

Dalla diagnosi di sterilità/infertilità ai protocolli di procreazione assistita: vissuti psicologici delle coppie sterili

C. CONVERSANO, V. VALENTINO, E. LENSI, V. CELA, P.G. ARTINI, A.R. GENAZZANI

RIASSUNTO: Dalla diagnosi di sterilità/infertilità ai protocolli di procreazione assistita: vissuti psicologici delle coppie sterili.

C. CONVERSANO, V. VALENTINO, E. LENSI, V. CELA, P.G. ARTINI, A.R. GENAZZANI

La scelta di iniziare un percorso di procreazione assistita si inserisce all'interno di un più generale "processo psicologico della sterilità", caratterizzato da varie fasi: lo "shock iniziale" per la diagnosi, accompagnato da un forte sentimento di perdita, dalla negazione del problema e dal rifiuto dei sentimenti ad esso legati; la fase di "immutabilità della realtà", in cui si osserva, nella coppia, una differenziazione in base al genere delle reazioni alla diagnosi; la "crisi d'identità", sia individuale che di coppia; infine, la "risoluzione", ovvero un profondo senso di accettazione, segno evidente di un cambiamento di atteggiamento della coppia nei confronti della realtà. La scelta e l'attuazione di un percorso di procreazione assistita fanno emergere alcuni importanti aspetti di rilevanza psicologica. L'esito negativo del trattamento è spesso accompagnato da depressione, ansia e diminuzione dell'autostima; la relazione tra stress ed esito del trattamento, invece, appare ancora oggi poco chiara. Durante il trattamento stesso, tuttavia, nelle coppie si osservano stress emotivo, accentuazione delle componenti somatiche dei protocolli e difese psicologiche che mettono in secondo piano l'investimento affettivo: è quindi evidente come il sostegno psicologico alle coppie sterili debba essere offerto in tutte le fasi del percorso terapeutico e non solo quando l'esito è negativo.

SUMMARY: From the diagnosis of sterility/infertility to the protocols of assisted reproduction: psychological aspects of sterile couples.

C. CONVERSANO, V. VALENTINO, E. LENSI, V. CELA, P.G. ARTINI, A.R. GENAZZANI

The choice to begin assisted reproductive techniques is part of a more general 'psychological process of sterility', characterized by several phases: the 'initial shock' for the diagnosis, accompanied by a strong feeling of loss, the negation of the problem and the refusal of the feelings correlated to it; the phase of the 'immutability of the truth' during which within the couple it is observed one differentiation based on the kind of reaction to the diagnosis; the 'crisis of identity' which characterizes both the individual and the couple; finally 'the resolution' which is a deep sense of acceptance, an obvious sign of a change of attitude of the couple in comparison to the truth. The choice and the performance of the assisted reproductive techniques make some important aspects of psychological importance come out. The negative outcome of the treatment is often accompanied by depression, anxiety and self-esteem decrease; on the contrary, the relation between stress and outcome of the treatment is not so clear as of today. However, during the same treatment emotional stress, increase of somatic symptoms and increase of defensive reactions are observed in the couple so that the affective investment is put on a secondary level of importance. Therefore it is obvious that the psychological support must be offered to the sterile couples not only when the outcome of the treatment is negative but along the entire therapeutic process, all phases included.

KEY WORDS: PMA - Coppia sterile - Vissuto psicologico coppia sterile.
ART - Sterile couple - Psychological aspects of sterile couple.

Introduzione

Con il termine "sterilità" l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la condizione per cui una coppia non riesce a procreare dopo 12/18 mesi di rapporti finalizzati e non protetti; si parla invece di "infertilità"

quando la fecondazione avviene, ma la gravidanza non viene portata a termine fino a un periodo in cui sia garantita la possibilità che il feto sopravviva (Froggio, 2000). I problemi relativi alla fertilità possono essere maschili, femminili o misti; sembra che le cause maschili e femminili abbiano una prevalenza di circa il 40% ciascuna, mentre le miste di circa il 10%; tra queste ultime un approssimativo 5% è attribuito a fattori di natura psicologica (Froggio, 2000). Anche quando le cause sono di carattere organico, fattori di natura psicologica possono contribuire al loro mantenimento (Froggio, 2000; Weisberg, 1985; Drake, 1979; Boivin, 1990;

Schinfeld, 1985; Facchinetti, 1992). Infatti certe reazioni psicologiche alla sterilità si riversano sulla dimensione organica, e anche se non possono intervenire su essa come fattori primari (cioè come cause dirette della sterilità), possono intervenire come fattori secondari: possono cioè contribuire al mantenimento e alla complicazione della problematica, attraverso meccanismi sia comportamentali che psicoendocrini (Froggio, 2000; Gentili, 1996). Mente e corpo non possono essere scissi, ma integrati affinché la salute, così come descritta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia davvero uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale.

La sterilità dal punto di vista psicologico

Diventare genitori è un momento importante nel processo evolutivo dell'uomo, in quanto il bambino immaginario è presente fin dall'infanzia nel mondo rappresentazionale e psicologico; nell'uomo o nella donna sterili sembra quindi mancare una possibilità evolutiva, e tale mancanza può in qualche modo destabilizzare l'equilibrio psicologico (Righetti, 2000).

