

MENOPAUSA E ANALISI BIOENERGETICA. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEI CONSULTORI FAMILIARI

Maria Bizzarri (*), Alessandra Santini (**)

Abstract

Per ragioni culturali, la menopausa è sempre stata soggetta a scotomizzazione e svalutazione sociale. L'innalzamento dell'aspettativa di vita verificatosi nei paesi industrializzati sta spingendo gli addetti ai lavori (e non) a reconsiderarla da una prospettiva nuova. I Consulenti Familiari del S.S.N. rappresentano l'area sanitaria in cui più facilmente si esprime la richiesta di aiuto delle donne, sia come bisogno di maggiore informazione che come segnale di disagio psichico e/o fisico. L'articolo prende in esame un intervento di formazione rivolto ad operatori consultoriali e focalizzato sul modello dell'Analisi Bioenergetica come metodologia d'elezione per esplorare e valorizzare gli aspetti psicocorporei implicati nei cambiamenti connessi a questa fase del ciclo di vita femminile.

Parole chiave: Formazione, Analisi Bioenergetica, Menopausa, Modelli Culturali, Ciclo di Vita Femminile.

(*) *Maria Bizzarri, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente IIFAB (Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica)*

(**) *Alessandra Santini, Psicologa, Psicoterapeuta, Presidente CSPR (Centro Studi di Psicologia Relazionale)*

Premessa

La studiosa e scrittrice americana Betty Friedan, che a partire dagli anni '60, ai tempi della rivoluzione femminile, si è battuta per smontare la cosiddetta 'mistica della femminilità' scardinando l'immagine della donna come oggetto sessuale e riproduttrice, oggi si dichiara allarmata per quella che definisce una 'nuova epidemia della mania della menopausa' (Friedan, 1994) tanto in riferimento alla sua ipermedicalizzazione, quanto alla sua focalizzazione come problema/patologia, che rischiano di spingere le donne e gli addetti ai lavori verso la fuorviante deriva della menopausa come esperienza 'monodimensionale':

“[tale mania] pare contrapporsi agli effetti del movimento femminile degli ultimi venticinque anni, vanificare il superamento dell'obsoleta mistica femminile che soleva definire l'interruzione della sessualità riproduttiva come la 'fine della vita della donna in quanto tale'. L'integrità delle donne in quanto persone, ovvero l'obiettivo fondamentale del movimento femminile, non può proprio finire con le mestruazioni.

E sicuramente la stima di sé per noi donne si basa ora sulla nostra personalità totale, la partecipazione sociale, e non solamente sulla nostra sessualità e maternità. Non siamo più martiri passive del nostro destino biologico. Mi preoccupa anche il fatto che il nostro stesso desiderio di ‘controllare’ la nostra esistenza, perfino l’ ‘attrattiva eccessiva’ dello stato di vittime, o la reazione ad esso, in alcune femministe, non finiscano per confluire nella mania della menopausa. Come possono ostetriche, ginecologhe, gerontologhe coscienti non abbracciare la ‘prova schiacciante’ che gli estrogeni non soltanto alleviano i sintomi della menopausa ma addirittura allungano la vita? Non sorprende dunque molto che i medici, sia maschi sia femmine, accettino il modello medico, quello della menopausa e della vecchiaia come malattia, che ovviamente finora è stato definito dagli uomini” (Friedan, 1994, p. 331).

1. La domanda di intervento

1.1 Il contesto

In riferimento alle difficoltà economiche, organizzative, sociali e culturali che oggi ci si trova a dover fronteggiare per promuovere e difendere la salute, il bene più prezioso che è alla base dell’esistenza individuale e collettiva, ci sentiamo in dovere di far conoscere una esperienza di “buona sanità” legata all’impegno di tante persone che credono possibile la realizzazione di un *contratto per la salute* molto specifico fra partner diversi: il cittadino, la ASL e gli operatori sociali. Questa esperienza è nata nell’ambito di un corso di aggiornamento promosso nel 2008 a Roma dalla azienda ASL RmC, ‘Dipartimento dell’Integrazione Socio-Sanitaria e tutela della Maternità e dell’Infanzia’-Direzione e ‘Consultorio Familiare’-Distretto 6, strutturato in 2 moduli formativi - il primo congressuale, il secondo teorico-esperienziale - che hanno coinvolto, sul piano della progettazione e della docenza, una molteplicità di figure professionali che ogni giorno mettono le proprie competenze al servizio delle donne implicate nelle differenti fasi del proprio ciclo vitale, compresa quella della menopausa.

Il primo modulo, dal titolo “*Menopausa e ben-essere della donna: verso una nuova fase della vita*”, era rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Operatori dei Consultori Familiari (CCFF) che insistono sul territorio (ginecologi, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari, infermiere, ostetriche) e si è svolto presso l’aula magna dell’ ‘Ospedale CTO – A. Alesini’ di Roma. Il secondo modulo, dal titolo ‘*Arteterapia e Analisi Bioenergetica: due approcci possibili per il benessere della donna in menopausa*’, che costituisce l’oggetto del presente articolo, era invece rivolto agli psicologi e assistenti sociali dei 10 CCFF dello stesso territorio di riferimento che avevano partecipato in via propedeutica al primo modulo e si è

svolto presso il Consultorio Familiare-Distretto 6 con la formula del workshop esperienziale, configurato dalla committenza come ‘formazione sul campo’.

L’aspetto che ci ha fortemente coinvolto è stato porre al centro dei lavori la donna in una delle sue fasi di vita meno considerate e meno conosciute – il ‘passaggio muto’, come lo definisce Gail Sheehy (1993). Si è abituati a vedere donne giovani, scintillanti e progettuali in differenti momenti dell’esistenza, che perseguono obiettivi di realizzazione di sé nell’ambito lavorativo, socio-culturale e affettivo-familiare. Ora, se è l’ ‘andare verso qualcosa’ che caratterizza e direziona il processo ontogenetico dell’essere umano convogliando tutte le sue energie psicofisiche per ‘arrivare alla meta’, cosa accade quando la meta da raggiungere viene spostata sempre più in là e il futuro, che diventa ‘oggi,’ rimane privo dell’aureola idealizzata ed è accompagnato dalla sensazione che il tempo a disposizione sia volato mentre quello disponibile appare ‘accorciato’ e comunque insufficiente?

Spesso, molte donne (ma non tutte), assolti i ‘doveri familiari, si trovano a fare i conti con un corpo non più (o non più abbastanza) in linea con i canoni estetici dominanti nella cultura occidentale post-industriale, alcune sono in ritardo rispetto ai progetti di maternità che sempre di più slittano in avanti (anche oltre i naturali ritmi biologici), altre ancora arrancano per affermarsi nel mondo del lavoro e realizzare una personale stabilità socio-economica. Delusione, sensazione di non aver costruito, di aver ‘fatto male’ tutto o molto, di non avere ascoltato i bisogni più profondi e più autentici, percezione di una più o meno vaga incompletezza, ecc.. Queste le dimensioni di problematicità con cui, frequentemente, le donne in fase menopausale (incluse le fasi pre e post) si trovano a dover fare i conti.

