

Desiderio di un figlio e Mappa Esistenziale: tipologia delle coppie che afferiscono ad un percorso di PMA

The Desire of a Child and the Existential Map: the type of couples who apply to a Birth Support Centre

MARISA D'ARRIGO¹, OLIMPIA MIRAGLIA², NICOLA IANNANTUONI³, CATERINA CAPUOZZO⁴

PAROLE CHIAVE Coppia, figlio, corpo, problemi riproduttivi, sterilità, desiderio/bisogno

Premessa

Questo articolo nasce da una ricerca effettuata presso la UOSD di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Ospedale "Santa Maria delle Grazie" di Pozzuoli (NA) a cui afferiscono coppie con problematiche procreative e che intraprendono un percorso di PMA di tipo omologo di I e II livello.

Un'Unità Operativa di tale genere è una struttura molto particolare: le persone che vi accedono non sono "costrette" da un male fisico, da una minaccia di vita o di invalidità; ciò che le "spinge" è il desiderio.

Quelli che varcano la soglia di un centro di PMA, infatti, sono pazienti feriti nell'anima, spesso carichi di rabbia e vergogna e portatori, appunto, di un desiderio. Del resto, per come siamo stati programmati, è dal desiderio (desiderio sessuale e desiderio biologico di riprodursi) che nasce la vita.

Parliamo di desiderio e non di "bisogno" di un figlio. Desiderio significa far riferimento ad una ricerca, ad un accrescimento, ad una possibilità. Quando è il desiderio ad animare una persona, questa non rinuncia ad una progettualità, sia a livello individuale che di coppia, pur non negando il dolore e la fatica di una riorganizzazione progettuale.

Il bisogno, che può essere sociale, narcisistico e relazionale, si collega ad una mancanza, ad un vuoto da riempire. Chi è animato dal bisogno vede la propria progettualità sempre più rigida e tende a dare sempre meno valore a se stesso, al partner ed ai propri sentimenti. Il figlio del "bisogno" rischia di diventare allora un oggetto necessario per «... sanare i conflitti irrisolti, ... riorganizzare alleanze e strategie familiari ... ricostruire equilibri perduti ⁵».

Che poi la realizzazione di questo desiderio sia venuta a rientrare nei LEA la dice lunga sul peso che questo desiderio esercita riconosciuto sul piano dell'equilibrio generale e sul significato del concetto di "salute" così come è stato definito dalla OMS: «Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità» (OMS, 1948)

Anche nelle successive definizioni del concetto di salute (a partire da quella di Wylie nel 1970: salute come «adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente») è stato posto l'accento sull'adattamento, sull'equilibrio (quindi su una condizione di rapporto dinamico tra l'individuo ed il suo ambiente) e, aspetto che ci riguarda maggiormente, sulla soggettività, cioè sul modo di percepire la realtà da parte del soggetto, oltre che sulla responsabilità personale (e sulla consapevolezza). Gli operatori che lavorano in questo campo non sono solo portatori di un sapere scien-

Parliamo di desiderio e non di "bisogno" di un figlio. Desiderio significa far riferimento ad una ricerca, ad un accrescimento, ad una possibilità. Quando è il desiderio ad animare una persona, questa non rinuncia ad una progettualità, sia a livello individuale che di coppia, pur non negando il dolore e la fatica di una riorganizzazione progettuale. Il bisogno, che può essere sociale, narcisistico e relazionale, si collega ad una mancanza, a un vuoto da riempire

tifico e tecnologico, sono anche "operatori culturali", portatori di un cambiamento culturale che veda nel ricorso alle tecniche di PMA non la disperata ultima spiaggia da poter/dover raggiungere a tutti i costi, ma una possibilità, una opportunità da cogliere coscientemente, con la consapevolezza che 50 anni fa queste tecniche non esistevano e che in altre zone del mondo non sarebbero possibili, ma anche che si deve scegliere l'opzione più opportuna alla luce delle attuali conoscenze.

Aiutare le persone a leggere la loro storia e a raccontarsela tenendo conto di queste premesse, significa aiutarle ad operare una vera e propria rivoluzione nel loro modo di desiderare di avere un figlio ed a scegliere la strada per realizzare il loro desiderio, inserendolo in quello scenario complesso che costituisce il corpo pulsante e la vita delle persone.

Il Questionario

Nel nostro Centro, al fine di "indagare" il desiderio e di poter avere una sorta di "tipologia" dell'utenza, si è deciso di somministrare a tutte le coppie un questionario (maschile e femminile) a cui rispondere individualmente. Segue una consulenza psicologica di restituzione.

Inizialmente si è utilizzato il questionario SAHARAI, elaborato e realizzato dall'équipe di IRPACE. Successivamente, data anche l'impossibilità di collegarci con il progetto IRPACE interrottosi improvvisamente, si sono apportate delle modifiche al questionario così da renderlo più agile e più rispondente a quelli che erano i nostri obiettivi:

- di tipo statistico in tutti i settori che andremo ad evidenziare
- di "igiene mentale": offrire cioè alle coppie l'occasione per esaminare la propria quotidianità in senso ampio, in settori cioè apparentemente lontani dal focus riproduttivo, e stimolarle alla riflessione sul senso e sulle implicazioni derivanti dall'adesione al progetto riproduttivo mediante PMA nonché sull'apertura/chiusura ad altre progettualità (quali l'affido/adozione o una vita senza figli)

Il questionario, così modificato, ha permesso di ottenere un quadro riassuntivo facente riferimento sia a dati "oggettivi" che a vissuti soggettivi (come valutazioni, progetti o desideri).

E' stato così possibile tracciare quella che abbiamo chiamato "Mappa Esistenziale", la rete cioè di relazioni, interessi, desideri etc. all'interno della quale ogni persona è collocata, al fine di individuarne gli intrecci, i nodi ed eventualmente i buchi, affinché il desiderio di un figlio (che da tale rete nasce e trae nutrimento) possa trovarvi un senso, un respiro e, nel momento in cui non dovesse realizzarsi, un sostegno ed una compensazione.

Siamo partiti cioè dal pensiero che il desiderio di un figlio per avere senso e per potersi esprimere nasca da un terreno fertile e, in nome di questa fertilità non può, come purtroppo succede in alcuni casi, rendere sterile tutto il resto, la vita cioè nel suo complesso.

Per ogni soggetto intervistato questa mappatura evidenzia:

- chi sono (anagrafica, livello socio-culturale);
- chi siamo (storia di coppia, presenza di figli, eventuali coabitazioni);
- i legami affettivi (con i genitori, con i parenti, con gli amici, eventuali lutti, eventi significativi, qualità della relazione genitori/figli, influenza delle aspettative dei genitori);
- il corpo (disturbi psicofisici, storia riproduttiva, sterilità, desiderio riproduttivo/atteggiamento strategico, PMA);
- il Figlio (famiglia Ideale, bambino ideale, adozione) ;
- la Sessualità.