I primi campanelli d'allarme

Quando una coppia inizia il progetto coniugale, spesso i partner presuppongono che le rispettive capacità procreative siano adeguate; di solito l'"impiego" di queste capacità viene rimandato ad altri momenti, ad esempio ad una fase di maggiore stabilità economica o dopo aver vissuto insieme per un periodo prolungato (Gentili, 1996). La possibilità che invece le capacità procreative non siano per qualche motivo adeguate spesso non viene minimamente contemplata, e proprio sulla scia di tale atteggiamento i fallimenti negli iniziali tentativi di concepimento generalmente vengono ricondotti a fattori transitori, come ad esempio a qualcosa che non è andato bene durante il rapporto, all'aver scelto un momento sbagliato rispetto al periodo ovulatorio, ecc. I ripetuti fallimenti rendono però la situazione ambigua e pertanto frustrante, in quanto la coppia si rende conto che qualcosa non va, ma d'altro canto i partner non hanno ancora la certezza che non potranno concepire nemmeno in futuro; cresce l'esigenza di una visita specialistica.

Dallo shock della diagnosi alla risoluzione

La diagnosi di sterilità arriva, procura forti emozioni (Rifelli, 1995) ed ha quindi un impatto notevole sulla qualità della vita, sulla relazione tra i partners e sulla loro funzionalità sessuale (Monga, 2004). Lo *shock* iniziale è caratterizzato da vari aspetti. In primo luogo è ac-

compagnato da un forte sentimento di *perdita* (Foggio, 2000). Alcuni Autori sostengono che tale sentimento abbia un numero ben preciso di sfaccettature, nove per l'esattezza (Conway, 1987): la perdita dell'idea di essere una famiglia (un'esperienza di fallimento, in quanto la coppia sente che resterà tale per tutta la vita e che non potrà mai trasformarsi in una "vera" famiglia), della continuità genetica (dare continuità alla propria stirpe sembra avere un valore elevato ancora oggi), dell'immagine di sé come persona fertile (e quindi dell'autostima e della propria sicurezza), dell'esperienza della gravidanza e del parto (la prima porta con sé la consapevolezza del passaggio ad una fase diversa della propria vita personale e matrimoniale; il parto è un'importante occasione di coesione della coppia), dell'opportunità di allattare al seno (e di contribuire alla crescita e allo sviluppo del bambino), dell'opportunità di progredire verso un nuovo stadio del ciclo familiare, delle relazioni relative alla rete di conoscenze collegata all'essere genitore (con gli altri genitori, le insegnanti, ecc.), dell'esperienza della genitorialità e infine dell'esperienza di diventare nonni (questa perdita viene sperimentata sia dai coniugi sterili che dai loro genitori, e si tratta di una perdita importante perché il diventare nonni è ancora oggi l'aspirazione di molti adulti). In secondo luogo la *negazione del problema e il conseguente rifiuto dei sentimenti ad esso legati*; questi aspetti possono essere dedotti dal comportamento tipico di queste coppie, che mostrano un atteggiamento poco incoraggiante, sono svogliate, tendono a non collaborare alle terapie; sembra quasi che la situazione non le riguardi (Froggio, 2000). A primo impatto potrebbe addirittura sembrare che queste coppie riescano a convivere abbastanza bene con il loro stato, e che l'unica cosa di cui manifestano un bisogno è semplicemente un pò di assicurazione; in realtà la negazione del problema non è altro che un modo per non farsi sopraffare dal dolore e dall'angoscia, sentimenti troppo forti che la coppia sente di dover tenere sotto controllo. Queste coppie devono essere aiutate a prendere coscienza dei propri sentimenti e ad esprimerli, in quanto è documentato che le persone che rifiutano e negano una situazione dolorosa ottengono dei vantaggi nell'immediato, allontanando il dolore, ma col tempo soffrono molto di più di coloro che affrontano tali sentimenti fin dall'inizio (Janis, 1958).

Allo shock segue una fase caratterizzata dall'*immutabilità della realtà* (Froggio, 2000). Se da un punto di vista organico le coppie sentono di aver perso il controllo sulla capacità riproduttiva, da un punto di vista psicologico sentono di aver perso il controllo su sentimenti come il dolore e la rabbia. Il sentimento di rabbia può essere rivolto al coniuge (se questo è portatore del disturbo della fertilità), verso se stessi (per il fatto di non essere riusciti a fare una cosa del tutto naturale com'è avere un figlio), verso i medici (spesso vissuti come figure in-

vadenti che entrano nella loro sfera più intima), verso amici e parenti (nei confronti dei quali la coppia prova imbarazzo e un senso di diversità e di alienazione). In questa fase si fanno più marcate all'interno della coppia le differenze nella reazione alla diagnosi legate all'appartenenza di genere. Dai risultati di vari studi condotti a riguardo (Andrews, 1992; Nachtigall, 1992; Berg, 1991; Wright, 1991) è possibile ricondurre le reazioni tipicamente maschili ad un unico atteggiamento piuttosto ottimista: sembra che la diagnosi non sia vissuta come una catastrofe, dato che è comunque possibile trovare una soluzione; è diffusa la tendenza a parlarne poco, anche se sentono di aver subito un duro colpo alla propria virilità, colpo che si traduce velocemente in senso di colpa e diminuzione dell'autostima; tuttavia, proprio per il fatto che ne parlano poco, possono essere visti dalle mogli come freddi e distanti. Per quanto riguarda le donne invece, esse manifestano di più le loro reazioni, che prevalentemente sono di delusione, depressione e disperazione, forse perché tra i principali aspetti che definiscono la propria identità c'è proprio la maternità (Stephenson, 1987). Froggio però fa notare che col passare del tempo le differenze di genere tendono a diminuire: il marito tende ad essere meno ottimista e più triste, la moglie meno depressa e ansiosa (Froggio, 2000).