1.2 Una richiesta competente

Inizialmente, come consulenti esterni abbiamo svolto l’analisi dei bisogni formativi e delineato l’intervento nei suoi aspetti organizzativi insieme alla committenza, nelle figure dei responsabili del progetto di aggiornamento, attraverso una serie di incontri tenutisi durante l’anno 2008. Uno degli elementi guida è stata la constatazione del notevole scarto fra l’abbondanza dell’offerta di conoscenze e metodologie sul piano medico-sanitario e la scarsità delle stesse in ambito psicologico. Le motivazioni di questa disparità sono in gran parte di tipo socio-culturale: la vergogna e quindi il silenzio hanno da sempre caratterizzato l’esperienza della menopausa al punto da delinearla complessivamente come ‘il grande tabù delle donne’ (Flamigni, 2004) o ‘il passaggio muto’ (Sheehy, 1993), rinforzando il processo della sua scotomizzazione sociale. Un ulteriore elemento da cui è nato il bisogno di formazione è quello riferito all’innalzamento dell’età media nei paesi industrializzati - circa

83 anni per le donne e 76 per gli uomini (Flamigni, 2004) - che produce nuovi bisogni di salute. Dal momento che attualmente le donne vivono un terzo della propria esistenza in menopausa, non è più possibile considerare questa tappa del ciclo vitale femminile come la 'fine della femminilità', ma semmai come il punto di partenza di una nuova fase di vita (Facchini, Ruspini, 2007). Infatti, nell'ambito dell'utenza che affluisce nei CCFF (in maggioranza femminile) è in aumento il numero delle donne che sono vicine alla menopausa o la stanno già vivendo. Il bisogno di formazione, quindi, si è delineato in tutta la sua rilevanza in relazione al fatto che i CCFF costituiscono l'ambito sanitario in cui più facilmente si esprime una richiesta di aiuto, sia come bisogno di maggiore informazione che come segnale di disagio psichico e/o fisico.

In questo senso, l'obiettivo generale del progetto di aggiornamento ha preso forma quale miglioramento qualitativo dell'offerta delle prestazioni mediante chiavi interpretative che, superando il riduzionismo del modello bio-medico, fossero in grado di ricollocare i cambiamenti sperimentati dalla donna durante la menopausa nell'ambito di un processo evolutivo fisiologico e decisivo per il suo benessere. Gli obiettivi specifici di apprendimento sono stati individuati nell'ampliamento delle conoscenze sui possibili percorsi del corretto orientamento della donna in fase menopausale finalizzato alla tutela della sua salute psico-fisica e nella formazione secondo gli elementi di base del modello dell'Analisi Bioenergetica e dell'Arteterapia come metodologie per la realizzazione di gruppi di sostegno ad hoc. Nello specifico, fra gli obiettivi formativi abbiamo sottolineato l'importanza della competenza empatica (Schore, 2008; Gallese, Migone, Eagle, 2006; Gallese, 2007), della capacità di sintonizzazione e regolazione affettiva (Schore, 2008; Siegel, 2001) - aspetti a cui l'Analisi Bioenergetica è particolarmente attenta - dal momento che costituiscono uno strumento di primaria importanza per la relazione di aiuto.

Sottotitolandolo "*Il modello psicocorporeo dell'Analisi Bioenergetica per la menopausa*", abbiamo progettato il modulo di nostra pertinenza in risposta alla esplicita richiesta della committenza di utilizzare l'approccio analitico-corporeo dell'Analisi Bioenergetica quale modello olistico in grado di valorizzare gli aspetti psicocorporei che sono squisitamente implicati nei cambiamenti connessi a questa fase del ciclo vitale femminile. La scelta, da parte nostra, della formula del work-shop esperienziale andava incontro alla esigenza della committenza di caratterizzare il corso di aggiornamento come 'formazione sul campo finalizzata ad un processo di integrazione della dimensione somatica con quella psico-emozionale'. Dal momento che ciò che non è 'quantificabile' (le emozioni, ad esempio) non viene valorizzato più di tanto nella formazione (Morin, 1989) - atteggiamento che dà origine a

‘processi formativi troppo spesso disincarnati’ (Manuzzi, 2007, p. 26) - abbiamo ritenuto fondamentale fondare l’apprendimento su una base esperienziale, mantenendo costantemente congiunti il sapere, il saper fare e il saper essere all’interno del processo formativo globale. Attraverso il nostro modello di riferimento focalizzato sulla corporeità abbiamo tentato di “opporre ‘resistenza’ contro le forme di espropriazione da sé, di smontare stereotipi diffusi e radicati che ne fanno sostanzialmente una scatola biologico-chimica, pressoché del tutto identificata con l’organismo, e di parlare da dentro il corpo senza perdere di legittimità scientifica” (Manuzzi, 2007, p.25).

2. La costruzione sociale della menopausa: le basi allargate dell’intervento formativo

Una disamina minima delle discipline che hanno contribuito alla costruzione sociale della menopausa - Medicina, Psichiatria, Psicoanalisi, Antropologia culturale, Sociologia, Psicologia (v. par. 3) - ne evidenzia il carattere multidimensionale e multifattoriale, sottolineandone la complessità e rendendola irriducibile al solo aspetto biologico.

Il *modello bio-medico* della menopausa si iscrive nel quadro di riferimento prescientifico fondato sull’associazione fra disturbi comportamentali/malessere psicologico e funzioni riproduttive femminili che ha radici che si perdono nella notte dei tempi. Dall’antico Egitto, alla civiltà greco-romana, attraversando il Medio Evo fino al ‘700, la donna senza più sangue mestruale, passò dall’essere considerata una minaccia per gli altri (Laquer, 1992) ad una minaccia per se stessa. Il termine ‘menopausa’ venne introdotto nel 1816 dal medico francese Pierre de Gardanne, in riferimento alla cessazione (*pausis*) del ciclo mensile (*men*)ⁱ (Gardanne, 1816). Dal momento che la vita sessuale e quella riproduttiva erano considerate inscindibili, la sessualità della donna non più fertile era condannata e il desiderio sessuale veniva stigmatizzato come patologico in quanto sintomo della ‘malattia uterina’.

La *psichiatria* rinforzò l’associazione fra termine della capacità riproduttiva femminile e psicopatologia mediante la codifica di una sindrome psicotica (‘malinconia regressiva’ o ‘da involuzione’) imputabile alla menopausa (Kraepelin, 1906). Ricerche successive hanno documentato che non è stata dimostrata alcuna relazione diretta fra modificazioni ormonali della menopausa e patologie psichiatriche (Kraepelin, 1921; Lewis, 1936; Dannel, Cartwright, 1972; McKinlay, Jefferys, 1974; Weissman, 1979; Mckinlay, McKinlay, 1989; Ballinger, 1990), tuttavia, fino al 1980, il DSM - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – annoverava la menopausa fra le cause di psicosi (DSM, 1980).

