente in parte ancora hanno nel nostro immaginario contemporaneo.

Tale percorso seguirà le tracce di due Maestri della Storia delle Religioni e della Archeomitologia del Novecento: Mircea Eliade e Marija Gimbutas, ai quali è dedicato come (sia pur modesto) omaggio.

LA RIPRODUZIONE UMANA: DIFFERENZE DI GENERE, RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E MODELLI CULTURALI

Dott.ssa Lia Lombardi

Sociologa della salute e della medicina

Introduzione: La medicina che oggi si occupa della salute delle donne, nei paesi occidentali, rappresenta una parte considerevole dei sistemi sanitari nazionali con i suoi reparti di ginecologia e ostetricia, con i consultori pubblici e privati, con i suoi servizi di prevenzione e cura dei tumori femminili (mammografie, ecografie, screening ginecologici) e, più recentemente, quelli che trattano la sterilità e la procreazione medicalmente assistita.

Metodi: l'analisi della letteratura (ricerche e studi) nazionale e internazionale sul rapporto tra donne, salute e medicina ha messo in evidenza la costruzione e il controllo sociale del corpo femminile, attraverso il processo di medicalizzazione che, a partire dal '700, ha riguardato dapprima il parto e la nascita e, in tempi più recenti, tutto il processo riproduttivo (contraccezione, aborto, menopausa e in particolar modo la procreazione medicalmente assistita).

Risultati/conclusione: al processo di medicalizzazione del corpo femminile sono connesse pratiche invasive e standardizzate: ne sono esempio gli eccessivi controlli e diagnosi in gravidanza; i tagli cesarei (oltre il 36% in Italia); le episiotomie, praticate su più del 90% delle partorienti (secondo l'OMS, l'80% circa delle episiotomie sono inutili e spesso dannose). Questi atti medici e chirurgici sul corpo rendono patologico l'evento nascita, inducendo, sempre più, le donne a delegare all'esperto medico, gli eventi della vita riproduttiva e l'esperienza del corpo.

Il "peso" procreativo e genitoriale è ancora oggi socialmente addossato al femminile/materno: sia quando non desidera figli sia quando "disperatamente" li cerca. La PMA (procreazione medicalmente assistita) e le sue rappresentazioni, alimentano questo processo, enfatizzano il desiderio di maternità, focalizzano l'attenzione sulla "disperazione delle donne sterili": il corpo femminile infatti è l'unico bersaglio delle diagnosi e dei trattamenti, anche quando la sterilità è medicalmente inspiegata oppure è maschile. D'altra parte invece sembrano rimossi altri corpi: l'uomo/padre e il bambino. L'uno è generalmente ignorato o relegato ad un ruolo di contorno; l'altro emerge solo come embrione, prodotto della scienza, che assume corporeità e diritti (vedi art. 1 Legge 40/2004) poiché separato e separabile dal corpo materno.

Inoltre, la PMA così agita fa emergere ed enfatizza solo gli aspetti biologici della infertilità/sterilità. Il determinismo biologico mosso dalle tecniche di procreazione assistita rappresenta un'individualizzazione dei problemi sociali; la biologia diventa la causa primaria conducendo tutto ad un dato biologico/genetico, ponendo in secondo piano gli altri fattori causali.

Lecture consigliate/bibliografia

Becker G., *The Elusive Embryo*, University of California Press, Berkeley, 2000

Borgna P., *Sociologia del corpo*, Laterza, Bari, 2005

Butler J., *Corpi che contano*, Feltrinelli, Milano, 1996

Conrad P., *Medicalization, genetics and human problems*, in Bird C.E. Conrad P., Fremont A.M. (Eds.), *Handbook of medical sociology*, Prentice Hall, New Jersey, 2000

Di Pietro A., Tavella P., *Madri selvagge*, Einaudi, Torino, 2006

Duden B., *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Bollati Boringhieri, 1994

Gribaldo A., *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*, Luca Sassella Editore, Roma, 2005

Lombardi L., Pizzini F., *Madre provetta. Costi, benefici e limiti della procreazione medicalmente assistita*, FrancoAngeli, Milano, 1994

Lombardi L., *Contesto medico e contesto sociale delle tecniche di riproduzione artificiale*, in F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile*, FrancoAngeli, Milano, 1999, p. 79-144

Lombardi L., Pizzini F., *La costruzione sociale del corpo femminile*, in AA.VV., *Un'appropriazione indebita*, Baldini e Castoldi, Milano, 2004.