Nella terza fase si assiste ad una vera e propria *crisi di identità*, sia individuale che di coppia. Rispetto all'identità individuale, occorre precisare che alcuni Autori (Wallace, 1969) sono d'accordo nel considerare l'identità come l'insieme di immagini che ogni persona ha di se stessa; essa tende ad essere piuttosto stabile nel tempo e ha tendenze, scopi e aspirazioni (Acherman, 1969). Quali conseguenze sull'identità può avere una diagnosi di sterilità? Fondamentalmente si viene a creare una discrepanza tra ciò che si ha e ciò che è atteso, e tale discrepanza produce una serie di disagi psicologici.

Rispetto all'identità individuale, secondo Higgins, ogni individuo si rappresenta in base al proprio sé effettivo (cioè in base agli attributi che pensa di possedere), al proprio sé ideale (cioè in base alle caratteristiche che vorrebbe possedere) e in base al proprio sé imperativo (cioè in base a ciò che l'individuo ritiene di dover essere o di dover fare) (Higgins, 1978). Quando non ci sono contraddizioni nel modo in cui la persona si rappresenta questi Sé, la situazione è ottimale; quando l'incongruenza si viene a creare tra il sé effettivo e quello reale, le emozioni saranno per lo più collegate a un quadro depressivo; quando invece l'incongruenza si crea tra il sé effettivo e il sé imperativo, le emozioni saranno prevalentemente legate ad un quadro di ansietà (Higgins, 1978; Arcuri, 1995). Prendendo spunto proprio dal lavoro di Higgins, la psicologa Kidenkall ha applicato il concetto di discrepanza alla situazione di sterilità della donna (Kidenkall, 1994). Così la psicologa descrive un primo gruppo di donne per le quali il desiderio di avere

un figlio è fortemente influenzato da ciò che esse credono che gli altri significativi (parenti e amici) si aspettino da loro: la sterilità è vissuta con ansia e nel timore di essere discriminate dagli altri, perché tale condizione non le porta a soddisfare quelle che loro credono essere le aspettative di parenti o amici (il *dover essere* degli altri). Esiste un altro gruppo di donne in cui invece la discrepanza riguarda la loro rappresentazione attuale (come donne sterili) e un *dover essere* che deriva stavolta dall'interiorizzazione delle aspettative della società secondo le quali "tutte le donne devono avere un figlio": anche in questo caso la sterilità porta queste donne a vivere sentimenti di ansia, ma stavolta con sfumature di colpa, autodisprezzo e senso di inutilità. Per altre donne invece la discrepanza deriva dal confronto tra il proprio sé attuale e il proprio *sé ideale*, si tratta di donne per le quali diventare genitori ha un ruolo centrale nella vita, per cui la sterilità è vissuta come fallimento nella realizzazione di una parte importante di sé: in questo caso i sentimenti prevalenti saranno di natura depressiva, come sconforto e delusione. Infine, esiste un altro gruppo di donne in cui la discrepanza riguarda la rappresentazione attuale di sé e quella *ideale degli altri* (soprattutto dei genitori): i sentimenti che ne derivano sono di scoraggiamento, vergogna e imbarazzo.

Anche l'identità di coppia subisce una forte crisi da cui deriva un'esperienza molto dolorosa, che può sia separare definitivamente i coniugi, sia unirli ancora di più; nel primo caso si parla di conflitto, nel secondo di rivalutazione dell'unione tra le due persone. Il conflitto è frequente soprattutto nelle coppie in cui uno dei due partner (di solito quello fertile) non accetta completamente la situazione, e ciò può portarlo a decidere di cercarsi un'altra persona che sia fertile (Pasini, 1995). La rivalutazione getta invece le premesse per una risoluzione della crisi dovuta alla sterilità, in quanto si assiste ad una nuova scoperta del proprio compagno o della propria compagna. In generale, in questo stadio entrano in gioco fattori come la forza della coppia, la certezza che hanno l'uno dell'altra, le ragioni per cui si sono scelti, il loro amore, ed è proprio per questo motivo che questo intreccio complicato di bisogni legati al presente e al passato non sempre viene portato alla luce, alimentando così la sofferenza psicologica (Froggio, 2000); la potenziale distruttività della coppia dipende quindi dal modo con cui marito e moglie vivono l'infertilità (Pasch, 2002). Lo stadio successivo, quello della risoluzione, è raggiunto solo se i partner prendono una decisione che li porta a superare, in un modo o nell'altro, la crisi di identità che ha travolto la coppia, trasformando l'infertilità dal punto di vista fisico in fertilità dal punto di vista psicologico attraverso la scoperta di una parte importante di sé di cui rendere partecipe il partner (Rogers, 1974).