Dagli anni ‘60, i progressi in campo biologico stabiliscono una connessione diretta fra problematiche menopausali e deficit della produzione di estrogeni individuando nella terapia

ormonale sostitutiva la soluzione tout court per tale ‘patologia da carenza ormonale’. Nella letteratura bio-medica attuale la menopausa viene caratterizzata come una condizione fisiologica dovuta alla carenza di estrogeni, carenza in grado di determinare un’ampia serie di disturbi somatici, psico-affettivi e comportamentali (Flamigni, 2004). Nel contesto nord-americano si è affermata la tendenza a considerare la menopausa come un fenomeno da ‘combattere’ mediante la terapia ormonale sostitutiva per proteggere la salute e sconfiggere l’invecchiamento, sebbene ricerche più recenti (WHI, 2002) stiano suggerendo maggiore cautela. In parallelo, sta prendendo gradualmente consistenza un orientamento medico di critica alla ipermedicalizzazione della menopausa che la riconosce come un evento squisitamente individuale con 2 sole caratteristiche universali (Flamigni, 2004):

- è un evento naturale che investe la vita di tutte le donne che superano una certa età;
- l’elemento comune è la cessazione dei flussi mestruali, tutti gli altri aspetti (ansia, depressione, insonnia, disturbi cardiaci, urinari, dolori muscolari e articolari, irritabilità, problemi sessuali, astenia, vampate di calore, sudorazioni, ecc.) possono essere presenti o meno in base alle caratteristiche individuali.

La *letteratura psicoanalitica* sulla menopausa delinea una psicopatologia specifica focalizzata sul concetto di ‘perdita simbolica’ e sottolinea il suo impatto negativo sulla salute mentale della donna (Freud, 1917; Hoskins, 1944; Deutsch, 1949; Fessler, 1950; Fenichel, 1951; Achte, 1970; ecc.). Secondo il pensiero psicoanalitico, la menopausa provoca una alterazione dell’equilibrio psico-affettivo precedentemente costruito che impone la realizzazione di un nuovo adattamento in ambito fisico, emotivo e sociale e richiede alla donna un impegno psichico tale da provocare l’indebolimento delle resistenze e favorire reazioni patologiche (disturbi del carattere, manifestazioni nevrotiche o psicotiche). Anche se alcuni autori presentano una visione meno pessimista (Benedek, 1950; Prados, 1967), più di recente, autori come Dolto (1982) e Gueydan (1991) ne ripropongono la concezione di meccanismo di innesco per disturbi psichici. Un riferimento a parte merita Erik Erikson (1959, 1980) che, ampliando la teoria classica dello sviluppo psicosociale, ha descritto lo stadio evolutivo corrispondente al periodo menopausale come caratterizzato dalla dialettica ‘generatività versus stagnazione’: ossia, l’interesse a fondare e guidare la generazione successiva sia mediante l’allevamento dei figli che mediante imprese creative/produktive, in opposizione ad atteggiamenti di chiusura su di sé, mancanza di creatività e di crescita psicologica. Erikson sottolinea con decisione il fatto che ‘generatività’ non è sinonimo di ‘genitorialità’ e che la risoluzione dell’ambivalenza richiede fiducia nel futuro, capacità di credere nella specie e di occuparsi degli altri.

L'*antropologia culturale*, attraverso una serie di studi recenti e meno recenti, ha dimostrato come i sintomi della menopausa siano praticamente assenti nelle culture, per lo più 'non occidentali', in cui le donne guadagnano un ruolo sociale di maggiore rilevanza in virtù dell'esperienza acquisita rispetto alle donne in età fertile, mentre si rilevano nelle culture in cui le donne temono di perdere le loro attrattive fisiche e sono esposte alla cosiddetta 'sindrome del nido vuoto' come nel mondo occidentale postmoderno (Devereux, 1950; Flint, 1975; Davis, 1986; Lock, 1993; Lock, Kaufert, 2001; Shostack, 2002). Ciò, fermi restando il dato biologico, i fattori genetici e i differenti stili di vita (alimentazione, attività fisica, ecc.), indica che almeno una quota della cattiva qualità della vita postmenopausale delle donne occidentali è connessa all'eredità culturale che identifica il valore fondamentale dell'essere donna con la capacità riproduttiva ed il suo termine con la perdita di valore sociale. L'Antropologia culturale ha dunque messo in discussione la categoria semantica della 'menopausa' nella misura in cui essa implica differenti dimensioni dell'esperienza, rimanda a ben precisi modi di agire e pensare il corpo femminile, la dimensione temporale e i rapporti intergenerazionali (Fusaschi, 2006; Diasio, Vinel, 2007).

Dagli anni '70, durante il vasto processo collettivo (e spesso conflittuale) di riesame del ruolo femminile a livello sociale, giuridico, politico e culturale, la *sociologia* e il pensiero femminista, supportati dalla ricerca antropologica, hanno dato vita ad un movimento socio-culturale che considera la menopausa come una fase dello sviluppo naturale della vita delle donne connessa ai processi dell'invecchiamento, anch'essi naturali e fisiologici. A causare la comparsa di disturbi altrimenti insignificanti sarebbero la lunga serie di stereotipi negativi che le vengono attribuiti da tempo immemore e la riduzione dell'identità femminile al ruolo sessuale-riproduttivo, di allevamento e cura dei figli. Su queste basi, la prospettiva sociologica ha formulato la cosiddetta 'ipotesi psicosociale' (Piazza, 1999; Sugarman, 2003) che mette in relazione la sintomatologia menopausale con gli eventi stressanti tipici di questa fase del ciclo vitale che richiedono un particolare adattamento psicologico:

- il confronto anticipato con la prospettiva dell'invecchiamento e la maggiore consapevolezza della propria mortalità;
- le maggiori probabilità di ammalarsi (o che si ammali un familiare) e dei lutti;
- le trasformazioni della struttura familiare (ruolo genitoriale, equilibri di coppia) connesse alla fuoriuscita dei figli ormai autonomi dal nucleo abitativo ('sindrome del nido vuoto');
- l'appannamento' di giovinezza e attrattiva fisica che nelle donne è vissuto con particolare disagio a causa dei modelli culturali dominanti che suggeriscono (o impongono!) la 'manutenzione intensiva della propria immagine' (Piazza, 1999);

- il pensionamento, le prospettive scarse o le maggiori responsabilità, problemi economici;
- il senso del tempo che manca con la paura di non portare a termine i propri progetti e/o la consapevolezza delle perdute opportunità.

Sottolineando che la donna non possa essere considerata un ‘congegno biologico a tempo’, la sociologia avverte che “la scansione che separa le differenti fasi di età costituisce una antica trappola, una delle più potenti costruzioni sociali messe a punto per normalizzare i comportamenti, le responsabilità e i ruoli degli individui, in modo particolare delle donne” (Piazza, 1999, 36). Comunque, nonostante le recenti trasformazioni, è ancora forte l’assenza di codici simbolici e di senso specifici per la fase menopausale in grado di rendere conto della ricchezza e della complessità di questo passaggio.