Lombardi L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano, 2005

Rodotà S., *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano, 2006

Pitch T., *La società della prevenzione*, Carocci, Roma, 2006

Valentini C., *La fecondazione proibita*, Feltrinelli, Milano, 2004

Workshop

DIALOGHI CON L'UTERO. UN APPROCCIO GESTALTICO-OLISTICO ALLA SALUTE E ALLA MALATTIA

Dott.ssa Elisabetta Muraca

Psicologa psicoterapeuta della Gestalt, Presidente dell'Associazione Casa Gestaltica con sede in Milano, in Via Cesare da Sesto, 17)

“Così come in qualsiasi cellula c'è la struttura genetica totale dell'individuo, in ogni organo c'è un'informazione totale della persona”. Dialogare con l'utero può aiutare la donna a scoprire parti di sé a lei sconosciute. Non un dialogo qualunque, bensì uno che tenga conto delle caratteristiche anatomiche e fisiologiche dell'organo.

L'obiettivo, in questo contesto, è quello di cogliere quale messaggio l'utero sta inviando alla sua proprietaria. Messaggio unico e personale che perfino il terapeuta disconosce. Il ruolo di quest'ultimo è quello di accompagnare a costruire tale dialogo in modo che l'utero possa continuare a funzionare organismicamente.

Dopo una breve presentazione teorica del quadro di riferimento, si farà un'esperienza di dialogo con l'organo con una o più partecipanti.

La metodologia segue l'approccio gestaltico-olistico alla salute e alla malattia della Dott.ssa Adriana Schnake, nota psichiatra cilena e caposcuola dei gestaltisti di lingua ispana.

Lectture consigliate/bibliografia

I Dialoghi del corpo. Adriana Schnake. Edizioni Borla, Roma 1998.

La Voz del Síntoma. Del Discurso Médico al Discurso Organísmico. Adriana Schnake. Editorial Cuatro Vientos, Santiago del Cile 2001.

Enfermedad, síntoma y carácter. Adriana Schnake. Editorial Del Nuevo Extremo e Cuatro Vientos. Buenos Aires/Santiago del Cile, 2007

Workshop

I NODI AL PETTINE. WORKSHOP INTERATTIVO CON DISCUSSIONE DI UN CASO CLINICO

Dott.ssa Rossella Torretta

Psicologa, psicoterapeuta, psicoanalista, membro associato SIPRe, (Società di Psicoanalisi della Relazione) Istituto di Milano

Presentazione e discussione di un caso clinico seguendo un approccio di intervento psicoanalitico relazionale. La relatrice porterà un caso clinico per poter esaminare "nella pratica" alcune delle componenti che entrano in gioco quando la coppia/il singolo individuo decide di accedere a un proprio progetto genitorialità, come il proprio desiderio possa essere intessuto di ambivalenza e come, per questa ragione, la strada verso la sua realizzazione divenga tortuosa.