Quando i partner non restano in perenne conflitto

tra di loro, quando non si separano e quando non continuano a provare ad avere un figlio a tutti i costi anche a 50 o 60 anni, significa che probabilmente hanno raggiunto lo stadio della *risoluzione* (Froggio, 2000); si tratta della fine del processo psicologico che accompagna la condizione di sterilità, ed è caratterizzato da un profondo senso di accettazione accompagnato da sensazioni di sollievo. L'accettazione riguarda il fatto di non poter avere un figlio naturale, e presuppone di essere riusciti a modificare se stessi senza cambiare la realtà, ma semplicemente assumendo nei confronti di questa un atteggiamento diverso. Ne derivano sollievo, rilassatezza e tolleranza dopo un lungo periodo caratterizzato da emozioni negative e intense, che vengono percepiti da ciascun partner verso se stesso, ma che si ritrovano anche all'interno della coppia e nelle relazioni con gli altri.

La scelta della procreazione assistita

In quello che può essere definito "il processo psicologico della sterilità" (Froggio, 2000) la coppia può scegliere di porre rimedio alla propria condizione in svariati modi: iniziando un percorso di procreazione assistita, di adozione o di affidamento; in questa sede ci occuperemo del primo percorso, quello di procreazione assistita.

Tale percorso fa emergere alcuni importanti aspetti di rilevanza psicologica. Nel caso di tecniche eterologhe può insorgere il dilemma legato alla paternità o alla maternità; domande come "di chi è davvero il figlio?" possono essere fattori di stress nella coppia fino a creare una vera e propria crisi.

Un ulteriore rischio di forte stress è legato al fatto che tante persone credono che le tecniche di procreazione assistita permettano a tutti di avere un figlio, qualunque sia il problema che non permette il concepimento; questo li porta ad avere aspettative eccessivamente elevate che, se non ridimensionate, possono essere causa di crisi intense nel momento in cui si scontrano con una realtà che è diversa da quella attesa. Se la sterilità può essere considerata una situazione di stress cronico che può trasformarsi in una vera e propria crisi, occorre tenere presente che la crisi può scoppiare anche durante il percorso di procreazione, e addirittura anche quando questo è concluso e il figlio tanto ambito è nato (Froggio, 2000).

Il vissuto psicologico nel percorso di procreazione assistita

Dalla letteratura emergono tre aspetti fondamentali che nell'insieme contribuiscono a delineare il vissuto legato al percorso di procreazione assistita: sono trattati i vissuti psicologici durante il trattamento, la relazione tra

stress ed esito del trattamento e i vissuti psicologici legati all'esito del trattamento.

Vissuti psicologici durante il trattamento

Da una rassegna della letteratura psicologica di Righetti emerge che le coppie sottoposte a fecondazione in vitro (IVF) tendono ad agire con maggiore stress emotivo; inoltre sempre dalla stessa rassegna emerge che le coppie IVF tendono ad accentuare le componenti somatiche dei protocolli e contemporaneamente a erigere difese in modo tale da mettere in secondo piano l'investimento affettivo (Righetti, 2001).

Gli uomini sottoposti a tecniche di fecondazione (soprattutto di secondo livello, e che quindi comportano la manipolazione dei gameti) sembrano essere più soggetti a rilevanti condizioni di depressione dal punto di vista clinico, isolamento sociale e ridotto successo sul lavoro (Saleh, 2001).

Da questa e altre ricerche emerge invece che nelle donne si tendono a riscontrare soprattutto difficoltà nell'investimento emozionale (Righetti, 2001); in particolare, è stato rilevato come le donne sottoposte a IVF mostrino elevati livelli di ansia e di tensione emozionale, e anche se non sono stati riscontrati livelli patologici o disturbi di personalità, sembra evidente l'esistenza nelle donne di una certa tendenza all'ipocondria e di una paura di avere un corpo malato e non funzionante (Salvatore, 2001).

Relazione tra stress psicologico ed esito del trattamento

Molti ricercatori hanno evidenziato che trattamenti di procreazione assistita possono causare nelle donne un livello elevato di stress psicologico (Newton, 1990; Litt, 1992; Mahlstedt, 1994). Alcuni studiosi hanno indagato l'influenza di variabili come l'ansietà (Csemiczky, 2000; Lancaster, 2005; Smeenk, 2001) e la depressione (Merari, 1996) sull'esito di un trattamento di procreazione medicalmente assistita (PMA), ma la relazione causale tra tali variabili e l'esito di una fecondazione in vitro, così come è stato dimostrato anche da altre ricerche (Anderheim, 2005; Ardeni, 1999; Harlow, 1996; Slade, 1997), sembra essere debole.