3. La prospettiva Psicologica sulla menopausa

In psicologia la menopausa costituisce una tappa dello sviluppo bio-psico-sociale della donna (Swartzman, Leiblum, 1987; Matthews, 1992; Wilk, Kirk, 1995; Stephens, 2001) ed è vista al contempo come

- a. ‘crisi evolutiva’ quale passaggio dalla vita fertile a quella non più fertile che richiede una ridefinizione dell’identità capace di innescare vissuti di perdita, temporaneo smarrimento, ansia, sentimenti depressivi, ecc. e di riattivare conflitti non risolti, ma anche quale possibilità di ‘riprendere il filo dello sviluppo’ del sé elaborando le questioni lasciate in sospeso e riprogettando creativamente la propria vita;
- b. tappa evolutiva fisiologica accompagnata, come tutti i passaggi evolutivi, dalla difficoltà di riconoscere la continuità nell’esperienza di sé e da difficoltà di ordine vario, ma anche da elementi maturativi e di sviluppo che implicano ampie possibilità di crescita personale.

Spesso, la menopausa rappresenta un momento di bilancio e ripensamento sul complesso della propria vita sia per i cambiamenti somatici che comporta (Nenci, Fedeli, 1986), sia perché coincide con la seconda età adulta (40-60 anni) il cui compito evolutivo essenziale è l’integrazione della personalità (Cresti, 2000; Sugarman, 2003): un lavoro psichico di consapevole ricomposizione in unità dei diversi aspetti del sé, caratterizzato dalla accettazione del proprio ciclo vitale per ciò che è stato, con le relazioni e gli eventi che vi hanno assunto un ruolo significativo realizzati come necessari e non modificabili (rilettura in chiave costruttiva del passato) e dal superamento del vissuto di rimpianto (superamento dell’ambivalenza, valorizzazione della propria esperienza come unica e preziosa).

L'integrazione della personalità è un processo di maturazione che, insieme alla differenziazione, costituisce una fase del più ampio processo di individuazione (Jung, 1969):

- a livello intrapsichico, comporta il recupero delle parti di sé rimosse o trascurate;
- a livello interpsichico, implica l'assunzione differenziata dei modelli culturali esistenti in sostituzione di quelli che nel corso della vita si sono rivelati inadeguati.

In disturbi che possono accompagnare la menopausa non sarebbero dunque da imputarsi ai cambiamenti ormonali tout court, ma alla elaborazione (consapevole o meno) di un bilancio che può innescare una crisi tanto più profonda quanto più sarà negativo (Cresti, 2000).

Un aspetto che ha sempre avvolto la transizione menopausale è il silenzio connesso al senso di vergogna per le trasformazioni corporee implicate (Wilk, Kirk, 1995) e che può in gran parte spiegare il ritardato interessamento degli addetti ai lavori. I processi corporei squisitamente femminili (mestruazioni, gravidanza, parto, menopausa, ecc.), per motivi culturali, sono stati considerati fino a non molti decenni fa come dei fenomeni dei quali è sconveniente parlare e di cui vergognarsi (Laqueur, 1992; Wilk, Kirk, 1995; Stephens, 2001). Nel caso della menopausa, il senso di vergogna è amplificato dalla contiguità con l'invecchiamento che, almeno nella società occidentale, è associato a modelli socio-culturali negativi (Unger, Crawford, 1992). Oggi, il pregiudizio negativo che fa dell'invecchiamento femminile un argomento sgradevole o imbarazzante è ancora abbastanza pervasivo (Wilk, Kirk, 1995), anche se in molti casi ha assunto forme più mascherate che avallano l'idea che giovinezza, bellezza e funzione riproduttiva siano le dimensioni essenziali della femminilità. Per tali ragioni, la menopausa è fissata prevalentemente sul vissuto della perdita: la perdita della capacità riproduttiva finisce con l'essere assimilata alla perdita della giovinezza, della capacità di seduzione, dell'autonomia e delle proprie capacità, della posizione centrale nella famiglia e nella comunità connessa al ruolo materno, della propria 'invulnerabilità' rispetto alla morte, con importanti riflessi sull'autostima. Il paradosso è che, nella società occidentale contemporanea, la gran parte delle donne che vivono la seconda età adulta (40-60 anni) coincidente con la menopausa, smentiscono questi stereotipi essendo, spesso, nel pieno della propria realizzazione professionale, socio-economica o affettiva, ossia in una fase di raccolta dei frutti di quanto hanno seminato in precedenza (Wilk, Kirk, 1995).

Lo spostamento del focus dal vissuto di perdita al potenziale evolutivo dei cambiamenti in atto, richiede la formulazione di un nuovo concetto di sé che non sia definito da una femminilità prevalentemente sessualizzata, né dalla sua relazione con la gravidanza o dal suo rifiuto, né dalla giovinezza o dal senso di onnipotenza, ma che implichi la riprogettazione del proprio futuro, il che attiene allo specifico della crescita psicologica (Wilk, Kirk, 1995).

4. Il contributo dell'Analisi Bioenergetica per la menopausa: dal corpo oggetto al corpo vissuto

“Quando si parla di cure per la menopausa, se si riuscisse a lavorare davvero sulle esigenze del corpo, sul bisogno che ha di ballare, passeggiare, di avvicinarsi all’arte, alla creatività ... Questo è davvero irrinunciabile ed è una liberazione di ormoni ‘naturale’ invece che artificiale. La mia idea è che il corpo femminile ha delle esigenze che vanno capite e lasciate vivere. A questa età bisogna capire che cosa vuole il nostro corpo, che cosa gli fa bene. Certo, questo vale per tutte le età. Ma se una ragazza non lo fa, pazienza, lo farà dopo. A quest’età, invece, diventa un’insanità tale che provoca malesseri di ogni genere, malesseri psicofisici che partono dal disequilibrio” (Piazza, 1999, p.164).

A volte e per svariate ragioni, le donne si scoprono impreparate ad affrontare da sole questo passaggio evolutivo, specialmente se in precedenza non si sono già impegnate nella realizzazione di una identità propria, autonoma, solida e integrata, connessa all’autostima e alla fiducia in se stesse. Quando le difficoltà nel modulare gli aspetti emotivi o nel superare vecchi conflitti arrivano ad impedire o a rallentare questo passaggio evolutivo, è consigliabile un intervento psicologico - individuale o di gruppo – che fornisca il necessario supporto per uscire dalla fase di stallo. In questo senso, la nostra proposta formativa si è sviluppata sulla base del convincimento che il modello psicocorporeo dell’Analisi Bioenergetica costituisca una metodologia d’elezione per affrontare le problematiche implicate nella menopausa in quanto la sua doppia - e inscindibile - focalizzazione sul versante implicito-corporeo e su quello esplicito-verbale (Reich, 1973; Lowen, 1978, 1983) è in grado di rispondere in modo mirato ai bisogni e alle difficoltà connesse a questa fase evolutiva: il corpo che cambia, l’assetto psicologico che evolve.