Aiutare ed accompagnare una coppia ad individuare e a riallacciare tutte queste componenti intorno al proprio desiderio/progetto significa dare valore al "raccontarsi" (e la narrazione rappresenta la via attraverso la quale dare forma alla propria identità) e favorire il riappropriarsi della propria esistenza e fertilità in senso non unicamente procreativo.

La ricerca

Si è scelto un campione casuale di 300 pazienti (150 coppie) rivoltesi al Centro nel quadriennio 2013/2017.

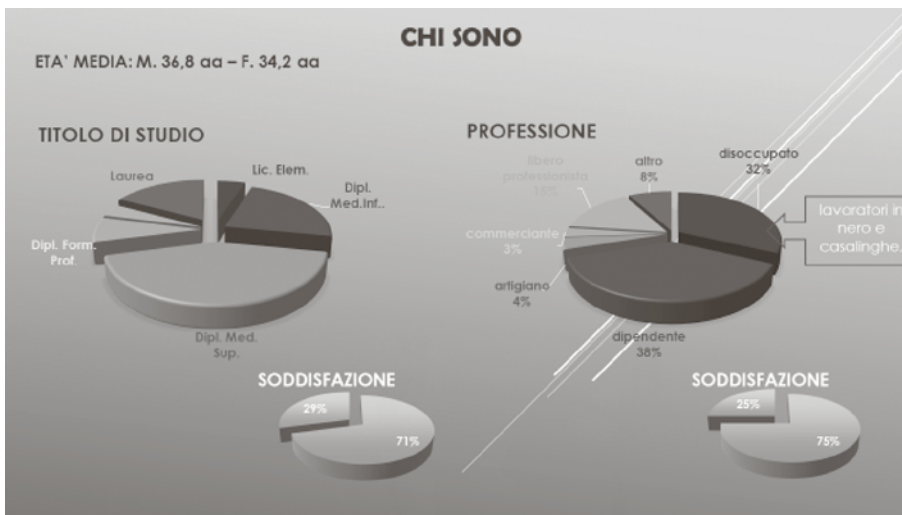
C'è da fare una premessa:

- Non tutti hanno risposto a tutte le domande del questionario.
- In alcuni casi si ha il sospetto che i questionari non siano stati compilati individualmente ma che lo stesso componente della coppia (si suppone la donna) abbia compilato ("per fare prima") entrambe le parti.
- In alcuni casi le coppie hanno considerato il questionario come un test valutativo (una sorta di idoneità alla genitorialità assistita) e questo può comportare da una parte una connotazione "artefatta" delle risposte, dall'altra fa trasparire la carica di ansia e di insicurezza che accompagna le coppie, condizionandole nella loro capacità di esprimersi fluidamente e spontaneamente

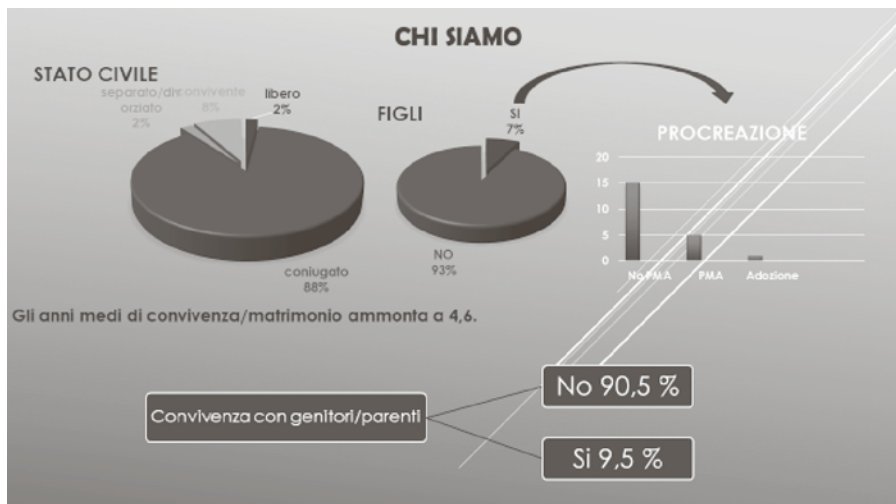
Dall'analisi dei dati emerge che:

Chi sono / Chi siamo

L'età media dei pazienti è di 35,7 aa (M 36,8 aa / F 34,2 aa), il livello culturale è medio mentre il livello di soddisfazione sia per ciò che riguarda il titolo di studio che per il lavoro risulta essere alto.



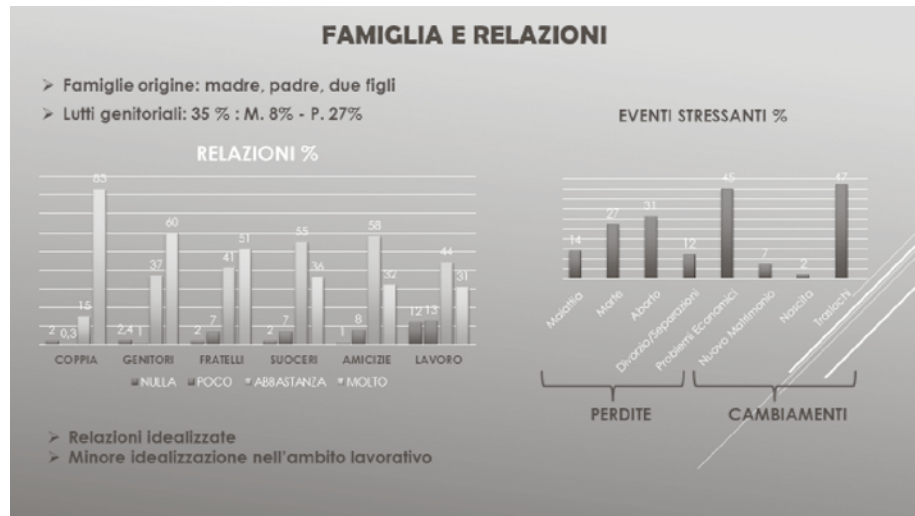
La maggioranza di loro sono sposati, non hanno figli e vivono da soli. Solo il 7% degli intervistati ha già dei figli (figli di precedenti unioni) ed una piccola percentuale ha dei figli avuti con PMA.