Tuttavia esistono studi che affermano il contrario. Da uno studio piuttosto recente, volto a studiare le differenze nello stato emozionale (ansia, depressione, soddisfazione coniugale) di donne prima e dopo il primo ciclo di un trattamento di procreazione assistita (Verhaak, 2001), è emerso invece che differenze nello stato emozionale erano presenti già prima che le donne fossero sottoposte a trattamento, e sono diventate più evidenti dopo il primo ciclo di trattamento; in particolare, le donne rimaste gravide a seguito del trattamento mostravano prima di esso livelli più bassi di depressione rispetto alle altre, in

cui livelli più alti di depressione erano legati a un punteggio più alto negli aspetti cognitivi della depressione. Nello studio furono confrontate tra loro anche donne sottoposte a due diverse tecniche di procreazione assistita (FIVET ed *intracitoplasmatic sperm injection* o ICSI), ma da tale confronto non sono emerse differenze nello stato emozionale dei due gruppi di donne. Anche altri studi mettono in evidenza la presenza di un'associazione tra lo stato psicologico prima del trattamento e l'esito dello stesso; secondo alcuni studiosi, il livello di depressione presente prima del trattamento influenzerebbe l'esito del trattamento stesso (Demmyttenaere, 1998); altri ricercatori sottolineano invece come la percezione positiva dell'armonia coniugale da parte di donne sottoposte a trattamenti di procreazione assistita abbia un ruolo significativo per il successo del trattamento (Stoleru, 1997); nell'esaminare l'influenza di fattori psicologici nell'esito del trattamento, altri studiosi hanno rilevato punteggi più alti nella scala di depressione e in quelle relative all'ansia di tratto e di stato nelle donne che successivamente non hanno goduto di un esito positivo nella fecondazione in vitro rispetto a quelle rimaste gravide (Koryntova, 2001); queste ultime inoltre presentavano un livello di ostilità minore rispetto alle prime nelle relazioni interpersonali, caratteristica che secondo i ricercatori proteggerebbe tali donne da un'ansia e una depressione eccessive. Da uno studio molto recente emerge che le donne che riportano un maggior livello di stress legato alla relazione di coppia richiedono un maggior numero di cicli di trattamento rispetto a chi invece riporta un buon livello di soddisfazione legata alla relazione di coppia; lo stress collegato alla condizione di infertilità sembra avere effetti sia diretti che indiretti sull'esito del trattamento (Boivin, 2005).

Considerando che in letteratura le ricerche riportano risultati controversi, forse perché la ricerca si è scontrata con varie problematiche soprattutto di natura metodologica (Foggio, 2000), è possibile affermare che la relazione tra lo stress psicologico esperito durante i trattamenti di procreazione assistita e l'esito di tali trattamenti non è ancora chiara (Anderheim, 2005).

Vissuti psicologici legati all'esito del trattamento

Le ricerche si sono interessate soprattutto alle conseguenze psicologiche di un esito negativo.

Il fatto che molte delle coppie che iniziano un trattamento di PMA non raggiungano il risultato sperato (Anderheim, 2005) è spesso dovuto all'alta percentuale di abbandoni del trattamento a seguito dell'insuccesso di un primo ciclo (Heijnen, 2004); questo sembra essere dovuto allo stress che esso comporta e agli effetti collaterali del trattamento stesso (Olivius, 2004). All'aumentare dei tentativi IVF corrisponde un'intensificazione dello stato depressivo, soprattutto nelle donne (Stolwijk,

2000); questo potrebbe essere legato non solo alla frustrazione per aver fallito vari tentativi di restare incinta, ma anche al prolungamento del periodo durante il quale tali tentativi vengono effettuati (Oddens, 1999). All'aumento della depressione sembra inoltre corrispondere una diminuzione dell'autostima (Righetti, 2001); spesso viene rilevato un notevole livello di ansia, che viene attribuito allo stress farmacologico e alla rigidità del protocollo da rispettare. Facchinetti et al. hanno inoltre rilevato un aumento del livello di ansia e un forte rischio di depressione nelle coppie in cui l'esito del trattamento di procreazione assistita è stato negativo (Facchinetti, 1997). Alcuni ricercatori sottolineano come spesso aspettative eccessive e irrealistiche sottopongano le coppie ad un alto rischio di sviluppare depressione (soprattutto le donne) in caso di esito negativo del trattamento (Collins, 1992).

Rispetto invece al rapporto di coppia, alcuni studiosi hanno rilevato che un esito negativo del trattamento non influisce sulla stabilità di relazione di coppia, e lo dimostrerebbe anche il fatto che molte di queste coppie decidono insieme di intraprendere successivamente il percorso dell'adozione; nonostante ciò, il 73% delle donne che hanno partecipato allo studio desiderava comunque fare un altro tentativo di procreazione assistita, desiderio che invece non era condiviso dagli uomini (Sydsjö, 2005).

Al di là del trattamento: nuove esigenze delle coppie sterili

Dalla letteratura emergono due importanti esigenze delle coppie sterili che vanno al di là del trattamento stesso di procreazione assistita: da un lato, quella di ottenere un'adeguata informazione medica sui trattamenti, dall'altro quella di ricevere un adeguato sostegno psicologico. Wischmann fa notare che nelle coppie sterili sta infatti crescendo il desiderio di limitare lo stress emotivo legato al trattamento e di migliorare la qualità di vita, che è negativamente influenzata, almeno nel breve periodo, da protocolli terapeutici di questo genere (Wischmann, 2005); per questo un numero sempre maggiore di coppie richiede servizi di consulenza per trovare sostegno psicologico. Le coppie sterili esprimono il desiderio di un approccio maggiormente centrato sulla coppia stessa (Wirtberg, 1992; Schmidt, 1996; Souter, 1998), in cui non devono mancare né il supporto psicologico (Schmidt, 1998), né informazioni e consigli circa l'interruzione del trattamento (Hammarberg, 2001) e l'opportunità di prendere in considerazione altre strade per diventare genitori (Schmidt, 1998; Sabourin, 1991; Halman, 1993). La domanda di tali servizi viene considerata più importante dalle coppie che non sono riuscite ad ottenere un esito positivo dal trattamento al quale si sono sottoposte (Sydsjö, 2005); sembra inoltre che la richiesta di

