

Strategie di coping nelle coppie infertili

Brigida De Camillis

Riassunto

L'infertilità è un'esperienza di crisi nella vita di un individuo e di una coppia. Scopo del presente lavoro è, attraverso una rassegna delle ricerche recenti, individuare i diversi effetti di una diagnosi di infertilità (emotivi, sessuali, sociali, identità personale, relazione coniugale), dando maggior rilievo alle strategie di coping utilizzate. Numerose ricerche evidenziano che coppie con strategie di coping attivo che richiedono supporto, le conseguenze negative dovute alla mancanza di figli possano diminuire. Per tanto la consulenza psicologica dovrebbe fornire alla coppia gli strumenti per affrontare l'iter diagnostico e terapeutico cercando di rilevare e modificare eventuali meccanismi disadattivi, promuovendo quelli più adattivi.

Summary

Infertility is an experience of crisis in the life of an individual and a couple. The aim of this work is, through a review of recent research to identify the different effects of a diagnosis of infertility (emotional, sexual, social, personal identity, marital relationship) giving more prominence to coping strategies used. Numerous studies show that couples with active coping strategies that require support, the negative consequences due to lack of children to decrease. For both psychological counselling should provide the couple the tools for the face diagnostic and therapeutic iter trying to detect and modify any maladjusted mechanisms, promoting the right one.

Introduzione

L'infertilità si è sempre presentata e continua oggi a presentarsi come un grave problema. In molti paesi, vari studi scientifici, hanno dimostrato che la sterilità coniugale mostra percentuali stabili o in aumento, attestabili intorno al 15 – 20% della popolazione.

E' ormai diffusa presso la popolazione scientifica la classificazione dell'infertilità intesa come patologia dell'uomo, della donna o della coppia.

La sterilità non è solo un problema organico, ma ha importanti risvolti psicologici sugli individui coinvolti, sulla vita relazionale, sulla vita sessuale e sul benessere e la salute della coppia.

Menning (1980) parla dell'infertilità come "crisi di vita" che coinvolge, su diversi piani esistenziali, sia l'individuo che la coppia, dando luogo a vissuti di frustrazione, stress, senso di inadeguatezza e perdita.

L'infertilità è un'esperienza di crisi nella vita di un individuo e di coppia, connotata da una serie di perdite: “della fertilità, del figlio desiderato, della trasmissione del proprio patrimonio genetico, del bambino ideale, del bambino fantasticato, della salute, della genitorialità, dei progetti di vita e dei traguardi prefissati, della funzionalità sessuale, della soddisfazione coniugale, del controllo sui propri organi riproduttivi e nel senso di normalità” (Santona, 2003).

La teoria della crisi descrive una situazione in cui l'individuo è in uno stato di disperazione in cui si sente di non poter essere aiutato e in cui le sue strategie di coping non sono molto di aiuto nel gestire il problema.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di trattare il problema dell'infertilità nelle sue diverse sfaccettature, dando maggiore rilievo agli aspetti psicologici e alle particolari strategie di coping a cui fanno ricorso i coniugi per affrontare l'infertilità nel miglior modo possibile.

L'infertilità: aspetti psicologici

Problemi psicologici individuali e di coppia connessi all'infertilità.

Per comprendere le problematiche, più o meno complesse, messe in movimento dalla diagnosi di infertilità, è necessario accennare a quali motivazioni inducono due soggetti a formare una coppia.

Certamente possiamo trovarci anche di fronte a soggetti che temono o si lamentano di una presunta infertilità, ma in questi casi si evidenzia che la problematica proposta serve solo a coprire una psicopatologia individuale o di coppia.

Per tanto bisogna chiarire le dinamiche della coppia per comprendere i vissuti dei partners in relazione alla certezza di un'impossibilità a procreare. J.Lemaire afferma che “..la coppia è il luogo privilegiato di un'espressione dell'ambivalenza del desiderio” (Lemaire, 1979).

Ovviamente la coppia non è la semplice somma delle singole dinamiche intrapsichiche dei partners: quando due soggetti formano una coppia, consapevoli o meno, agiscono una relazione particolare che mette in gioco processi fondamentali come quelli della sicurezza, del riconoscimento, dei bisogni, dei desideri reciproci, dell'appoggio narcisistico di valenze fantasmatiche come ad esempio il desiderio di immortalità (D'Ottavio, Simonelli C.,1990).