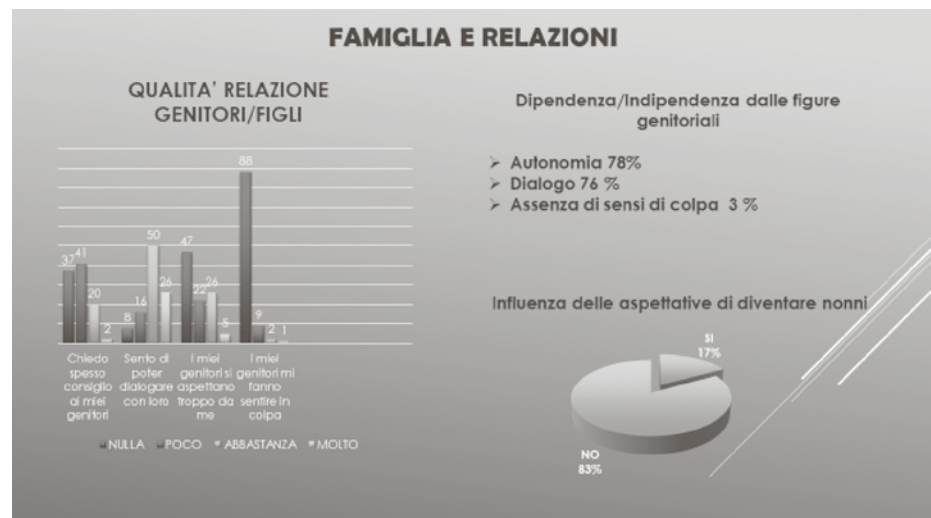
I legami affettivi

Le relazioni affettive appaiono tendenzialmente idealizzate, mentre c'è una minore idealizzazione nell'ambito lavorativo.

Appare significativo rilevare, tenendo conto della giovane età degli intervistati (37,5 aa) che, il 35% ha perso almeno un genitore (il padre nella maggior parte dei casi) e che quindi ha dovuto già fare i conti con una perdita grave e precoce.



Le relazioni genitoriali appaiono positive, impostate sull'autonomia, sul dialogo e sull'assenza di colpevolizzazione e di pressioni di tipo affettivo/familiare (le aspettative dei genitori di diventare nonni non sono sentite come influenti).



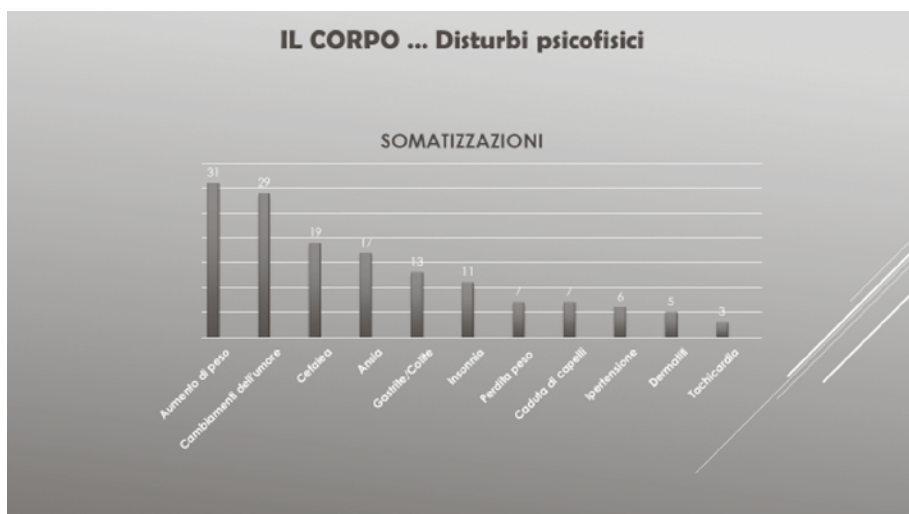
Il corpo

In merito ai Disturbi Psicofisici, due sono gli elementi principali: l'aumento di peso ed i cambiamenti di umore.

Si sa che l'aumento di peso, essendo un elemento multifattoriale connesso a fattori di tipo socio/culturale (aumento dell'obesità nel mondo occidentale, tasso di obesità in Italia e nello specifico in Campania), è strettamente collegato con le difficoltà procreative. Esso ha anche un profondo significato psicologico. In questa tipologia di coppie sembra porsi come la rappresentazione metaforica di un "vuoto" (affettivo/psichico/esistenziale) che tende ad essere riempito concretamente. Questo assume una dimensione "paradossale" dato che la pancia vuota (il vuoto psichico della sterilità), che viene riempito concretamente di cibo, tende a rendere quella pancia ancora più vuota.

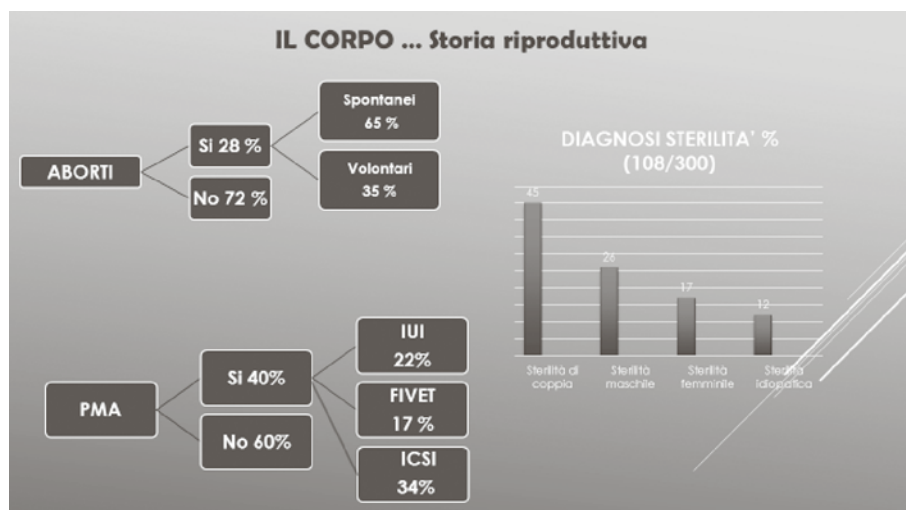
Per quanto concerne i "cambiamenti di umore", questi sembrerebbero essere intrin-

secamente collegati alla fatica e alle difficoltà che tali coppie presentano nel trovare un canale di espressione dei propri stati d'animo, che vengono quindi "agiti" più che raccontati o mentalizzati.

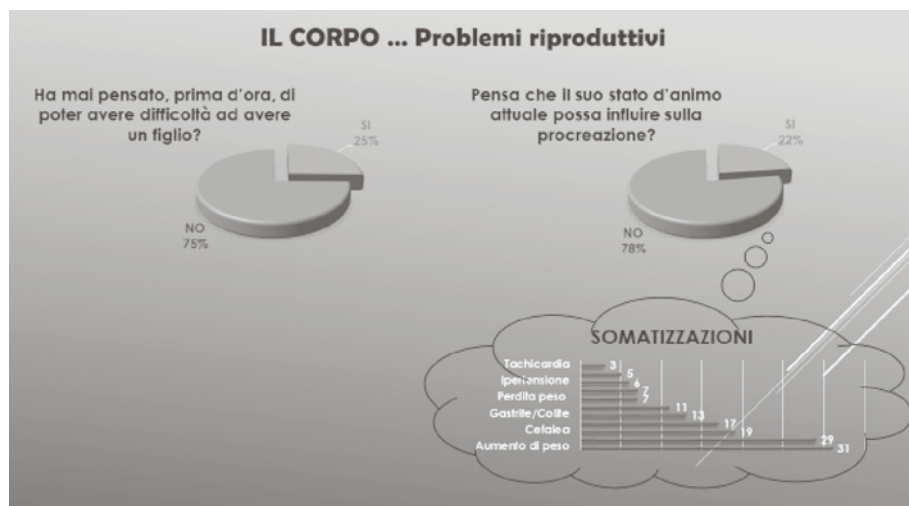


In merito alla propria storia riproduttiva, si osserva che ben il 28% di queste coppie ha avuto almeno un aborto volontario per più di 1/3 dei casi. Risulta facile immaginare quindi quanto, per queste persone le difficoltà procreative si colorino, oltre che della tirannia del tempo, anche di rammarichi e sensi di colpa.