informazioni mediche sia considerata particolarmente importante (Schmidt, 2003). Il counselling nell'ambito dell'infertilità assume particolare importanza se si fanno due considerazioni: in primo luogo, le nuove tecnologie riproduttive offrono ai pazienti con problemi di sterilità la possibilità di costituire una famiglia, ma il desiderio di diventare genitori si trasforma spesso in un evento stressante (Kristoffersen, 1999) a causa delle procedure degli stessi trattamenti; in secondo luogo, è ampiamente documentato come per un cospicuo numero di coppie il periodo di transizione verso la genitorialità sia caratterizzato, oltre che da gioia, anche da stress dal punto di vista emotivo e fisico, e come possa in essa scatenare del malessere che potrà avere delle conseguenze di rilievo sia sulla coppia che sul bambino (Pacey, 2004). Wischmann fa anche notare che vari studi hanno dimostrato come interventi psicologici di vario tipo possano ridurre lo stress nelle coppie sterili, anche se raramente possono incrementare la probabilità di gravidanza (Wischmann, 2001). La ricezione di un'informazione adeguata e il supporto, anche attraverso un trattamento appropriato,

sembrano quindi essere necessità (Kristoffersen, 1999) sempre più avvertite dalle coppie stesse.

Conclusioni

La scoperta dell'impossibilità di avere figli in modo naturale rappresenta un evento molto stressante; le coppie che sperimentano il dolore legato a tale condizione possono avere a disposizione risorse psicologiche più o meno efficaci per farvi fronte. Tuttavia esiste un sottogruppo di coppie il cui livello di stress assume un certo rilievo dal punto di vista clinico: queste coppie necessitano pertanto di un aiuto professionale dal punto di vista psicologico. Tuttavia, come vari studiosi affermano, proprio perché il percorso di procreazione assistita può aggiungere stress ad una condizione già di per sé stressante, è importante che la consulenza psicologica venga offerta in ogni momento del percorso terapeutico per la cura dell'infertilità, e non solo quando l'esito del trattamento è negativo.

Bibliografia

1. ACKERMAN NW. *Psicodinamica della vita familiare. Diagnosi e trattamento delle relazioni familiari*. Torino: Boringhieri, 1968, p. 111.
2. ANDERHEIM L, HOLTZER H, BERGH C, MÖLLER A. *Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?* Hum Reprod 2005;20(10):2969-2975.
3. ANDREWS FM, ABBEY A, HALMAN LJ. *Is fertility problem stress different? The dynamic of stress in fertile and infertile couples*. Fertil Steril 1992;57:1247-1253.
4. ARCURI L. *Manuale di psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino, 1995.
5. ARDENTI R, CAMPARI C, AGASSI L. *Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in vitro fertilization: exploratory survey of an italian sample*. Hum Reprod 1999;14:3126-3132.
6. BERG BG, WILSON JF. *Psychological functioning across stages of treatment for infertility*. J Behav Med 1991;14:11-26.
7. BOIVIN J. *The role of psychosexual factors in postcoital tests results*. Montreal: Doctor's Thesis Concordia University, 1990.
8. BOIVIN J, SCHMIDT L. *Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later*. Fertil Steril 2005;83(6):1745-1752.
9. COLLINS A, FREEMAN EW, BOXER AS, TURECK R. *Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment*. Fertil Steril 1992;57:350-356.
10. CONWAY P, VALENTIE D. *Reproductive losses and grieving*. J Soc Work and Hum Sexual 1987;6:43-63.
11. CSEMICKZY G, LANDGREN B-M, COLLINS A. *The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment*. Act Obst Gynecol Scand 2000;79:113-118.
12. DEMYTTENAERE K, BONTE L, GHELDOLF M, VERVAEKE M, MEULEMAN C, VANDERSCHUEREM D, D'HOOGHE T. *Coping style and depression level influence outcome in vitro fertilization*. Fertil Steril 1998;69(6):1026-1033.
13. DRAKE TS, GRUNERT GM. *A cyclic pattern of sexual dysfunction in the fertility investigation*. Fertil Steril 1979;32:542-545.
14. FACCHINETTI F, DEMYTTENAERE K, FIORONI L, NERI I, GENAZZANI AR. *Psychosomatic disorders related to gynecology*. Psychother Psychosom 1992;52:137-154.
15. FACCHINETTI F, MATTEO ML, ARTINI GP, VOLPE A, GENAZZANI AR. *An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment*. Fertil Steril 1997;67(2):309-314.
16. FROGGIO G. *Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità*. Cinisello Balsamo (Milano): Edizioni San Paolo, 2000.
17. GENTILI P. *La psicoterapia di coppia nell'infertilità: ovvero la creazione di uno spazio procreativo*. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria 1996;28:31-36.
18. HALMAN LJ, ABBEY A, ANDREWS FM. *Why are couples satisfied with infertility treatment?* Fertil Steril 1993;59:1046-1054.
19. HAMMARBERG K, ASTBURY J, BAKER HWG. *Women's experience of IVF: a follow-up study*. Hum Reprod 2001;16:374-383.
20. HARLOW CR, FAHY UM, WARDLE PG, HULL MGR. *Stress and stress-related hormones during in vitro fertilization treatment*. Hum Reprod 1996;11:274-279.
21. HEIJNEN EM, MACKLON NS, FAUSER BC. *What is the most relevant standard of success in assisted reproduction?* Hum Reprod 2004;19(9):1936-1938.
22. HIGGINS ET. *Self-discrepancy: a theory relating self and affect*. Psychol Rev 1978;3:319-340.
23. JANIS IL. *Psychological stress: psychoanalytic and behavioural studies of surgical patients*. New York: Wiley, 1958.
24. KIDENKALL KA. *Self-discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility*. Profes Psychol: Res Pract 1994;25:214-222.
25. KORYNTOVA D, SIBRTOVA K, KLOUCKOVA E, CEPICKY P, REZABEK K, ZIVNY J. *Effect of psychological factors*