Inoltre, di fronte ad un avvenimento molto comune e frequente (la formazione di una coppia) che spesso dai soggetti è vissuta come autodeterminata, bisogna invece evidenziare il complesso delle forze, e la relativa conseguente importanza, che spiegano questa scelta. Pressioni sociali, culturali, condizionamenti economici, ruoli sociali, rapporti di potere o interessi materiali, conflitti interpersonali, difficoltà alla comunicazione: tutti questi fattori concorrono alla formazione e alla rottura di una coppia.

Un'attenta analisi di queste motivazioni comporta la possibilità di capire la natura della crisi e quindi anche come intervenire.

Sono venuti meno i presupposti della scelta originaria, oppure i meccanismi difensivi sono diventati insufficienti, oppure c'è un fatto nuovo, una situazione nuova che destabilizza quella iniziale? O l'incapacità di sopportare un avvenimento negativo come una perdita, un lutto, un problema economico che mette in crisi la coppia? O è invece la crescita di uno dei due che rende la coppia asimmetrica?

Oppure è semplicemente la messa in crisi di quel progetto iniziale che aveva dato luogo dopo l'incontro, alla formazione della coppia?

Spesso la progettualità fondante la coppia più o meno inconsciamente, può essere proprio non il desiderio, ma la necessità di avere un figlio.

Scoprire quindi l'impossibilità di realizzare questa necessità, mette inevitabilmente in crisi non solo i due partners singolarmente, ma soprattutto la dinamica della coppia.

Questa possibilità è tanto maggiore quanto più la coppia si forma come sistema difensivo (Lalli et al.,1996).

La coppia come sistema difensivo

Spesso la formazione della coppia è legata alla necessità di perpetuare un equilibrio fragile ed instabile dei due partner che pertanto non si propongono come reciproca scelta, bensì come situazione di simmetria e di dipendenza molto forte (Cecotti, 2004).

a) Lotta contro la depressione

La scelta avviene sulla base di motivazioni legate all'angoscia della solitudine. E' come se alcuni soggetti si sentissero troppo esposti e fragili per avventurarsi da soli nella vita: la coppia è un supporto per le angosce. Ovviamente non si avventurano in un impegno amoroso che sarebbe troppo carico di emozioni, pertanto essi scelgono un partner simmetrico con lo scopo di unire due angosce di solitudine, che dovrebbe rendere più sopportabile la vita. A volte questa dinamica, se è più articolata sfocia di un gioco di ruoli: ove si scambiano vicendevolmente i ruoli di assistenza e di oblatività. Nei casi ove c'è una maggiore angoscia si arriva a quelle situazioni che i francesi definiscono del "Metrò – boulòt- dodò" che letteralmente significa "Metro- lavoro- nanna". E' evidente che in questo modo la vita è ridotta alla routine più squallida.

b) Lotta contro il coinvolgimento eccessivo. Paura dello scacco

Molte persone vivono il coinvolgimento emotivo come estremamente pericoloso: per questo tendono fondamentalmente a distribuire fra diverse persone, differenti forme di legame affettivo. L'importante è che nessuno sia preponderante o significativo.

Spesso questi comportamenti sono razionalizzati e giustificati anche su base ideologica: invece alla base di questo comportamento c'è una profonda angoscia dello scacco, della perdita.

Non è infrequente trovare in questi soggetti delle dinamiche di gelosia quasi paranoicali. In genere queste persone tendono a scegliere partners simmetrici con cui condividere queste parziali capacità emotive.

Non è infrequente però che questo tipo di persona attragga fortemente un soggetto con bisogni oblativi e trasformativi, cioè persone che pretendono a tutti i costi di cambiare questi soggetti dei quali intuiscono le capacità affettive fortemente represses.

In questi casi si possono instaurare coppie portatrici di una notevole sofferenza e spesso intrappolati in una grave dinamica sado- masochista.

c) Coppia come desiderio di immortalità

Spesso alla base della formazione di una coppia può esserci un desiderio “inconscio” di immortalità.

La coppia è vissuta non solo come ritorno al passato (identificazione con un genitore) ma anche come possibilità di tornare indietro, come una sorta di annullamento del tempo in un progetto di onnipotente di immortalità.