Dal momento che nello sviluppo individuale il primo incontro con il mondo si realizza attraverso modalità sensoriali ed emozionali e la memoria di questi scambi è una memoria corporea implicita, allora il sé corporeo è la prima realtà soggettiva del sé e sta alla base di tutto lo sviluppo successivo della persona (Tonella, 2008). In questo senso, uno dei principali contributi del modello analitico-corporeo per le donne che attraversano l’esperienza menopausale è la sua attenzione alla corporeità femminile intesa come una dimensione globale, inscindibile dai vissuti, dal pensato e dalla relazione intersoggettiva. Questa attenzione è tanto più indispensabile quanto più, oggi, nonostante l’apparente ipertrofica focalizzazione sul corpo e sulle sue necessità “ [...] siamo in realtà attraversati da una strisciante assenza di corporeità che sta modificando le nostre soggettività, i modi di relazionarci tra di noi nella quotidianità e rende i nostri corpi invisibili presenze. Mentre il

corpo vissuto rimane in ombra, emergono alla ribalta il corpo-abito della cultura mediatica, il corpo trasparente, monitorato e frammentato della medicina e delle biotecnologie, il corpo virtuale della informatica, il corpo senza diritto di parola nella formazione [...] e così il nostro corpo di volta in volta diventa un'immagine, una malattia, un bip situato in qualche lontano terminale, una indisciplinata interferenza, modellato al punto tale da diventare talora solo un 'nudo corpo' [...] Non solo il nostro corpo è testo e narrazione, su cui la vita lascia tracce di memoria, narrante dei propri modi originali di porsi in relazione al mondo, ma è un vero e proprio 'dispositivo', attraverso il quale possiamo leggere i contesti che esso ci fa incontrare” (Manuzzi, 2007, p. 26).

Da qui, l'urgenza di individuare e restituire ai dei 'corpi nudi', quelle parole, quei gesti, quegli sguardi e relazioni che li rendano di nuovo dei 'corpi significanti': l'attenzione sensibile al corpo vissuto come capacità di ascolto autentico rappresenta una modalità di opposizione contro le “forme di espropriazione da sé” che svela i processi di impoverimento della soggettività impliciti nelle classiche dicotomie polarizzanti proprie della cultura occidentale, come corpo-mente, ragione-sentimento, natura-cultura, spirito-materia, ecc. (Manuzzi, 2007).

Rispondendo alla esigenza di rinforzare e/o riparare il sé (Schoore, 2008), l'Analisi Bioenergetica può essere applicata con successo all'area della prevenzione e della psicologia della salute nei gruppi di sostegno rivolti alle donne che vivono la transizione menopausale per aiutarle a far fronte alle enormi sollecitazioni provenienti dall'ambiente socio-culturale più ampio, da quello familiare e di coppia e dal cosiddetto 'ambiente interno' in riferimento alle trasformazioni fisiche e agli adattamenti che tali trasformazioni richiedono alla persona.

Infatti, un aspetto molto pregnante dell'esperienza menopausale ha squisitamente a che fare con la dimensione corporea e può rinforzare il vissuto di perdita perché i cambiamenti somatici che gradualmente si manifestano, rappresentando una esperienza stressante per lo sviluppo e la struttura dell'immagine corporea (Nenci, 1992), possono generare una difficoltà temporanea nel riconoscersi nel proprio corpo 'di sempre' e nelle proprie sensazioni abitualiⁱⁱ. La donna necessita dunque di tempo per rielaborare il proprio rapporto con il corpo e il suo sentire in un processo di consapevolezza e di integrazione dei cambiamenti che può 'fisiologicamente' comportare vissuti di tensione, incertezza, confusione, irritabilità, tristezza, instabilità, ecc.. ma che, se non elaborati, possono compromettere la funzione di elemento riorganizzante dell'identità sessuale e globale propria della menopausa (Nenci, 1992).

Le principali aree in cui è necessario operare durante la transizione menopausale sono:

1. consapevolezza ed elaborazione del vissuto di perdita, accettazione del naturale trascorrere del tempo (versus giovanilismo), dei propri limiti e assunzione di responsabilità rispetto al passato;
2. autoriconoscimento nel cambiamento corporeo;
3. consolidamento dell'autostima, della sicurezza di base e dell'identità;
4. ridefinizione del senso di femminilità e valorizzazione del ruolo sociale;
5. riformulazione dell'identità sessuale e personale in cui possano emergere altri elementi autentici rispetto a quelli legati alla funzione riproduttiva e al ruolo sociale;
6. riformulazione degli orizzonti esistenziali e nuova progettualità.

L'Analisi Bioenergetica, offrendo l'opportunità di esplorare ed integrare nel proprio sé i vari livelli funzionali - energetico, sensoriale, tonico-motorio, emozionale, simbolico-rappresentazionale (Tonella, 2008) – permette il recupero delle proprie risorse facilitando:

- il contatto con il *proprio* corpo e la consapevolezza del *proprio* sentire corporeo;
- l'attivazione psicocorporea intesa come vitalità;
- la capacità di riconoscimento, contenimento, autoregolazione-modulazione ed espressione delle emozioni;
- la sicurezza di base, la fiducia in se stessi e l'autostima;
- la capacità di gestione dello stress;
- la creatività.

In altre parole, se fino a 'ieri' la femminilità è stata appiattita sul ruolo sociale per ragioni storico-culturali legate all'egemonia dei valori propri della società patriarcale (Pla, 2010), nel contesto del differente clima culturale attuale, l'Analisi Bioenergetica può favorire il recupero del più ampio e reale potenziale femminile attraverso la focalizzazione sul sé corporeo e il lavoro di integrazione delle sue funzioni, riconnettendo la fase menopausale alla continuità del suo sviluppo globale, per restituire alla donna la dignità di persona intera e integrata. In questo senso, recuperare i tempi e i ritmi naturali del corpo equivale a reinserire la menopausa nei tempi 'fisiologici' del sé come 'continuità psicocorporea' (Lowen, 1985).

Un ulteriore ambito in cui l'Analisi Bioenergetica ed esigenze della donna in menopausa si incontrano in modo particolarmente e specificamente rilevante è quello del movimento. Come è noto, il calo estrogenico che si verifica con la cessazione delle mestruazioni comporta il rischio di diminuzione della densità ossea (osteoporosi), rischio che può essere efficacemente contrastato dal movimento, motivo per cui le classi di esercizi bioenergetici potrebbero costituire una metodologia d'elezione.

Sebbene nella società occidentale contemporanea si sia attenuata, ancora oggi, la regolamentazione sociale delle scadenze e delle sequenze delle tappe evolutive continua a condizionare la progettualità e la percezione del successo/fallimento delle persone attraverso le norme interiorizzate sui comportamenti e sugli obiettivi ritenuti adeguati all'età. Se, da un lato, tali norme generano un senso di sicurezza, di ordine e prevedibilità, dall'altro, possono rappresentare un grande ostacolo per lo sviluppo individuale (Sugarman, 2001). La menopausa è una fase del ciclo vitale femminile che è particolarmente esposta a questo rischio. Anche in questo ambito, il contributo dell'Analisi Bioenergetica può risultare interessante perché, migliorando l'integrazione del sé e facendo leva sul mondo psicocorporeo e relazionale della soggettività femminile, può facilitare nella donna un aumento della consapevolezza delle norme interiorizzate e del personale progetto di autorealizzazione, proprio della creatività e unicità di ciascun essere umano. In questo senso, potrebbe essere favorita la nascita di una società che incoraggi le persone a smettere di agire secondo la loro età e ad iniziare ad essere se stesse (Ponzo, 1978). Di fatto, le vite degli uomini e delle donne nella nostra attuale società costituiscono dei percorsi personalizzati frutto di intrecci unici ed originali: allora la soluzione non sembra essere la realizzazione di modelli uguali per tutte – una sorta di *'prêt-à-porter biografico'* – quanto lo stare su di sé, radicandosi nel proprio desiderio e nel proprio progetto creativo quando si affrontano nuovi compiti evolutivi in campi diversificati dell'esperienza e si ridefiniscono le modalità di rapporto con sé e con l'altro (Piazza, 1999).