Lecture consigliate/bibliografia

- Aron I. (1996). *Menti che si incontrano*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Beebe B., Lachmann F., Jaffe J. (1997). *Le strutture d'interazione madre-bambino e le rappresentazioni presimboliche del sé e dell'oggetto*. Trad. it. *Ricerca Psicoanalitica*, 1999, X, 1, pp. 9-63.
- Beebe, B. (2003). *Il nuovo modello evolutivo dell'Infant Research: origini del sé e delle rappresentazioni mentali*. Conferenza 24-25 maggio. Milano
- Eiguer, A. (2005). *Il transgenerazionale nella terapia psicoanalitica di coppia*. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI, 2, pp. 162-179.
- Freud, S. (1912). *Totem e Tabù*. In: *Opere* (1975), vol. 7, Torino. Boringhieri.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In: *Opere* (1975), vol. 7, Torino. Boringhieri.
- Freud, S. (1915). *La rimozione*. In: *Opere* (1975), vol. 8, Torino. Boringhieri.
- Freud, S. (1915). *L'inconscio*. In: *Opere* (1975), vol. 8, Torino. Boringhieri.
- Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. In: *Opere* (1975), vol. 9, Torino. Boringhieri.
- Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. In: *Opere* (1978), vol. 10, Torino. Boringhieri.
- Greenberg, J. R. e Mitchell, S.A. (1983). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. (trad. it. 1986). Il Mulino, Bologna
- Kaës, R. (1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo* (trad. it. 1994). Roma. Borla.
- Kaës, R. (1993). *Il soggetto dell'eredità*. In: R. Kaës et Coll. *Transmission de la vie psychique entre générations*. (trad. it. 1995). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Roma. Borla.
- Kaës, R. (2001). *Il concetto di legame*. *Ricerca Psicoanalitica*, XII, 2, pp. 161-184
- McWilliams N.. *La diagnosi psicoanalitica*. Casa Editrice Astrolabio, Ubalдини Editore. Roma, 1999.
- Mitchell S. A. (1988). *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- Minolli, M. (1996). *La psicoanalisi della relazione*. *Ricerca Psicoanalitica*, VII, 1-2, pp. 117-133
- Minolli, M. (1997). *Cambiamento sintomale e cambiamento strutturale*. *Ricerca Psicoanalitica*, VIII, 2, pp. 119-142
- Minolli, M. (2000). *"Terzo" e autocoscienza*. *Ricerca Psicoanalitica*, XV, 3, pp.
- Minolli, M. (2004). *Per un Io-Soggetto fatto di legami*. *Ricerca Psicoanalitica*, XI, 3, pp. 227-246
- Minolli, M. (2005). *Per un Io-soggetto come sistema*. *Ricerca Psicoanalitica*, XV, 3, pp. 355-374
- Sander, Louis W. (2005). *Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento*. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI, 3, pp. 267-300
- Stern, D. B. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. (trad. it. 1987). Boringhieri. Torino
- Tronick, E. Z. (1989). *"Emotion and emotional communications in infants"*. *American Psychologist*. 44: 112-119.
- Tronick, E. Z. (2002). *A model of infant mood states and Sandarian affective waves*. *Psychoanal. Dialog.*, 12 (1): 73-99.

Workshop

TRAINING PSICO-CORPOREO IN UN TRATTAMENTO FIVET

Dott.ssa Sara Invitto

Ricercatrice Psicologia Generale Università del Salento, Psicologa, Psicoterapeuta S.I.A.B.

Il workshop esperienziale prevede:

- Parte pratica: classe di esercizi ad approccio bioenergetico in gruppo con breve elaborazione del vissuto corporeo.
- Parte teorica: descrizione del training psicocorporeo effettuato in un gruppo di donne che hanno avuto accesso alla Fivet. Le sedute di training sono state effettuate pre- trattamento, pre- pick up, pre -transfer e durante il transfer.

Lecture consigliate/bibliografia.

Allison J. R. (1979), *"Roles and role conflict of women in infertile couples"*, Psychology of Women Quarterly, 4, pp. 97-113.

American Society for Reproductive Medicine (1998), Fact Sheet: In Vitro Fertilization (IVF), ASRM, Birmingham, AL.

Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D.S. (2003), *"Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic"*, J Psychosom Res, 54 (4), pp. 353-5.

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

Andrews F.M., Abbey A., Halman L.J. (1992). *"Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples"*, Fertility and Sterility, 57, pp. 1247-1253.