E' in queste tre dinamiche difensive che facilmente l'accertata infertilità genera una reazione più o meno grave. Quando ci troviamo di fronte a simili dinamiche, è evidente che avere un figlio, non rappresenta più una scelta o un desiderio, ma una necessità difensiva.

Nel primo caso per proteggersi dall'angoscia della solitudine; nel secondo come alibi per la mancanza di coinvolgimento affettivo; nel terzo come possibilità di mantenere l'idea onnipotente di immortalità. Quindi la conferma dell'infertilità non è vissuta come un problema, più o meno doloroso ma comunque risolvibile, ma si trasforma rapidamente in un conflitto che innesca una situazione di crisi della coppia e che si può manifestare con due modalità che presentano caratteristiche e dinamiche diverse (Cecotti, 2004).

1) La prima si configura immediatamente o subito dopo aver preso la decisione di avere un figlio. E' possibile che già alla ricomparsa del ciclo mestruale che segnala, per il momento, la non avvenuta fecondazione la donna teme, a volte è sicura, di essere sterile.

Questa situazione è tipicamente femminile e rimanda a dinamiche diverse: rifiuto del partner, gravidanza vissuta come mortifera, sterilità come punizione (soprattutto se c'è stato un precedente aborto vissuto con intensi sensi di colpa e spesso, più o meno inconsciamente la gravidanza indesiderata è legata ad un tentativo di dimostrare o esorcizzare una paura di infertilità). Infine alibi per nascondere l'inconfessabile verità di non volere figli.

Ma esiste anche un'altra dinamica, non infrequente: che il timore di essere sterile, vissuto quasi come una fobia, possa rappresentare l'inconscia percezione che sia il partner a non voler avere un figlio perché lo vivrebbe come rivale. Pertanto la gravidanza potrebbe compromettere la stabilità della coppia. Non è

infrequente in questi casi che se dopo qualche tempo si arriva al comune accordo alla decisione di adottare un bambino, a pratica inoltrata o ad adozione avvenuta, la donna rimane incinta.

Un'ulteriore peculiarità di questa dinamica è che per quanto è precoce il dubbio sulla sterilità è tardivo l'uso delle ricerche che sono sempre incomplete o parziali e che difficilmente coinvolgono l'altro partner.

L'evoluzione può essere varia: da una stabilità, ma nel conflitto perpetuo della coppia, fino alla rottura.

2) La seconda situazione è molto diversa. Intanto il dubbio comincia a sorgere piuttosto tardivamente: da molti mesi a qualche anno dopo che si è evidenziata l'impossibilità di poter avere un figlio.

Inoltre i partner si sottopongono ambedue, ma con molta serietà, ad una serie di ricerche: sempre comunque con la speranza che il problema sia risolvibile. Ma quando è accertata con sicurezza l'infertilità di uno dei due partners la conflittualità emerge rapidamente. Conflittualità che si manifesta a due livelli diversi, intrapsichico e relazionale che spesso finiscono per potenziarsi a vicenda.

Sul piano individuale la reazione più frequente è di tipo depressivo: questo deficit viene vissuto come grave ferita narcisistica che compromette un livello di autostima già piuttosto basso.

Oppure ci si può sentire in colpa per il coniuge: il soggetto vive la propria infertilità come una grave delusione inferta alle aspettative dell'altro. Simile è la reazione di auto colpevolizzarsi: situazione frequente nella donna che ha avuto precedentemente un aborto; ma anche nell'uomo: ad esempio l'aver contratto una malattia venerea, può essere vissuto come causa del deficit e come colpa nei confronti del partner.

Una dinamica non infrequente è la negazione: più frequente nell'uomo. L'infertilità viene vissuta come impotenza, come incapacità sessuale, e per reazione spesso inizia un'attività sessuale frenetica e promiscua, quasi a conferma delle proprie capacità.

Nella dinamica relazionale le due modalità più frequenti sono quelle di colpevolizzare l'altro, o di viverlo come insufficiente e deludente.

La colpevolizzazione spesso è sostenuta da argomenti abbastanza realistici; l'altro viene accusato di non aver rivelato prima la partner, un problema di cui egli stesso non era a conoscenza; oppure c'è la svalutazione totale: l'infertilità viene vissuta come il segno di una profonda e globale incapacità dell'altro. La conflittualità emersa, a volte può raggiungere toni drammatici che con accuse reciproche può portare spesso alla rottura della coppia.