5. Articolazione e contenuti dell'intervento formativo

Il work-shop *“Il modello psicocorporeo dell'Analisi Bioenergetica per la menopausa”* prevedeva 4 incontri della durata di 4 ore ciascuno, per un totale di 16 ore di formazione, distanziati di circa 20 giorni l'uno dall'altro, a partire dal mese di ottobre 2008 per concludersi nel dicembre dello stesso anno. Nel complesso, abbiamo scelto di articolare gli incontri utilizzando uno schema di base che prevedesse:

- a) una prima sessione di lavoro corporeo intesa come attivazione psicocorporea seguita da brevi feed-back corredati dall'introduzione di concetti teorici di base;
- b) una seconda sessione dedicata ad esperienze relazionali incentrate su una tematica specifica, seguita da una fase di feed-back approfondito integrato con la didattica teorica.

Abbiamo dedicato il primo incontro alla presentazione del programma e alla costruzione della relazione formativa attraverso la reciproca conoscenza docenti-discenti. Già dal principio, il clima d'aula ha preso un orientamento interattivo ricco e spontaneamente sintonico. Nella

rilevazione delle aspettative e della motivazione individuale alla partecipazione, è stato ben presto evidente un alto livello di coinvolgimento personale in aggiunta all'interesse professionale, altrettanto notevole. Nella prima parte, abbiamo svolto la sessione di lavoro corporeo utilizzando una classe di esercizi che permettesse, attraverso il movimento e la respirazione di "recuperare" tutte quelle funzioni sensoriali-percettive-toniche che sono alla base del nostro 'essere al mondo' e che sono state alla base del nostro processo di crescita nell'interazione costante con chi si è preso cura di noi (Stern, 1987; Beebe, Lachmann, 2003). E' il nostro sé che andiamo progressivamente a riscoprire e a valorizzare nelle sue più elementari funzioni: soltanto se sperimentiamo tutto questo saremo in grado di proporre all'altro un simile processo con la fiducia e la sorpresa della nostra personale ri-scoperta. Questa fase di lavoro intrasoggettivo e intersoggettivo per il recupero della consapevolezza corporea e del contatto con il proprio sentire, è stata seguita da brevi feed-back che focalizzavano le sensazioni e lo stato d'animo del momento, talvolta piacevoli, tal'altra di curiosità, di imbarazzo, di incredulità, o di sorpresa, confermando gli assunti di base dell'Analisi Bioenergetica secondo cui le radici del nostro sé sono squisitamente corporee. Le stesse esplicitazioni dei vissuti ci hanno permesso di volgere l'attenzione delle partecipanti su quanto spesso simili esperienze possano emergere nei gruppi di donne in menopausa. Da ciò consegue l'utilità di coinvolgerle in sessioni esperienziali di ascolto e riappropriazione del proprio corpo, corpo che frequentemente è poco conosciuto nell'aspetto vitale e molto più come fonte di ansie e tensioni. Nella seconda parte del primo incontro – il cui tema era "*Il sé corporeo e i suoi confini: il sé e l'altro*" - abbiamo proposto un lavoro esperienziale focalizzato sulla personale sensazione di appoggio a terra come auto sostegno e sulla percezione dei propri confini corporei. Tali confini possono diventare una fonte di allarme quando, nel quotidiano, ci si percepisce nella vicinanza-distanza con l'altro a proprio agio, invasi, rifiutati, aggrediti, ecc.. L'obiettivo di questa esperienza è stato quello di offrire l'occasione per esplorare i sentimenti empatici e la funzione di sintonizzazione (Siegel, 2001; Siegel, Hartzell, 2005) con i propri ed altrui vissuti all'interno di un 'campo di relazione' potenzialmente ricco di quegli *insights* che sono pertinenti alla pratica quotidiana di contatto con le donne-utenti dei servizi. Durante il successivo feed-back, e' emersa una sorprendente attinenza fra le osservazioni delle partecipanti e gli assunti che via via abbiamo introdotto a corredo teorico-tecnico in merito al modello dell'Analisi Bioenergetica e ai suoi rapporti di contiguità con l'Infant Research e con le più recenti acquisizioni delle Neuroscienze.

Gli incontri successivi hanno seguito lo stesso schema di lavoro del primo. La prima parte è stata dedicata a verificare quanto il lavoro psicocorporeo che andavamo via via sperimentando

avesse un riscontro sia a livello di consapevolezza personale che nelle relazioni con le utenti. E' sempre stata elevata la disponibilità a riportare e condividere nel gruppo esperienze di facilitazione ma anche esperienze su cui venivano richiesti ulteriori approfondimenti. A questa fase di condivisione, discussione e confronto è sempre seguita la 'classe di esercizi' così come l'abbiamo già descritta. I temi affrontati nella seconda parte del 2°, 3° e 4° incontro sono stati:

- *“Le radici del sé: il grounding e la sua rilevanza per l’acquisizione di una base sicura”*;
- *“La respirazione come grounding interiore per l’autosostegno”*;
- *“Il corpo e le emozioni: riconoscimento, autoregolazione, modulazione espressiva e contenimento nella relazione intersoggettiva”*;
- *“Il corpo che cambia: identità e cambiamento in menopausa”*;
- *“La menopausa, il vissuto della perdita e l’attivazione delle proprie risorse”*;
- *“Ri-conoscersi nel cambiamento della propria immagine e necessità della ridefinizione e accettazione del sé”*;
- *“La richiesta di aiuto delle donne in menopausa e come decodificarla alla luce delle nuove acquisizioni: come tradurre l’implicito in esplicito nell’attenzione costante al proprio sentire per restituirlo all’altro e favorirne la consapevolezza”*;
- *“Riconoscere, esprimere, accogliere il bisogno attuale della donna per una nuova progettualità di vita”*.

La metodologia è stata quella di far esperire situazioni relazionali che riguardassero il vissuto corporeo nella presentazione di sé a livello non verbale attraverso il respiro, lo sguardo, la voce, il tatto, l’udito, il movimento e la postura, in un incontro più o meno ravvicinato nel rispetto del proprio sentire. Tali esperienze possono consentire l’accesso al ‘conosciuto non pensato’ (Bollas, 1989) impresso nella memoria corporea implicita e possono arricchire con nuovi *insights* il personale modo di percepire se stessi e il mondo che, non di rado, è inconsapevole. I lavori proposti avevano il fine di fornire alle partecipanti l’opportunità di sperimentare in prima persona che la propria disponibilità all’incontro con l’altro percepita e/o dichiarata a livello razionale (esplicito) non si traduce necessariamente ed automaticamente in una analoga percezione nell’altro che può recepirci autentici, empatici, accoglienti ma anche ambivalenti, distanti, rifiutanti, giudicanti, ecc. (implicito).