Rispetto alla diagnosi di sterilità c'è da premettere che solo 108 persone su 300, all'atto della compilazione del questionario, avevano già avuto una diagnosi. Il 45% delle coppie riporta una diagnosi di sterilità di coppia/infertilità. La sterilità maschile sembra avere una maggiore frequenza di quella femminile, anche se va sottolineato che, in riferimento alla sterilità maschile, in alcuni casi la partner femminile non dà risposta, come se attivasse una sorta di protezione verso il proprio partner.

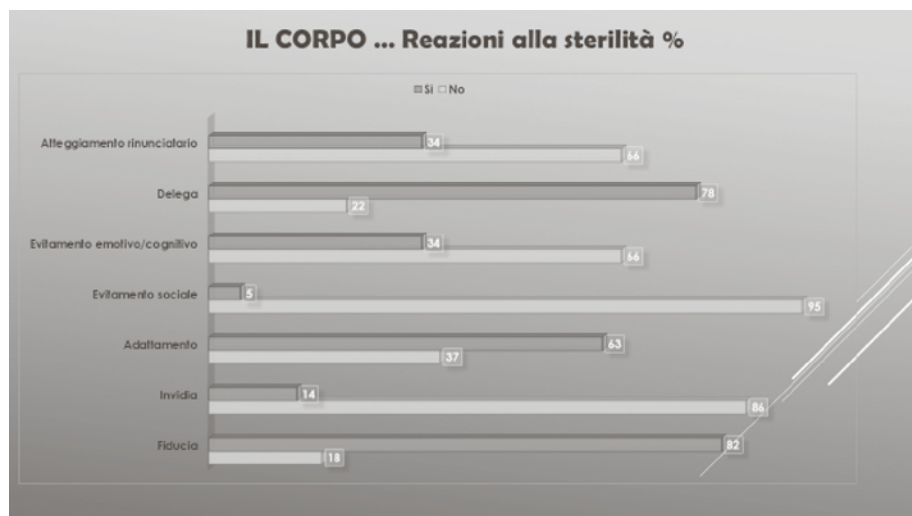


Non sembra essere presente in queste coppie un'ansia anticipatoria e, quando presente, fa riferimento a pregressi problemi di tipo organico. Colpisce invece il fatto che la stragrande maggioranza neghi l'influenza dello stato d'animo (pur facendo un gran parlare di generici livelli di stress), nonostante la frequenza di disturbi psicofisici. È come se ci fosse una sorta di scissione tra lo stato d'animo, il corpo e le capacità procreative.

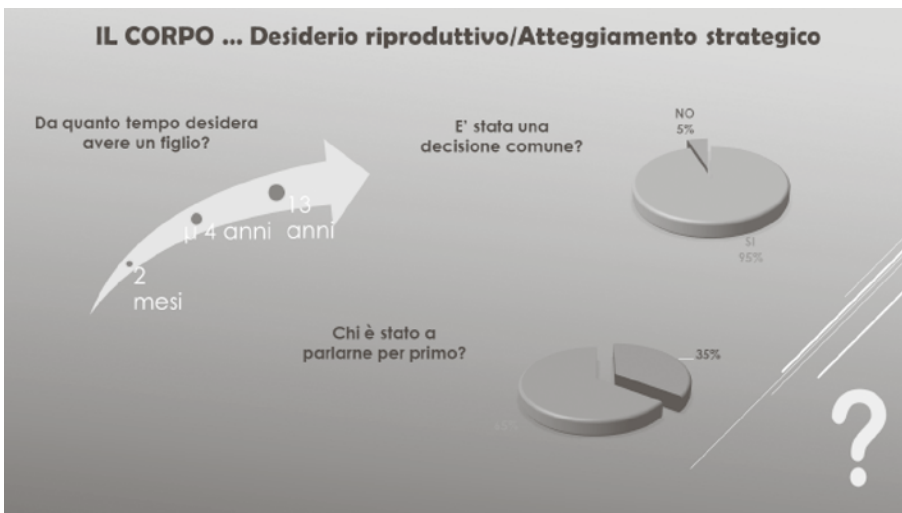


Le reazioni alle difficoltà procreative, possono essere sintetizzate come di seguito:

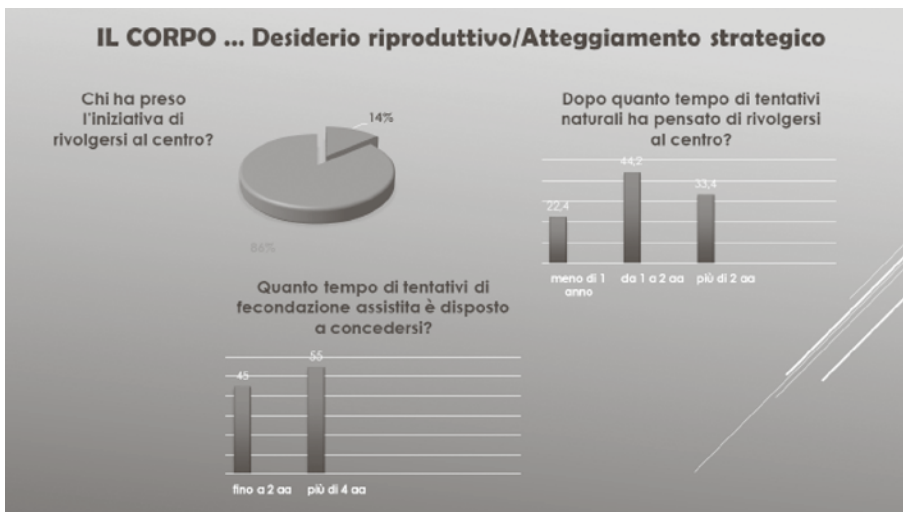
- Negazione di sentimenti e di reazioni negative (quali l'invidia o l'evitamento sociale).
- Evitamento di tipo emotivo (cercare di non starci male) e cognitivo (cercare di non pensarci).
- Fiducia (82%) nella riuscita del proprio progetto alla quale corrisponde una consistente delega (78%) al personale sanitario.
- Il 66% afferma di non avere un atteggiamento rinunciatario, ma al tempo stesso il 63% riferisce uno scarso livello di soddisfazione in riferimento alla propria vita.