Bayle B. (2003), *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*, Masson, Paris

Boivin J., Takefman J. (1995), *"Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women"*, Fertility and Sterility, 64, pp. 802-810.

Cesaro A.N., Palmisano A., *"Psicoanalisi e bioetica nelle PMA"*, in Nunziante Cesàro A. (a cura di), *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Delaisi de Parseval G. (1997), *La part de la mère*, Ed. O. Jacob, Paris.

Gazzaniga M. (2005), *The Ethical Brain*, Dana Press, New York.

Imbasciati A. (2004), *"A theoretical support for Transgenerationality: the Theory of Protomentality"*, Psychoanalytic Psychology, 21, 83-98.

Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin.

Wright J., Duchesne C., Sabourin S., Bissonnette F., Benoit J., Girard Y. (1991), *"Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently"*, Fertility and Sterility, 55,1, pp. 100-108.

Wylie K. (1993), *"Psychological morbidity in unexplained infertility"*, Sexual and Marital Therapy, 8, pp. 27-35.

Workshop

PADRI S...NATURATI?

Dr. Riccardo ZERBETTO

Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Centro Studi di Psicoterapia della Gestalt - CSTG Via Mercadante 8, Milano

Il workshop, secondo le modalità di un gruppo di ascolto, esplora i vissuti e le esperienze del ruolo del padre in un momento topico, quello della sala da parto: Che i fanno i maschi in sala parto?

Grazie al contributo dei partecipanti si metteranno a confronto voci femminili e maschili, che hanno vissuto o immaginano l'esperienza della natalità, del dare alla luce e del partorire e quindi di diventare genitori.

Nelle generazioni precedenti, non era neppure richiesta né pensabile l'idea che il marito fosse presente al momento del parto. La donna, forse, si vergognava di farsi vedere ... nello "sporco" e l'ipotesi che il marito rifiutasse questo aspetto più crudo faceva sì che fosse un affare di donne.

Oggi assistiamo ad una preparazione, anche in aspetti preliminari, rivolta alla coppia: accompagnare la moglie o compagna alle visite di routine, i corsi pre-parto, i corsi per i futuri papà, che ci fa pensare ad una minore separazione dei ruoli e maggiore condivisione delle cose da fare... ma c'è anche chi, d'accordo con la compagna, ha deciso di comprare una stecca di sigarette e aspettare fuori ...

Workshop

IL TRAUMA DELLA STERILITÀ: APPLICAZIONI CLINICHE DELL'EMDR

Dott.ssa Isabel Fernandez

Psicologa Psicoterapeuta Centro Ricerca e Studi in Psicotraumatologia, Via Vitruvio, 43 Milano

Negli ultimi 20 anni l'Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) come approccio terapeutico è diventato uno strumento significativo per la pratica clinica.

L'EMDR costituisce un metodo psicoterapeutico innovativo, attualmente soggetto ad una grande quantità di ricerca, specialmente in ambito neurofisiologico. Attualmente esiste molta evidenza empirica scaturita dalla ricerca condotta con gruppi di controllo, che supportano la validità di questo metodo e nuovo approccio terapeutico per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e le linee guida internazionali per la pratica clinica lo segnalano come trattamento elettivo dei disturbi post-traumatici da stress. Le esperienze traumatiche non elaborate sono in genere considerate la causa primaria della sintomatologia del disturbo post traumatico da stress e possono essere fonte di disagio concorrenti allo sviluppo di altri disturbi come disturbi d'ansia e dell'umore.

Data la sua efficacia nella risoluzione di sintomi da stress dopo un evento traumatico particolarmente grave, l'EMDR può essere applicato con altri disturbi che possono essere conseguenti ad un grosso stress psico-fisico. In alcune condizioni la sterilità potrebbe rientrare tra gli eventi di tipo traumatico o a forte impatto emotivo, a seconda del vissuto soggettivo della paziente. Tenendo conto che il vissuto traumatico può avere un impatto anche sui legami affettivi, l'identità della persona, la modulazione affettiva, il comportamento distruttivo rivolto a sé o agli altri, ecc., l'EMDR potrebbe essere particolarmente indicato per il trattamento del disagio psicologico legato alla sterilità.