I vissuti emotivi legati al cambiamento e alla perdita, l’ansia, lo smarrimento, l’imbarazzo, la vergogna, l’impotenza, la paura e la rabbia, sono talvolta emersi sia nella narrazione di sé che nelle storie di vita che venivano riportate in merito alle donne afferenti ai vari centri di

consulenza. Come operatori, poter riconoscere nell'altro anche se stessi senza confondersi ma rimanendo differenziati e al contempo empatici, può evocare sensazioni ed emozioni legate a difficoltà personali, ma anche stimolare nell'altro la possibilità di attingere a risorse interne. Tali risorse, attivate mediante la condivisione, la respirazione, il movimento, l'aumento del livello energetico e il contatto, permettono di "essere nel mondo" con sé e con l'altro in un modo più vitale e progettuale anche nella gestione dei momenti critici.

Un lavoro molto rilevante è stato quello riferito alla decodifica delle richieste di aiuto avanzate dalle donne in menopausa e al riconoscimento del bisogno attuale. Lo stimolo fornito da noi formatrici alle partecipanti è stato quello di formulare una richiesta chiara, realistica, riferita al qui ed ora, scevra da illusioni onnipotenti o aspettative magiche, a qualcuno con cui si sentissero più in sintonia. Le richieste emerse hanno riguardato il bisogno di ascolto, di riconoscimento, di sostegno, di complicità nel gioco o nel guardare insieme dalla finestra il cielo nuvoloso, la pioggia e gli alberi mossi dal vento. Richieste piccole ma intrise di emozioni, di delicatezza e di accettazione della risposta dell'altro. Riteniamo che questa esperienza sia stata particolarmente rilevante per coloro che lavorano nella relazione d'aiuto perché proporre all'altro di focalizzarsi su piccoli obiettivi fa sì che ognuno possa cercare e valorizzare il 'momento magico' che può manifestarsi nel quotidiano.

Un ulteriore aspetto che è emerso è stata la riscoperta del valore del lavoro di gruppo come una occasione preziosa per incontrarsi *davvero* tra professionisti - sia come membri di una stessa area istituzionale che come professionisti della salute in generale - per trarre sostegno, senso di appartenenza e arricchimento reciproco.

6. Considerazioni conclusive

Nel complesso, l'intervento formativo ci ha fornito una preziosa opportunità per valorizzare, nella presa in carico della donna in fase menopausale, il contratto per la salute e per la prevenzione fra partner diversi: la donna, la ASL, gli operatori sanitari. Nell'ambulatorio del medico di famiglia infatti - primo filtro della domanda di aiuto - la donna dovrebbe ricevere ascolto, riconoscimento della fase menopausale come fisiologica anche se 'problematica' e un adeguato orientamento ai servizi socio-sanitari più opportuni. In questo senso, abbiamo tenuto a sottolineare l'importante ruolo della rete dei servizi territoriali e l'integrazione con i medici di famiglia cercando di fornire un contributo alla loro ottimizzazione e integrazione di rete. Abbiamo infatti focalizzato la formazione degli operatori anche sulla capacità di riconoscere la donna che attraversa la menopausa come un soggetto attivo e responsabile del proprio benessere, che è in grado di chiedere aiuto in questa fase del proprio ciclo vitale e può essere

messa nella condizione di ricevere risposte globali e integrate. L'importanza della continuità d'azione tra i differenti partner del SSN (Medici di Famiglia, Consulitori, strutture ospedaliere, ecc.) è innegabile e le potenzialità della presa in carico di rete sono enormi, sebbene non ancora integralmente riconosciute e/o utilizzate.

Benché consapevoli delle effettive difficoltà che le strutture socio-sanitarie del SSN incontrano nel reperimento dei fondi necessari, dobbiamo sottolineare che la formazione continua degli operatori svolge una funzione irrinunciabile anche come fattore di prevenzione del burn-out, data la possibilità che anche essi subiscano il 'contagio' delle dinamiche tipiche di questa fase del ciclo vitale femminile e che, a volte, coinvolgono anche i familiari (partner e figli). Sarebbe, dunque, buona norma istituire periodiche sessioni di supervisione e formazione destinate agli operatori del settore al fine di agevolarli nell'impiegare al meglio risorse e creatività in favore delle donne che si rivolgono al SSN per consulenza. Di fatto, ci è pervenuta una chiara e insistente richiesta in questo senso da parte delle professioniste coinvolte nel corso di formazione-aggiornamento, richiesta che abbiamo accolto rendendoci senz'altro disponibili per la realizzazione di ulteriori moduli formativi sul tema.

In conclusione, grazie alla strutturazione di uno spazio relazionale interattivo e vitale che il modello dell'Analisi Bioenergetica ha favorito, la nostra esperienza come formatrici è stata quella di donne che incontrando altre donne sono entrate in contatto con il proprio femminile radicandosi ancora di più nella propria realtà corporea, realtà corporea che è e non può non essere necessariamente anche esistenziale - oltre che 'non neutra' - dal momento che porta il segno di una appartenenza ad un genere in continua relazione con se stesso e col mondo in tutte le sue specificità, potenzialità (ri-conosciute e non), contraddizioni, emozioni, energia e valore, radicati nel femminile.



Note

i. D’ora in poi, il termine ‘menopausa’ sarà da intendersi nel suo significato esteso, riferito al periodo in cui non si verificano più le mestruazioni e non solo al passaggio, dalla condizione di fertilità a quella di non fertilità.

ii. In questo senso, in Psicologia come in Psicoanalisi, vale l’accostamento della menopausa all’adolescenza.

Bibliografia

- AA. VV. (1980), *DSM III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Whashington D. C.: A.P.A. - American Psychiatric Association.
- Achte, K. (1970), “Menopause from the psychiatrists point of view”, in *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 49 (suppl.1), pp. 7-17.
- Ballinger, C. B. (1990), “Psychiatric Aspects of the Menopause”, in *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 773-787.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002), trad. it.: *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Benedek, T. (1950), “Climaterium: a developmental phase”, in *Psychoanalytic Quarterly*, 19, pp. 1-27.
- Bollas, C. (1989), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla.
- Cresti, A. (2000), “Lo specchio frantumato: menopausa e crisi di identità” in Campanini E. (a cura di), *Menopausa...meno paura. Contributi per una guida ragionata alla menopausa*. Milano: Tecniche Nuove.
- Davis, D. L. (1986), “The meaning of menopause In a Newfoundland fishing village”, in *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, pp. 73-94.
- Deutsch, H. (1949), trad. it.: *Psicologia della donna. La donna adulta e madre*, vol.2. Torino: Boringhieri, 1977.
- Devereux, G.(1950), “The psychology of feminine genital bleeding. An analysis of Mohave Indian Puberty and Menstrual Rites”, in *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, pp. 1-21.
- Diasio, N., Vine, I V. (2007), *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*. Milano: Franco Angeli.
- Dolto, F. (1982), *Sexualità femminile*. Paris: Scarabée et Compagnie.
- Dunnell, K., Cartwright, A. (1972), *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*. London-Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Erikson, E. H. (1959), “Identity and the life cycle”, in *Psychological Issues*, Monograph 1. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1980), *Identity and the life cycle: a reissue*. New York: Norton.