Risultano dunque esserci una elevata fiducia e saldi propositi nel mantenere la costanza dell'obiettivo, anche se, in un'ottica generale, sembra esserci un difetto sul piano dell'adattamento, dell'accettazione del limite (sia interno che esterno) e della soddisfazione.

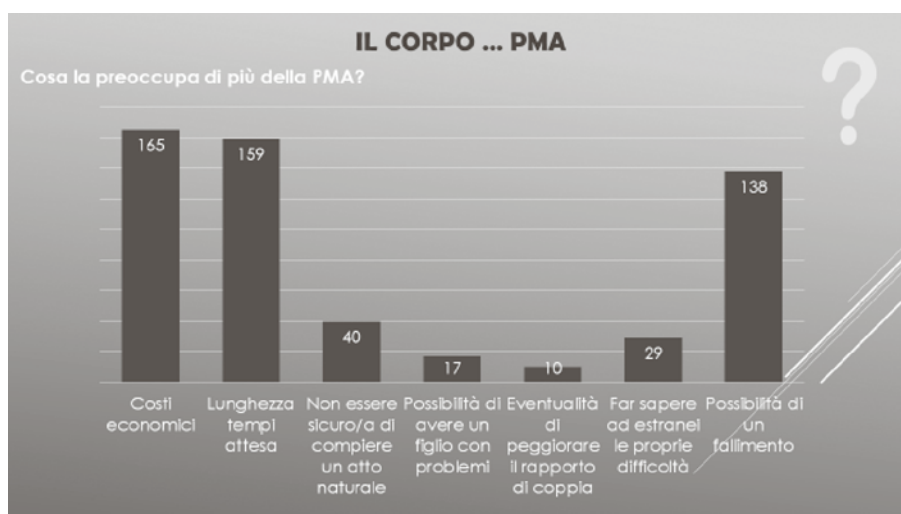
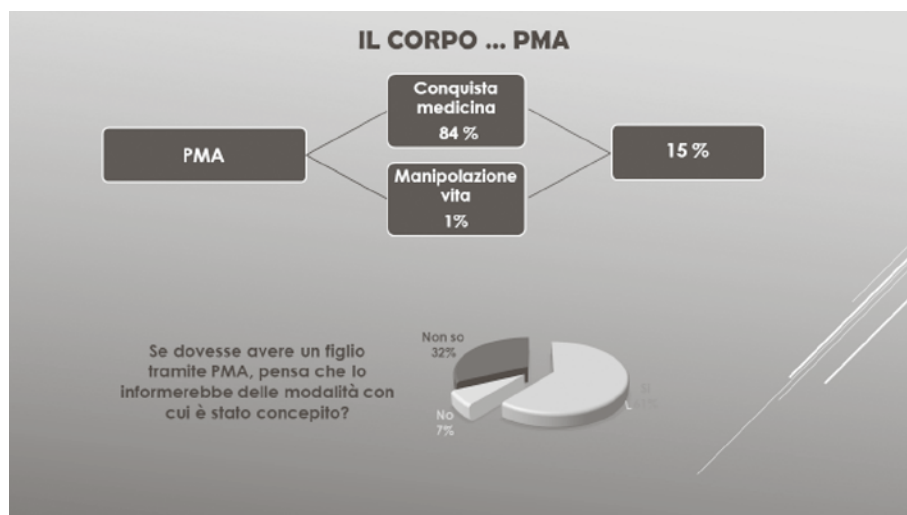


In merito alla possibilità di esprimere il desiderio di un figlio, mediamente presente da 4 anni, sono le donne la parte “trainante”, soprattutto in merito alla decisione di rivolgersi ad un centro specializzato e di concedersi anche oltre 4 anni di tentativi. La possibilità di chiedere e dunque di indurre le coppie a pensare al percorso da fare, vuole essere un modo per far loro acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie scelte ed aspettative al fine sia di definirle sia di sentirsene volontari protagonisti.



Per quanto concerne l’atteggiamento nei confronti della PMA, si osserva come la stragrande maggioranza delle coppie la considera una conquista (solo l’1% la vede come una forma di manipolazione e solo il 15% esprime la propria ambivalenza assumendo entrambe le posizioni) e ne teme aspetti per così dire di superficie (costi, tempi di attesa insuccessi). Sembra cadere anche il “tabù del concepimento” visto che il 61% degli intervistati riferisce che ne parlerebbe tranquillamente con il figlio (salvo poi appurare frequentemente nel corso della consulenza psicologica che ne parlerebbe, sì, ma quando il figlio sarà grande).

Viene utilizzato cioè lo stesso criterio che ha accompagnato (ed accompagna ancora in molti casi) il racconto delle origini fatto dai genitori adottivi. Il momento della “rivelazione” viene rimandato, con una funzione puramente difensiva, ad un ipotetico e futuro “tempo giusto”. L’atteggiamento appare comunque piuttosto superficiale ed ancorato al concreto.



Il figlio

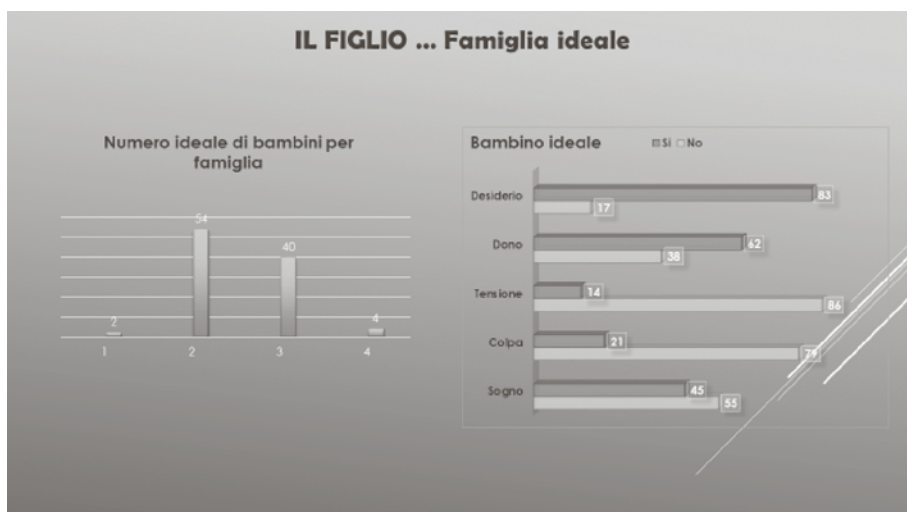
In merito alla genitorialità sembra che questo bambino, tanto desiderato, resti concretamente un oggetto del desiderio da perseguire, senza riuscire a trovare un sufficiente spazio mentale nella fantasia. Sembra essere un bambino non fantasticato, se non come dono ai genitori (62%). In verità questo dato sorprende un po', dal momento che, come si è visto, la stragrande maggioranza (83%) delle coppie afferma di non sentire la pressione affettiva e sociale derivante dall'aspettativa dei genitori di diventare nonni. Le coppie fanno addirittura fatica a riconoscerlo di sognarlo, questo bambino.