Spesso si arriva ad un progressivo distacco e disinteresse sia sul piano affettivo che sessuale: permane la convivenza ma con una reciproca sensazione di fallimento. A volte si può giungere anche alla decisione di adottare un figlio: ma se questo succede non cambia nulla. La ferita narcisistica, vissuta o subita e la reciproca ostilità permangono.

L'infertilità può essere vissuta come un trauma narcisistico, il superamento del quale dipende non solo dalle possibilità concrete di risoluzione del problema, ma anche della struttura caratteriale dell'individuo e

dall'equilibrio che la coppia riesce a mantenere o ristabilire. Pertanto il lavoro terapeutico include l'accettazione del problema, il far fronte alle pressioni sociali, il lavoro di lutto rispetto alla perdita dell'ideale di sé e della propria immagine corporea, il riflettere sull'importanza della genitorialità e sulla propria motivazione ad avere un figlio, decidendo poi se affrontare il lungo iter diagnostico- terapeutico.

A livello di coppia la “crisi di infertilità” può inficiare le sfere della comunicazione, dell'attività sessuale e dei progetti futuri e dare luogo a una condizione di conflitto e di isolamento sociale.

Qualunque fosse la condizione emotiva e relazionale prima dell'emergere di un problema di infertilità, il suo insorgere può esacerbare o attivare ex-novo conflitti individuali e di coppia (Lalli et al., 1996) oppure al contrario può portare ad una rivalutazione della relazione, generando anche a un maggiore attaccamento tra i due membri della coppia (Dèttore, 2001).

Lo stress emozionale che ne consegue può a sua volta avere un effetto sulle funzioni biologiche, particolarmente sull'equilibrio endocrino e sulle funzioni sessuali, tali da creare un circolo vizioso. L'infertilità ha un impatto sui differenti aspetti della vita di coppia che ne soffre.

Questa condizione critica colpisce la dimensione affettiva, psicologica (identità sessuale, stima di sé, l'immagine corporea), socio-culturale (ruolo sessuale) e biologica (risposta sessuale, riproduzione) della sessualità umana.

L'infertilità e la sessualità interagiscono in modi diversi. Le disfunzioni sessuali possono causare l'infertilità, l'infertilità può provare delle difficoltà sessuali se non delle vere e proprie disfunzioni sessuali.

La coppia sterile può presentare un lungo elenco di disturbi sessuali, manifestati secondo sintomatologie multiformi: dalle alterazioni del desiderio all'impotenza erettiva, dai disturbi dell'orgasmo alla mancanza o limitazioni dell'eccitazione, dall'insorgenza delle sensazioni dolorose (come la dispareunia) o il vaginismo, alla fuga fobica dal sesso (Carani et al., 1985; Simonelli, 1996).

Una volta le chiamavano “coppie sterili”, ma ora che con l'incapacità di avere figli sono costrette a fare in conti con quasi un quarto delle coppie italiane, quel brutto termine non si usa più.

C'è di tutto dietro l'infertilità degli ultimi anni, un cocktail di problemi organici che fanno il paio con quelli psicologici e perfino l'inspiegabile quale lo “stress cronico”, un sottile male di vivere che riesce addirittura a impoverire il liquido seminale e a sballare i cicli femminili, sembra impossibile ma non irreali, laddove le cause dell'infertilità sono complesse, quasi sempre concatenate.

In genere gli studi descrittivi basati su osservazioni cliniche evidenziano soprattutto le reazioni emotive dell'infertilità, particolarmente il dolore, la depressione, la frustrazione, l'ansia e il senso di colpa, dedicando minore attenzione ad altre possibili conseguenze, quali la perdita di controllo, gli effetti sull'identità e l'autostima e soprattutto le modificazioni nella vita sessuale e relazionale.

Le reazioni psicologiche all'incapacità di procreare hanno una loro evoluzione e si sviluppano attraverso un processo costituito da fasi, comuni per molte persone (Righetti, 2001).