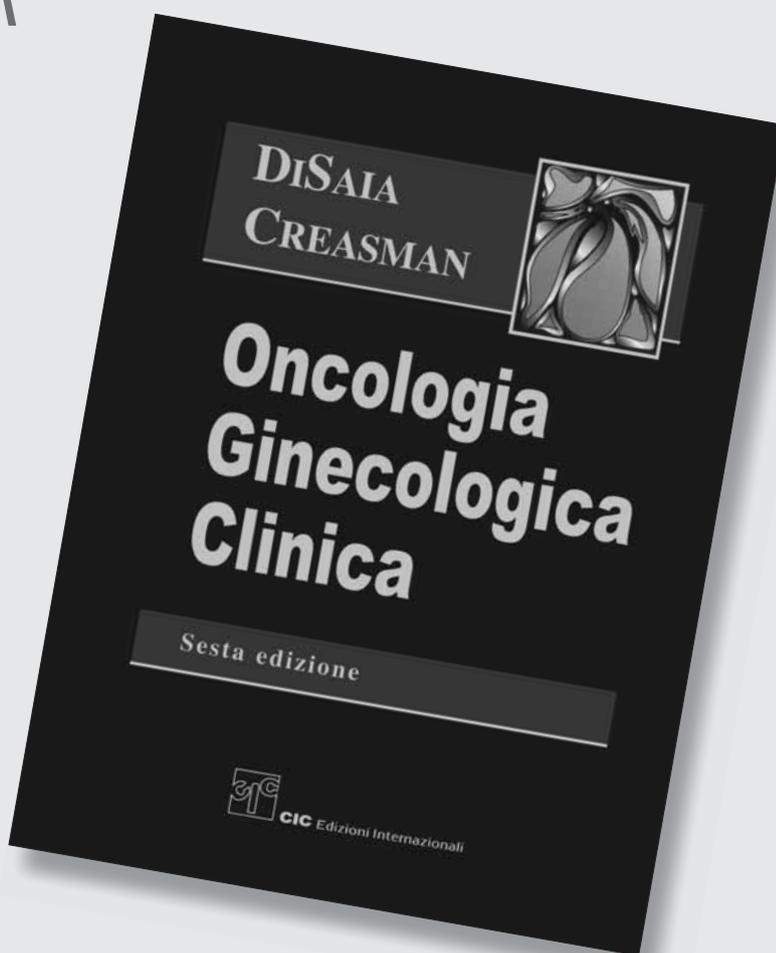
- on success of in vitro fertilization. *Ceska Gynekol* 2001; 66(4):264-269.
26. KRISTOFFERSEN P, BAETENS P. *Counselling patients with infertility problems*. *Int J Advance Counsell* 1999;21(3):249-261.
 27. LANCASTLE D, BOIVIN J. *Dispositional optimism, trait anxiety and coping: inique or shared effects on biological response to fertility treatment?* *Health Psychol* 2005;24:171-178.
 28. LITT MD, TENNEN H, AFFLECK G, KLOCK S. *Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure*. *J Behav Med* 1992;15:171-187.
 29. MAHLSTEDT PP. *Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology*. *Urol Clin N Am* 1994;21:557-566.
 30. MERARI D, FELDBERG D, SHITRIT A, ELIZUR A, MODAN B. *Psychological characteristics of woman undergoing in vitro fertilization: a study of treatment outcome*. *Israel J Obstet Gynecol* 1996;7:65-72.
 31. MONGA M, ALEXANDRESCU B, KATS SE, STEIN M, GANIATS T. *Impact on infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function*. *Adult Urology* 2004;63:126-130.
 32. NACHTIGALL RD, BECKER G, WOZNY M. *The effects of gender specific diagnosis on men's and women's response to fertility*. *Fertil Steril* 1992;27:113-121.
 33. NEWTON CR, HEARN MT, YUPZE AA. *Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure*. *Fertil Steril* 1990;54:879-886.
 34. ODDENS BJ, DEN TONKELAAR I, NIEUWENHUYSE H. *Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey*. *Hum Reprod* 1999;14(1):255-261.
 35. OLIVIOUS C, FRIDEN B, BORG G, BERGH C. *Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study*. *Fertil Steril* 2004;81:258-261.
 36. PACEY S. *Couplet and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems*. *Sex Relationsh Ther* 2004; 19(3):223-246.
 37. PASCH LA, DUNKEL-SCHETTER C, CHRISTENSEN A. *Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment*. *Fertil Steril* 2002;77(6):1241-1247.
 38. PASINI W. *A che cosa serve la coppia*. Milano: Mondadori. 1995.
 39. RIFELLI G, MORO P. *Sessuologia clinica. 3. Consulenza e terapia delle disfunzioni sessuali*. Milano: Masson. 1995.
 40. RIGHETTI PL, SETTE L. *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*. Torino: Bollati Boringhieri. 2000.
 41. RIGHETTI PL. *I vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: interventi e protocolli integrati medico-psicologici*. *Contracezione Fertilità Sessualità* 2001;28(3):159-166.
 42. ROGERS C. *Partners. Il matrimonio e le sue alternative*. Roma: Astrolabio. 1974.
 43. SAVOURING S, WRIGHT J, DUCHESNE C, BELISLE S. *Are consumers of modern fertility treatments satisfied?* *Fertil Steril* 1991;56:1084-1090.
 44. SALEH RA, AGARWAL A. *Sexual Dysfunction in men undergoing fertility evaluation*. *Fertil Steril* 2001;76(3):S28.
 45. SALVATORE P, GARIBOLDI S, OFFIDANI A, COPPOLA F, AMORE M, MAGGINI C. *Psychopathology, personality and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures*. *Fertil Steril* 2001;75(6):1119-1125.
 46. SCHINFELD JC, CHAMBERLIN BC. *Role of weight changes in the relief of stress in infertile women*. *Int J Psychosom* 1985;3:7-7.