Al tempo stesso l'altro aspetto presente, quello del bambino mancante, viene molto minimizzato: solo un 21% si sente in colpa per non avere ancora un figlio ed appena un 14% riconosce che il pensiero di un figlio è fonte di tensione. È come se si assistesse ad una sorta di appiattimento e normalizzazione del travaglio interiore.

Parlare di adozione, anche se previsto dalla legge, costringe inevitabilmente a mettersi in una posizione "eccentrica". Significa alzare gli occhi verso orizzonti diversi, prospettive di vita "altre". Se si esclude il 7% che ha già preso in considerazione questa possibilità, il restante 93% esprime un netto rifiuto o si nasconde dietro un atteggiamento distaccato e difensivo ("non ci ho mai pensato", "la prenderei in considerazione come seconda scelta", "l'iter è difficile"). Si evidenzia pertanto un atteggiamento ambivalente che non ne esclude la possibilità (almeno a livello teorico) ma di fatto ne evita l'attuazione.

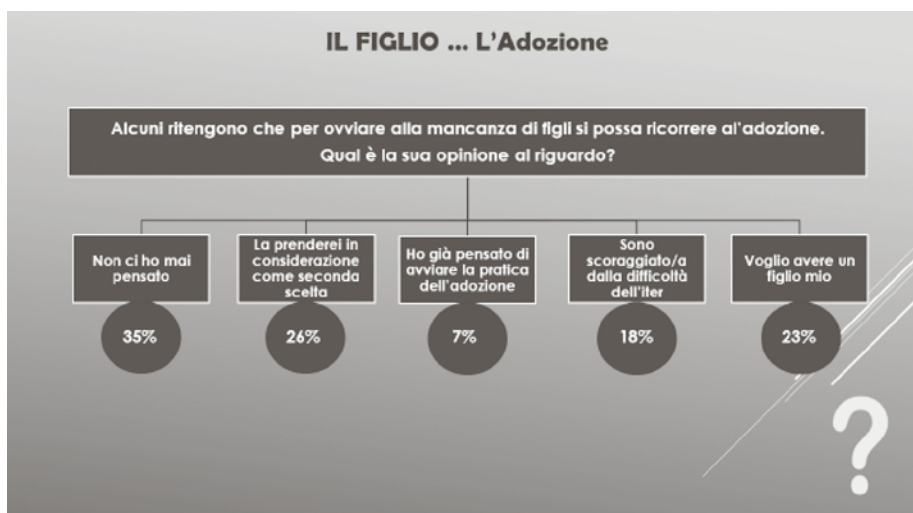
Se nell'adozione fai un regalo di genitorialità a chi l'ha persa (una sorta di riparazione per un danno fatto da altri), nella PMA il bambino che nasce grazie ad un intervento terzo fa un regalo ad un uomo nel suo diventare padre ed a una donna nel

IL FIGLIO ... Famiglia ideale



suo diventare madre (una sorta di riparazione per una deficienza di sé). In entrambi i casi ai bambini andrà restituito che tali regali si inscrivono e trovano significato nella sfera del desiderio (che dal punto di vista etimologico significa: «ciò che scende dalle stelle»⁶).

IL FIGLIO ... L'Adozione



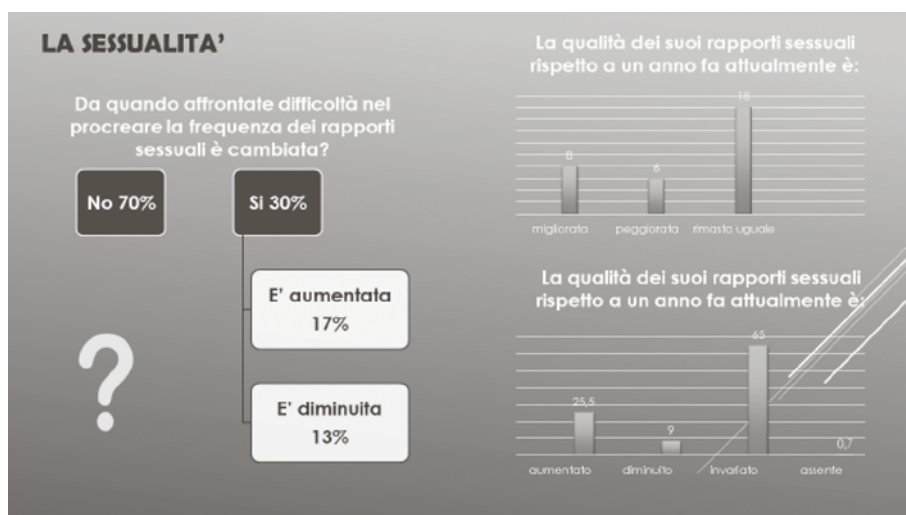
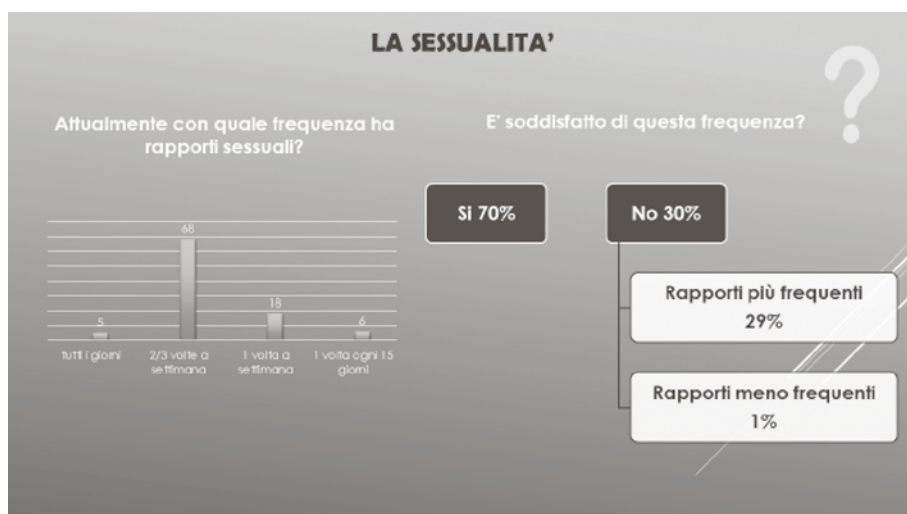
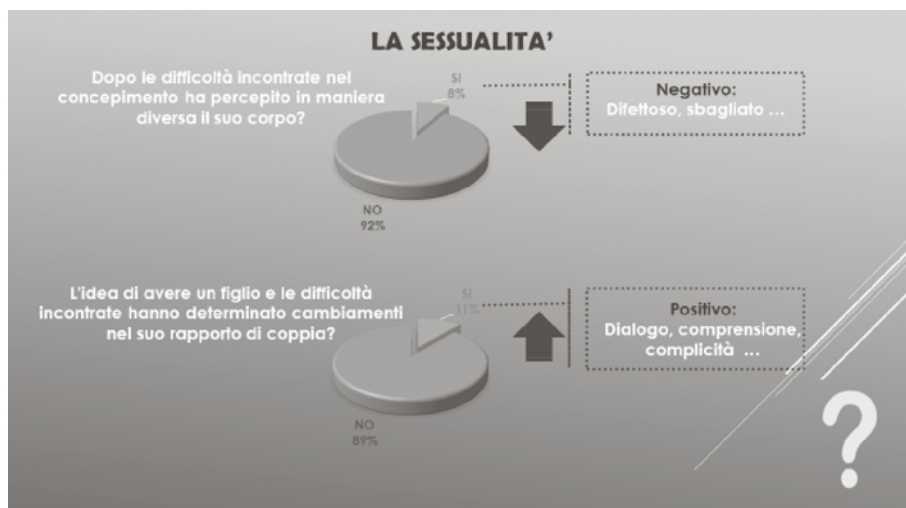
La sessualità