- Facchini, C., Ruspini, E. (2007), “Esperienze e vissuti della menopausa. Un approccio di generazione”, in Diasio N., Vinel V., *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*. Milano: Franco Angeli, pp.27-54.
- Fenichel, O. (1945), trad. it.: *Trattato di Psicoanalisi. Delle Nevrosi e delle Psicosi*. Roma: Astrolabio, 1951.
- Fessler, L. (1950), “The psychopathology of climacteric depression”, in *Psychoanalytic Quarterly*, 19, pp. 28-42.
- Flamigni, C. (2004), *Il grande tabù delle donne. Come affrontare senza timore la menopausa*. Milano: Mondadori.
- Flint, M. P. (1975), “The menopause: reward or punishment”, in *Psychosomatics*, 16, pp. 161-163.
- Freud, S. (1917), “Mourning and Melancholia”, in *Collected Papers* (1956), 4, pp. 152-158. London: Hogart Press.
- Friedan, B. (1993), trad. it.: *L'età da inventare. La seconda meta della vita*. Piacenza: Frassinelli, 1994.
- Fusaschi, M. (2006), “Noi, le altre e il ‘tempo’ che passa. Sguardi incrociati sull’età critica”, in *Storia delle donne*. Firenze: University Press, 61-67.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. N. (2006), “La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell’intersoggettività ed alcune implicazioni per la Psicoanalisi”, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, , pp. 543-580.
- Gallese, V. (2007), “Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell’intersoggettività”, in *Rivista di Psicoanalisi*, LIII, 1, pp. 197-208.
- Gardanne (de), Ch. P. L. (1816), *Avis aux femmes qui entrent dans l’âge critique*. Paris: Gabon.
- Gueydan, M. (1991), *Femmes en menopause*. Toulouse: Erès.
- Hoskins, R. G. (1944), “The psychological treatment of the menopause”, in *Journal of Clinical Endocrinology*, 4, pp. 605-610.
- Jung, C. G. (1921), trad. it.: *Tipi psicologici. Opere*. Torino: Bollati Boringhieri, 1969.
- Kraepelin, E. (1906), “Lecture 1 – Introduction: melancholia”, in *Lectures on Clinical Psychiatry*. New York: Bailliere, Tindall e Cox.
- Kraepelin, E. (1921), *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Laqueur, T. (1992), *La fabbrica del sesso*. Paris: Gallimard.

- Lewis, A. (1936), “Melancholia: prognostic study and case material”, in *Journal of Mental Science*, 82, pp. 488-558.
- Lock, M. (1993), *Encounters with aging: Mythologies of Menopause in Japan and North-America*. Los Angeles, Berkeley: University of California Press.
- Lock, M., Kaufert P. (2001), “Menopause, local biologies and cultures of aging”, in *American Journal of Human Biology*, 13, pp. 495-504.
- Lowen, A. (1958), trad. it.: *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli, 1978.
- Lowen, A. (1975), trad. it.: *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 1983.
- Lowen, A. (1983), trad. It.: *Il narcisismo. L'identità rinnegata*. Milano: Feltrinelli, 1985.
- Manuzzi, P. (2007), “Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti”, in *Psicomotricità*, 11, pp. 25-28.
- Matthews, K. A. (1992), “Myths and realities of the menopause”, in *Psychosomatic Medicine*, 54, pp. 1-9.
- McKinlay, S. M., Jefferys, M. (1974), “The menopausal syndrome”, in *British Journal of Preventative and Social Medicine*, 28, pp. 108-115.
- McKinlay, S. M., McKinlay, J. B. (1989), “The impact of menopause and social factors on health”, in *Progress in Clinical and Biological Research*, 320, pp. 137-161.
- Morin, E. (1986), *La conoscenza della conoscenza*. Milano: Feltrinelli, 1989.
- Nenci, A. M., Fedeli, L. (1986), “La rappresentazione del corpo femminile in menopausa”, in *Rivista di Sessuologia*, 10 (1), pp. 23-31.
- Nenci, A.M. (1992), *Il corpo femminile in evoluzione. Rappresentazione ed esperienza della menopausa nelle donne di oggi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Piazza, M. (1999), *Ragazze di cinquant'anni. Amori, lavori, famiglie e nuove libertà*. Milano Mondadori.
- Pla, F. (2010), “The impact of gender on Subjectivity”, in *Bioenergetic Analysis*, 20, 113-127.
- Ponzo, Z. (1978), “Age prejudice of ‘act your age’”, in *Personnel and Guidance Journal*, 57, pp. 140-144.
- Prados, M. (1967), “Emotional factors in the climaterium of women”, in *Psychotherapy and Psychosomatics*, 15, pp. 231-244.
- Reich, W. (1949), trad it.: *L'analisi del carattere*. Milano: Sugarco Edizioni, 1973.
- Rossi, A. (1992), “Closing the gap: bio-medical vs social-behavioral factors in the experience of women and research on the menopausal transition”, lavoro presentato presso ‘American Psychological Association’, Washington.

- Schore, A. N. (2003), trad. it.: *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Sheehy, G. (1992), trad. it.: *Passaggio muto*. Milano: Rizzoli, 1993.
- Shostack, M. (2002), *Nisa. La vita e le parole di una donna !Kung*. Roma: Meltemi.
- Siegel, D. J. (1999), trad. it.: *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Siegel, D. J., Hartzell, M. (2003), trad. it.: *Errori da non ripetere: Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Stephens, C. (2001), “Women’s experience at the time of menopause: accounting for biological, cultural and psychological embodiment”, in *Journal of Health Psychology*, 6 (6), pp. 651-663.
- Stern, D. (1985), trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Sugarman, L. (2001) trad. it.: *Psicologia del ciclo di vita. Modelli teorici e strategie d'intervento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Swartzman, L. C., Leiblum S. (1987), “Changing perspectives on the menopause”, in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, pp. 11-24.
- Tonella, G. (2008), “Paradigms for Bioenergetic Analysis at the dawn of the 21st century”, in *Bioenergetic Analysis*, 18, pp. 27-58.
- Unger, R., Crawford, M. (1992), *Women and gender*. Philadelphia: Temple University Press.
- Weissman, M. M. (1979), “The myth of involitional melancholia”, in *Journal of the American Medical Association*, 242, pp. 742-744.
- WHI, Writing Group for the Women’s Health Initiative investigators (2002), “Risks and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Post Menopausal Women”, in *Journal of the American Medical Association*, 288, pp. 321-333.
- Wilk, C., Kirk M. (1995), “Menopause: a developmental stage, not a deficiency disease”, in *Psychotherapy*, 32, pp. 233-241.
-