Menning (1975) descrive una serie di reazioni che vanno dalla sorpresa allo shock iniziali, al rifiuto, alla collera, all'angoscia, ai successi sensi di colpa, di dolore e di perdita.

La prima fase è rappresentata dallo shock. La coppia deve rinunciare al figlio desiderato, il bambino immaginario presente nella fantasia di ogni individuo sin dall'infanzia (Froggio, 2000). In questa fase è possibile riscontrare sintomi quali ansia e depressione (principalmente nelle donne), ma anche rabbia, sentimenti di colpa e di inferiorità (Cecotti, 2004). Il sentimento di perdita diviene un vissuto dominante nella coppia, inoltre è possibile che all'inizio ci sia la negazione del problema con il conseguente rifiuto dei sentimenti che lo accompagnano (Froggio, 2004). La negazione è un meccanismo di difesa che consiste nel non riconoscere aspetti della realtà esterna o interna che sono invece evidenti per gli altri, nel tentativo di difendersi dal dolore che potrebbe essere causato da una determinata situazione (Lingiardi, 2001). Nel caso della sterilità diversi autori (Froggio, 2000; Balestreri, 2003) sottolineano come questo meccanismo di difesa è utilizzato soprattutto dagli uomini, i quali all'inizio hanno una reazione più silente. L'uomo sembra essere meglio coinvolto emozionalmente nel desiderio di concepimento, come se la percezione della sofferenza, derivante dalla condizione di infertilità, lo raggiunge in forma silente, al contrario delle donne che invece risultano maggiormente coinvolte e soffrono più intensamente del partner (Moro, Carrara, Iacchia, Pala, Rossetti, Rossi, 2003). Spesso la diagnosi di sterilità viene interpretata dagli uomini stessi come una mancanza di virilità e per questo tendono a negare il problema (Coeffin-Driol, 2004).

Alla fase di shock, di solito, fa seguito una fase di confusione in cui momenti di assoluta tranquillità si alternano a momenti di rabbia apparentemente immotivata, ma che deriva dalla sensazione di perdita di controllo del proprio corpo e più in particolare della propria capacità riproduttiva. Un'altra fase importante riguarda i cambiamenti importanti nell'identità del singolo e della coppia (Cecotti, 2004).

Infertilità significa confrontarsi con il senso di perdita, colpendo primariamente una funzione corporea che mina profondamente non solo il caposaldo dell'identità maschile costituito dalla potenza sessuale-capacità di riproduzione, ma anche l'identità femminile nella sua componente legata alla non possibilità di raggiungere la maternità, modificando quindi l'identità della coppia, bloccata da un arresto del ciclo vitale.

L'infertilità entra a far parte della storia della coppia e non può essere dimenticata, spesso si assiste ad alterazioni della comunicazione (Froggio, 2000): talvolta la lunga ricerca di un figlio, le indagini mediche di lunghezza esasperante condizionano la coppia a non aver più una dimensione e a vivere per un fantasma inseguito. In altri casi la comunicazione mostra un progressivo restringimento fino a farsi rarefatta: ognuno dei due si costruisce spazi propri, vicarianti dello stare insieme che niente produce e riproduce.

L'erotismo ne soffre (Froggio, 2000). I rapporti sessuali per le coppie con un sospetto di infertilità, spesso perdono la spontaneità, perché sono programmati in giorni precisi. Alcune ricerche sottolineano che in queste situazioni sono le donne a prendere spesso l'iniziativa togliendo naturalezza e creando ansia. Un circolo vizioso: lo stress influisce negativamente sulla possibilità di concepire. A volte l'ansia provoca l'eiaculazione precoce, interpretabili come un tentativo inconscio di "fare fretta" per ottenere un risultato gravidico.

L'incapacità di procreare rappresenta un attacco alla virilità maschile, che provoca un senso di impotenza non solo generativa ma sessuale. Per lenire la ferita narcisistica molti uomini si rifugiano in relazioni sessuali puramente occasionali.

Uno studio sui problemi psicosessuali in uomini con diagnosi di infertilità (Ramadan et al.,2003) ha riscontrato che alcuni uomini possono sperimentare disfunzioni sessuali di natura psicogena in risposta a questo tipo di diagnosi.