In riferimento all'area della sessualità, la stragrande maggioranza delle coppie nega ogni ricaduta negativa derivante dalle difficoltà procreative sul piano sia della percezione del proprio corpo che della relazione di coppia.

Anzi in questo caso viene sottolineata (anche se da una minoranza) una reazione positiva con un aumento del dialogo, della comprensione e della complicità. Questo dato, al di là della già sottolineata tendenza ad una "normalizzazione" e "positivizzazione", può avere anche altri importanti aspetti: la scoperta di una difficoltà/problematica riproduttiva rappresenta l'introduzione di una variabile "altra" all'interno di un progetto e del relativo contratto, e può rappresentare l'occasione per "scegliersi" nuovamente, una sorta di "rinnovo della promessa" ed in molti casi lo è. Questo sempre sull'onda dell'importanza del raccontare e del raccontarsi. Un'attenzione a parte richiederebbe quell'8% che riferisce di vivere il proprio corpo come "difettoso", "sbagliato".

Il quadro della sessualità sembra non significativamente modificato a seguito del ricorso alla PMA, e viene riferito mediamente un vissuto di soddisfazione, sia per ciò che riguarda la frequenza, che la qualità, che il desiderio.

Se dai colloqui emerge che i rapporti mirati disturbano fortemente la fluidità e naturalezza dei rapporti sessuali, la PMA (forse per l'aspetto di scissione tra piacere/desiderio e aspetto procreativo e forse in virtù della delega all'esperto di quest'ultimo

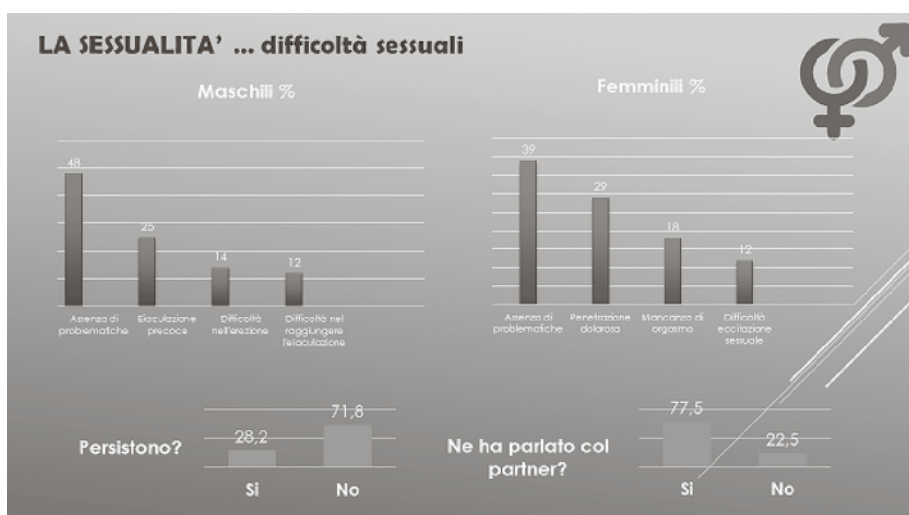
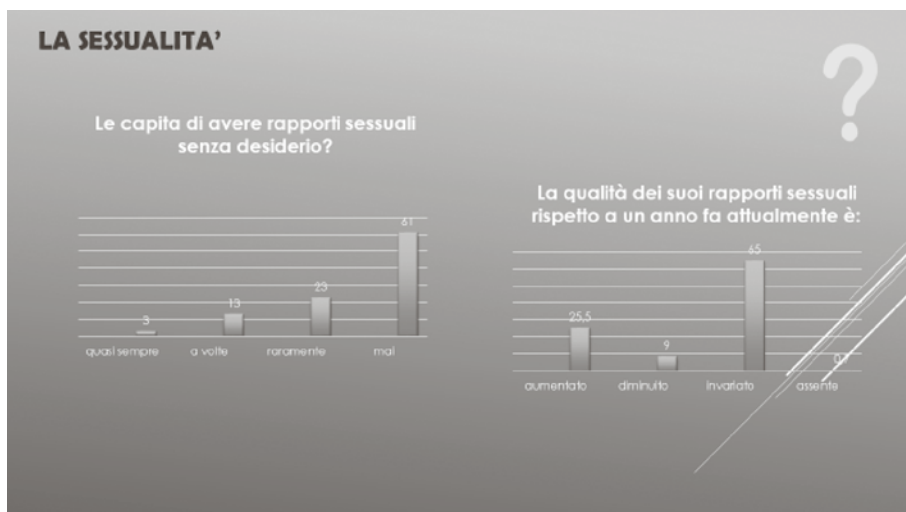


aspetto) sembra, almeno da quanto emerso dai questionari, essere un elemento non particolarmente disturbante.

Verrebbe da chiedersi cosa fantasmaticamente ci sia dietro questa delega. Una deresponsabilizzazione? Un vivere l'istituzione e l'équipe come surrogati genitoriali che legittimano ed accolgono?

Alla domanda specifica relativa all'esistenza (nel presente o nel passato) di problematiche nella sfera sessuale più del 50% risponde affermativamente (nelle donne il problema più sentito è la penetrazione dolorosa, negli uomini l'eiaculazione precoce).

Le problematiche sessuali prevalentemente sono riferite come “superate” e comunque, se si confrontano questi dati con quelli precedenti relativi alla valutazione della vita sessuale, non sembrano centrali. Anche qui sembra prevalere la tendenza alla normalizzazione e ad una forma di “elusione” dei problemi soggettivamente sentiti.



Conclusioni

Qual è dunque il profilo di queste coppie, cercando anche di evidenziarne il livello di soddisfazione/insoddisfazione, la capacità progettuale (come consapevolezza di confini, limiti ed obiettivi) e la modulazione del desiderio?