Nel caso della sterilità può essere utilizzato per affrontare:

- traumi precedenti che possono costituire un fattore di rischio per l'insorgere della depressione. Per esempio: traumi subiti in età precoce, compresa la perdita della capacità di regolazione emotiva, possono essere alla base di comportamenti che evidenziano una tendenza cronica ad instaurare rapporti distruttivi, la dissociazione e l'amnesia, la somatizzazione e problemi caratteriali cronici come la auto-colpevolizzazione, il senso di inadeguatezza, ecc.
- l'impatto di problemi medici e di altra natura che possono essere insorti e possono aver costituito una fonte di stress
- l'impatto delle difficoltà oggettive e soggettive date dalla nuova condizione
- schemi cognitivi disfunzionali come "non sono in grado", "non sono all'altezza della nuova situazione familiare", oppure "non sono una brava madre"
- l'impatto della riattivazione di traumi o situazioni disfunzionali nella propria famiglia di origine
- le risorse, i comportamenti positivi e gli schemi adattivi di attaccamento devono essere rafforzati e può essere usato l'EMDR anche per questo obiettivo

Lettere consigliate/bibliografia

EMDR, Francine Shapiro, Edizione italiana a cura di Isabel Fernandez Mc Graw Hill Italia, 2001

Workshop

LE INFERTILITÀ E LE LORO RAGIONI NEI DISCORSI DELLE DONNE

Dott.ssa Marisa Fiumanò

Psicanalista, psicoterapeuta, Presidente Associazione Lacaniana a Milano e Direttore del laboratorio Freudiano Milano

Ogni infertilità in tutto o in parte è psichica e, in quanto tale, ha le sue ragioni inconse, ragioni diverse da donna a donna e strettamente intrecciate con il “romanzo familiare” di ognuna. La clinica permette però di isolare delle questioni che emergono con una certa frequenza nel lamento per l’infertilità: la questione del corpo e delle modificazioni che subisce in gravidanza oppure, su un altro piano, il problema del legame intenso, conflittuale o al contrario di perfetta intesa, con la madre. Alcuni frammenti clinici di donne alle prese con maternità che stentano ad annunciarsi le illustreranno.

Lettere consigliate/bibliografia

M. Fiumanò “ *A ognuna il suo bambino*”, Il Saggiatore 2000

Workshop

INFERTILITÀ E DESIDERIO: LA SESSUALITÀ COMPROMESSA NELLA COPPIA INFERTILE

Dott.ssa Isabella Mezzetti

Psicologa, Consulente in Sessuologia presso Consultorio Familiare AIED di Milano, formazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale ASIPSE di Milano.

Esistono molteplici relazioni tra la condizione di infertilità di coppia e la sessualità. Innanzitutto i disturbi sessuali possono essere la causa dell'infertilità maschile o femminile. Inoltre la vita sessuale della coppia può essere influenzata dai sentimenti e dalle emozioni suscitate dalla condizione stessa di infertilità e disagi sessuali possono essere causati o aggravati dalla diagnosi, indagine e trattamento dell'infertilità. Lo stress che la condizione legata ad un disturbo della fertilità porta generalmente con sé contribuisce ad allontanare la coppia dagli aspetti relazionali ed espressivi della sessualità, che viene spesso ricondotta ad esperienza puramente meccanica finalizzata alla riproduzione. Tutto ciò può indurre a insoddisfazione e disinteresse nei confronti della sessualità di coppia. Appare dunque importante offrire alle coppie infertili afferenti ai programmi di riproduzione assistita un counselling sessuologico finalizzato alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali.