Tutti i comportamenti sessuali sono destabilizzati, l'infertilità comporta un disequilibrio da tutti i punti di vista. I disturbi sessuali possono essere, dunque, conseguenza oltre che causa dell'infertilità: dopo un lungo periodo di insuccesso nel concepire (circa due anni), il desiderio e la soddisfazione sessuale risultano significativamente ridotti.

Sulla base dei dati emersi da uno studio nordamericano condotto dal Prof. Jain, (2000) chi ne risente di più è l'uomo, con una riduzione fino al 60% della libido e della soddisfazione sessuale, mentre nella donna questo calo è presente soltanto nel 25% dei casi. Inoltre, quando alla coppia viene comunicato che l'infertilità è di origine maschile, il 63% degli uomini sperimenta un periodo di impotenza, mentre l'87% delle donne prova rabbia ed elabora idee di abbandono, del compagno, sebbene con forti sensi di colpa.

Il modello psicofisiologico integrato (Ruggieri, 1988) ha esplorato che ruolo ha nell'infertilità la rappresentazione mentale che la donna ha di se stessa e in particolar modo il vissuto immaginativo delle donne sterili rispetto al loro apparato riproduttivo (Della Giovampaola et al.,2004). Il punto di partenza della ricerca è che l'attività degli organi (utero e apparato riproduttivo) non è regolata soltanto dal sistema neurovegetativo e da quello neuroendocrino, ma da un complesso processo neurofisiologico che è definito Immagine Corporea. Secondo il modello psicofisiologico, l'immagine corporea elaborata a livello della corteccia cerebrale sulla base delle afferenze sensoriali estero-proprio ed interocettive, costituisce un ponte input e output in quanto modula e regola sulla base delle informazioni ricevute l'attività della periferia del corpo.

La ricerca intendeva esplorare la rappresentazione e la percezione che pazienti sofferenti di sterilità avevano dell'utero rispetto alle donne del gruppo di controllo, in base all'ipotesi che un'alterata rappresentazione sia responsabile a sua volta di un'alterata regolazione funzionale.

Il campione della ricerca era formato da 40 soggetti, divisi in due gruppi omogenei per età, luogo di provenienza ed estrazione sociale, vista le necessità di intervenire su donne il cui l'immaginario circa il proprio addome non fosse stato ancora modificato dall'intervento di approfondimenti diagnostici, il gruppo sperimentale era costituito da donne con diagnosi di sterilità primaria in cui era stata esclusa l'infertilità del coniuge, mentre il gruppo di controllo era formato da donne aventi nessuna patologia ginecologicamente rilevante.

Per misurare la rappresentazione dell'utero è stato usato il test proiettivo Somatic Inkblot series (S.I.S.) di Cassel (1980), per la rappresentazione dello stomaco il test Body Catexis di Jourard e Record (1995) e una scheda autovalutativa formulata sulla base delle due indagini preliminari.

I risultati preliminari hanno confermato l'ipotesi iniziale mostrando differenze nell'immaginario e nella percezione dell'addome in donne sterili e non sterili. Un dato significativo che è emerso da questa ricerca riguarda la scala della S.I.S. "ansia e minaccia" che mostra come, da un punto di vista psicofisiologico, le donne sterili presentano un elevato controllo dell'ansia, sono più ansiose delle donne non sterili e negano la loro ansia. La scheda di autovalutazione mostra un'attribuzione "positiva" di significato alla pancia maggiore nelle donne non sterili (che la considerano più "dolce", più "liscia", più "calda") che in quelle del gruppo sperimentale (che la definiscono "fredda", "agitata", "strana").

Questi risultati lasciano ipotizzare che l'ipercontrollo su alcune esperienze emozionali, possa rappresentare una concausa che contribuisce a preparare il terreno accanto ad altri fattori biologici, e a dare forma alla patologia.

Le strategie di coping nell'infertilità di coppia

Le ricerche relative all'influenza che personalità e stile di coping possono avere sul vissuto psicologico conseguente alla diagnosi di sterilità sono ancora oggi piuttosto scarse e quasi tutte condotte su donne sottoposte a trattamenti per l'infertilità.

Lancastle e collaboratori (2005) sostengono che la disposizione all'ottimismo (intesa come caratteristica stabile di personalità che genera delle aspettative positive anche di fronte a problemi rilevanti) influisca positivamente non solo sulla salute fisica e psicologica, ma anche sulla risposta biologica ai trattamenti per l'infertilità.