Sono coppie giovani, con un livello culturale medio, che si dichiarano generalmente soddisfatte sia del loro titolo di studio che del loro lavoro. Le loro relazioni affettive ed amicali sono tendenzialmente idealizzate. Riferiscono buone relazioni con i genitori.

Le difficoltà psicofisiche si esprimono prevalentemente come aumento di peso e cambiamenti di umore.

Sembrano avere un campo visivo ristretto, focalizzato ed appiattito sul concreto, sul fare e sull'aver. Anche la loro sofferenza, il loro “vuoto” (così come nel disturbo alimentare) tendenzialmente sembra riempito da oggetti, più che problematizzato. Del resto, se si è concreti sul piano del corpo (si agisce cioè il disturbo piuttosto che sentirlo o esprimerlo) lo si è anche sul piano della soluzione.

In riferimento alle difficoltà procreative c'è una negazione di sentimenti e reazioni negative, un atteggiamento di base, a volte acritico, di fiducia. Questi due aspetti non si riverberano però in un corrispondente livello di soddisfazione per la propria vita.

Lo psicologo in un centro di PMA è necessario non per "sbloccare" in maniera quasi miracolosa sterilità oscure e cause misteriose (cosa che necessiterebbe, ammesso che sia possibile, di lunghe e profonde terapie che non tutti sono disposti o adatti ad affrontare) ma per ricollocare nel flusso della vita (che contiene appunto la speranza, il desiderio, il limite, la malattia, la morte) ciò che onnipotentemente sembra volerle sfuggire

Di fatto sembra esserci un difetto sul piano dell'accettazione e dell'adattamento alla realtà con i suoi limiti e della capacità di modulare la propria progettualità ed il livello di soddisfazione.

Anche in riferimento al bambino c'è, come abbiamo più volte sottolineato, il desiderio ma anche una sorta di difetto di fantasia.

C'è da chiedersi se questa che abbiamo definita "assenza di mentalizzazione" (e che è una sorta di fil rouge che percorre tutto il profilo) sia primaria (cioè simbolicamente alla base della difficoltà procreativa) o secondaria, derivi cioè dalla paura della sofferenza, dalla necessità difensiva di negare pensiero e fantasia, in una sorta di regressivo ritorno al pensiero magico.

«Si può pensare che la coartazione della vita fantastica sia il risultato di un meccanismo difensivo volto a proteggere la madre specialmente dal rischio di essere disillusa rispetto al desiderio di superare il limite biologico della sterilità attraverso la fecondazione assistita.»⁷

Questi aspetti vengono confermati da una mancanza di atteggiamento "strategico", cioè della capacità di farsi un programma che parta dal limite e lo contempli. In questo ambito sembrerebbe rientrare il "rifiuto" adottivo. Del resto anche l'approccio alla PMA risulta concreto ed esterno (basato cioè su aspetti più superficiali) e c'è ambivalenza nell'inserirla all'interno della propria storia e nella previsione della propria vita futura.

La compilazione del questionario e la successiva consulenza possono rappresentare uno spazio di espressione, di riflessione ed eventualmente di elaborazione, un'occasione per compensare e riequilibrare l'eccesso di concretezza e permettere l'individuazione del proprio percorso e del proprio racconto.

Il nostro intervento in qualità di psicologi si inserisce come tentativo di riportare nell'alveo della vita, del benessere (che significa speranza e limite, tempo e pazienza) un desiderio che per la sua realizzazione sembra allontanarsi dalla natura, tendere a dominarla e a condizionarla «...aiutare a riformulare la propria progettualità esistenziale a partire dal concetto di mancanza e di limite, e, in secondo luogo, a dare un senso all'attesa, visto che il percorso PMA si nutre di attese simboliche e materiali»⁸.

'Riportare nell'alveo' significa utilizzare la tecnica come tecnica, cioè come strumento per realizzare un desiderio ma anche per allontanare sensi di colpa e rimpianti.

Lo psicologo in un centro di PMA è necessario non per "sbloccare" in maniera quasi miracolosa sterilità oscure e cause misteriose (cosa che necessiterebbe, ammesso che sia possibile, di lunghe e profonde terapie che non tutti sono disposti o adatti ad affrontare) ma per ricollocare nel flusso della vita (che contiene appunto la speranza, il desiderio, il limite, la malattia, la morte) ciò che onnipotentemente sembra volerle sfuggire.

* [maria.darrigo@asinapoli2nord.it]

NOTE

¹ Psicologa Psicoterapeuta, UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

² Psicologa psicoterapeuta

³ Ginecologo, responsabile UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

⁴ Ostetrica UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli (Na)

⁵ D'Arrigo, Romeo ed altri, Comprendere l'infertilità: uno sguardo sugli aspetti psicologici in Babele n.33, 2006

⁶ Cristina Realini, Le parole per dirlo, Relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016

⁷ Cristina Realini, Le parole per dirlo, Relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016

⁸ Andreotti S., Bucci A.R., Marozza M.I., GRAVIDANZA FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici, Psichiatria e Psicoterapia Analitica

BIBLIOGRAFIA

- Agnello G., *Oceano Fertilità*, Springer Milano 2005
- Andreotti S., Bucci A.R., Marozza M.I., *GRAVIDANZA FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici*, *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*
- Auhagen Stephanos U., *La Maternità Negata. La paura inconscia di un figlio desiderato*, Bollati Boringhieri, Torino 2008
- D'Arrigo M., Romeo A.M. ed altri, *Comprendere l'infertilità: uno sguardo sugli aspetti psicologici*, in *Babele* n.33, 2006
- D'Arrigo M., *Se i bambini non arrivano. L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico*, Liguori, Napoli 2008
- Ferraro N., Nunziante Cesàro A., *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come «Agire» tra fusione e separazione*, Franco Angeli, Roma 2006
- Fiumanò M., *L'immacolata fecondazione*, la Tartaruga 1995
- Fiumanò M., *Ad ognuna il suo bambino*, Pratiche 2000
- Manzano M., Palacio Espasa F., Zilkha N., *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambini*, Cortina Raffaello, Milano 2001
- Realini C., *Le parole per dirlo*, Relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016
- Zamarchi E., *La filosofia alla frontiera della nascita*, relazione al Convegno Nazionale "Alla ricerca di un figlio. L'esperienza delle donne nella procreazione assistita", Centro di documentazione delle donne - Bologna - 1 ottobre 2016



Abstract

This study was carried out at the Human Reproduction Physiopathology Department of Santa Maria delle Grazie Hospital, Pozzuoli (NA). It is based on the analysis of questionnaires submitted to 150 couples with procreation problems who applied for treatment from 2013 to 2017.

The aim of the study was to trace the existential map of the applicants, to supply with objective and subjective data the request of Medically Assisted Procreation in order to highlight the fundamental needs and desires which it involves.

KEYWORDS Couple, child, body, procreation problems, sterility, desire/need