La ricerca di Moro et al. (2003) su coppie infertili ha evidenziato una maggiore incidenza di disagio e disfunzioni sessuali nelle donne infertili rispetto agli uomini, inoltre il Disturbo del Desiderio Sessuale Ipoattivo è risultato essere la disfunzione sessuale più frequentemente correlata alla condizione di infertilità in entrambi i sessi. Un preciso assessment sessuologico individuale e di coppia permette di formulare una diagnosi di Disturbo del Desiderio Sessuale Ipoattivo secondo la definizione del DSM IV (2000) e delle conferenze di consenso internazionale sulla sessualità femminile e maschile.

Il trattamento psicoterapeutico indicato per la cura di tale disturbo include tecniche derivate dalla psicoterapia cognitivo-comportamentale, in particolare dalla Rational Emotive Behavioural Therapy di Albert Ellis, insieme alle tradizionali procedure della terapia sessuale (Masters & Johnson; Helen Singer Kaplan).

Lettere consigliate/bibliografia

Basile Fasolo, C., Conversano, C., Lensi, E., (2007). *Quando l'infertilità causa problemi sessuali: il ruolo dell'intervento sessuologico integrato*. GIMSeR, 14.

Ellis A., (1989). *Ragione ed emozione*. Astrolabio.

Elliot, S., (1998). *The relationship between fertility issues and sexual problems in men*. The Canadian Journal of Human Sexuality.

Kaplan, H.S., (1975). *Manuale illustrato di terapia sessuale*. Tr. it. Feltrinelli, 2004.

Leiblum, S.R., Rosen R.C. (2000). *Principi e pratica di terapia sessuale*. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC, 2004.

Moro, M., et al. (2003). *Sessualità ed infertilità di coppia*. Rivista di sessuologia clinica, fasc. 2.

Nappi, R. et al. (2004). *Il counselling psico-sessuale nella coppia infertile*. Riv. It. Gin. Vol.3.

Read J., (1999). *Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing*. British Medical Journal.

Simonelli C. (a cura di) (2006). *L'approccio integrato in sessuologia clinica*. Franco Angeli.

Workshop

IL SINTOMO E LE EMOZIONI IN GESTALT: ESPERIENZA DI CONTATTO E CREATIVITÀ

Dott.ssa Giuliana Ratti

Psicologa, docente C S T G, membro E A G T, C.E.P, W.C.P., già membro del consiglio direttivo dell' International Gestalt Therapy Association

Durante il workshop verrà mostrato un video intervista ad una coppia di artisti in/fertili durante la quale l'intervistatrice li invita a parlare del processo creativo e di come poter creare in altro modo li ha aiutati a superare il dolore per la rinuncia.

Seguirà una breve introduzione alla teoria della gestalt therapy: il sintomo, l'aggiustamento creativo, lo "stare con", inteso come saper stare con la verità della propria esperienza e la relazione dialogica, verranno messi in figura e discussi.

Lectture consigliate/bibliografia

"Teoria e pratica della terapia della gestalt" F.Perls, R.H.Hefferline, P.Goodman, 1951 (Astrolabio, 1971)

"Creative Process in gestalt therapy" Joseph Zinker, Vintage, 1977

"Creative license, the art of gestalt therapy", a cura di M.Spagnuolo Lobb, e Amendt Lyon, Springer 2003

RELATORI

Rossella BARTOLUCCI, Presidente SOSInfertilità Onlus. Autrice di: “Dove volano le cicogne” e Mamma raccontami come sono nato”

Stefania Beatrice AMBROSIO, Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe, esperta in psicoanalisi della relazione di gruppo e individuale

Sara BERGOMI, Counselor, Docente CSTG

Francesca BOMMARITO, Psichiatra Psicoterapeuta, lavora con istituzioni, adolescenti, adulti e coppie, esperta di interventi con coppie infertili

Sonia CASTELLI, Psicologa presso U.O. Medicina della Riproduzione Istituto Clinico Humanitas, formazione in Psicoterapia Dinamica Breve (CISSPAT)