 47. SCHMIDT L. *Psykosociale konsekvenser af infertilitet og behandling*. Copenhagen FADLs Press. 1996.
 48. SCHMIDT L. *Infertile couples' assessment of infertility treatment*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:649-653.
 49. SCHMIDT L, HOLSTEIN BE, BOIVIN J, TJORNHOJ-THOMSEN T, BLAABJERG J, HALD F, RASMUSSEN PE, NYBOE ANDERSEN A. *Patient's attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: finding from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COPI) Research Programme*. *Hum Reprod* 2003;18:628-637.
 50. SLADE P, EMERY J, LIEBERMAN BA. *A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in vitro fertilization treatment*. *Hum Reprod* 1997;12:183-190.
 51. SMEENK JMJ, VERHAAR CM, EUGSTER A, VAN MINNEN A, ZIELHUIS GA, BRAAT DDM. *The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilization*. *Hum Reprod* 2001;16:1420-1423.
 52. SOUTER VL, PENNEY G, HOPTON JL, TEMPLETON AA. *Patient satisfaction with the management of infertility*. *Hum Reprod* 1998;13:1831-1836.
 53. STEPHENSON LR. *Give us a child: coping with the personal crisis of infertility*. San Francisco: Harper and Row. 1987.
 54. STOLERU S, CORNET D, VAUGEOIS P, FERMANIAN J, MAGNIN F, ZERAH S, SPIRA A. *The influence of psychological factors in the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization*. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18(3):189-202.
 55. STÖLWIJK AM, WETZELS AM, BRAAT DD. *Cumulative probability of achieving an ongoing pregnancy after in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection according to a woman's age, subfertility diagnosis and primary or secondary subfertility*. *Hum Reprod* 2000;15:203-209.
 56. SYDSJÖ G, EKHOLM K, WADSBY M, KJELLBERG S, SYDSJÖ A. *Relationship in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study*. *Hum Reprod* 2005;20(7):1952-1957.
 57. VERHAAR CM, EUGSTER A, VAN MINNEN A, KREMER JA, KRAAIMAAT FW. *Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection*. *Fertil Steril* 2001;76(3):525-531.
 58. WALLACE AF, FOGELSON RD. *Lotta per l'identità*. In: BOSZORMENY-NAGY I, FRAMO JL, eds. *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Torino: Boringhieri 1969, p. 397.
 59. WEISBERG E. *Smoking and reproductive health*. *Clin Reprod Fertil* 1985;3:175-186.
 60. WIRTBERG I. *His and Her Childlessness*. Stockholm: Karolinska Institute. 1992.
 61. WISCHMANN T, STAMMER H, SCHERG H, GERHARD I, VERREI R. *Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service"*. *Hum Reprod* 2001; 16(8):1753-1761.
 62. WISCHMANN T. *Psychosocial aspects of fertility disorders*. *Urologie A* 2005;44(2):185-194.
 63. WRIGHT G, BISSONNETTE F, DUCHESNE C, BENOIT J, SABOURIN S, GIRARD Y. *Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently*. *Fertil Steril* 1991;55:100-108.

W.T.Creasman, P.J. DiSaia

ONCOLOGIA GINECOLOGICA CLINICA

I edizione italiana
dalla VI edizione
inglese

Volume cartonato
di 740 pagine
con 330 immagini b/n
e 78 tavole a colori
f.to cm 21x29
€ 45,00



per acquisti on line www.gruppocic.com



CIC Edizioni Internazionali