Francesca CHIAFFARINO, Ricercatrice, Consulente U.O. Sterilità di Coppia Fondazione Policlinico, Mangiagalli-Regina Elena

Luciana DE LAURETIS, Ordine dei Medici di Milano, Responsabile Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, Istituto Clinico S. Rita di Milano

Donatella DE MARINIS, Psicologa Psicoterapeuta, Didatta e Supervisore FISIG, Co-direttore CSTG di Milano e Partner Studio Metafora

Cristiana D’ORSI, Psicologa Psicoterapeuta ad indirizzo Gestalt; esperta di interventi con coppie che si sottopongono a PMA. Autrice di: “Sara, Elisabetta e le altre. La femminilità ferita tra desiderio e limite della maternità”

Marisa FIUMANO, Psicoanalista, saggista, membro Associazione Lacaniana Internazionale, Direttrice scuola specializzazione di psicoterapia “Laboratorio Freudiano-Milano”. Autrice di: “L’immacolata fecondazione. Perché le donne dicono di sì alla scienza”, “I bambini a venire” e “A ognuna il suo bambino”

Federica FORNI, Psicologa presso Multiclinica - Soluzioni Mediche Avanzate, formazione in Psicoterapia della Gestalt (CSTG)

Serena GALLIERA, Psicologa presso U.O. Medicina della Riproduzione Istituto Clinico Humanitas, formazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe)

Sara INVITTO, Psicologa Psicoterapeuta SIAB, Ricercatrice Psicologia Generale Università del Salento. Autrice di: "All'origine era... La nuova storia del generare e dell'essere generato. Dinamiche psico-logiche in provetta"

Lia LOMBARDI, Docente Sociologia della salute e della medicina Università degli Studi di Milano. Ricercatrice sulla salute riproduttiva in un’ottica di genere e di differenze tra culture. Autrice di: “Madre Provetta”, “Corpo Medico e Corpo Femminile”, "Società, culture e differenze di genere"

Isabella MEZZETTI, Psicologa, Consulente in Sessuologia presso Consultorio Familiare Aied di Milano, formazione in Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (ASIPSE)

Michele MOZZICATO, Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Sanitario Studio Metafora, Vice Presidente ASPIC, ex Primario U.O. Psichiatria N.1 Lombardia, Docente CSTG

Elisabetta MURACA, Psicologa Psicoterapeuta, formazione in Terapia della Gestalt. Docente presso SIG (Cagliari) e CSTG. (Milano). Collabora con dott.sa Schnake nella formazione, promozione e diffusione de “L’approccio gestaltico-olistico alla salute e alla malattia”. Fondatrice Associazione Casa Gestaltica (Milano). Ha tradotto il libro: I Dialoghi del corpo

Guido RAGNI, Past Director Ginecologia III-Sterilità di Coppia ed Andrologia, Fondazione Policlinico; Consulente scientifico presso la U.O. Sterilità di Coppia Fondazione Policlinico, Mangiagalli-Regina Elena. Docente scuola specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, Università di Milano. Presidente Società Italiana della Riproduzione, Direttore Responsabile rivista “Repronews. Membro Commissione Consultiva del Ministero della Salute e del Gruppo di Lavoro della Regione Lombardia linee guida Legge 40/2004

Guglielmo RAGUSA, Ordine dei Medici di Milano, Responsabile Centro Riproduzione Assistita, Ospedale San Paolo di Milano

Giuliana RATTI, Psicologa, Counselor Clinico, Docente CSTG, membro EAGT, già membro del Consiglio Direttivo International Gestalt Therapy Association

Rossella TORRETTA, Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe, esperta di interventi con coppie che si sottopongono a PMA

Riccardo ZERBETTO, Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Centro Studi di Psicoterapia della Gestalt, Didatta Supervisore FISIG, Past President European Association for Psychotherapy (EAP)