Gridon e collaboratori (2004) hanno invece indicato gli stili di coping di "evitamento" e "autocritica" come migliori predittori di malessere psicologico in uomini e donne sterili; questi risultati confermano quanto rilevato precedentemente da Reverson e Jordan (1999).

Più recentemente, Peterson e collaboratori, (2006) hanno indagato la relazione tra sintomi depressivi e stili di coping in uomini (506) e donne (520) con diagnosi di sterilità. Per stabilire gli stili di coping utilizzati dai soggetti è stato somministrato il Ways of Coping Questionnaire (WCQ), costituito da 66 items suddivisi in 8 sottoscale (coping del confronto; distacco; autocontrollo; ricerca del supporto sociale;

accettazione della responsabilità; evitamento/fuga; piano di problem-solving; rivalutazione positiva). Per misurare i livelli di depressione è stato utilizzato invece il Beck Depression Inventory (BDI).

I risultati evidenziano che le donne riportano livelli di depressione statisticamente superiori rispetto agli uomini. Gli stili di coping “evitamento/fuga” e “accettazione della responsabilità” sono risultati correlati positivamente ai livelli di depressione; al contrario livelli di depressione e coping “ricerca del supporto sociale” e “piano di problem-solving” sono correlati negativamente. Tra le donne soltanto le strategie di “distacco” e di “rivalutazione positiva” sono risultate associate ai punteggi più bassi di depressione.

Ozkan M. et al., (2006) hanno cercato di determinare l’insorgenza, la gravità e la diagnosticabilità dei sintomi psichiatrici in donne turche non fertili e gli effetti che l’esperienza di infertilità può avere sulla vita sessuale e coniugale. Gli autori hanno riscontrato che depressione, ansia e gravità dei sintomi psicologici erano significativamente più alti nel gruppo delle donne infertili (n=50), rispetto al gruppo di controllo (n=40).

I sintomi depressivi diminuivano all’aumentare dello status socio-economico e del livello di istruzione. Infertilità, trattamento dell’infertilità e durata del matrimonio erano correlati positivamente con la depressione e la gravità dei sintomi psicologici. Le relazioni sessuali erano intaccate negativamente quanto più a lungo si protraeva nel tempo il trattamento dell’infertilità. Le difficoltà relazionali e sessuali inoltre apparivano centrali nel favorire lo stress conseguente all’infertilità. In base ai risultati ottenuti i ricercatori hanno concluso che bisogna riservare un’attenzione particolare all’identificazione dei problemi psichiatrici nelle donne non fertili.

Uno studio più recente (Kraaij V., Garnefski N., Vlietstra A., 2008), attraverso la somministrazione del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) e del Symptom Check list (SCL-90), ha esaminato la relazione tra le caratteristiche dell’infertilità, le strategie di coping e i sintomi depressivi in soggetti con diagnosi di infertilità definitiva (n=169). Rispetto allo studio di Ozkan (2006) i risultati hanno evidenziato che quasi nessuna delle caratteristiche di infertilità era correlata con i sintomi depressivi, mentre le strategie di coping “autocritica”, “ruminare” “catastrofico” e “rivalutazione positiva” erano positivamente correlate ai sintomi depressivi. Questi dati suggeriscono che un programma di intervento rivolto a soggetti infertili dovrebbe prestare particolare attenzione alle strategie di coping utilizzate.

Sempre in riferimento agli interventi da effettuare in caso di infertilità, ricordiamo lo studio di Lechner et al., (2007) in cui è stata investigata la relazione tra stile di coping (attivo – passivo), il grado di soddisfazione legato al supporto sociale ricevuto dai gruppi di supporto primari e i sintomi di distress dovuti alla mancanza di figli.

Il campione della ricerca (n=116) era formato da uomini e donne che cercavano di avere i bambini con il proprio partner, ma erano incapaci di concepire e avevano ammesso la loro impossibilità di avere i figli.

I soggetti sperimentali hanno completato un questionario per il coping (Utrecht coping List), il Social Support List (SSL-D), la versione ridotta del Questionnaire on Experienced Health Complicated Grief-Revised (ICG-R), adattato a questo studio.

I risultati hanno mostrato che le donne sperimentano maggiori disturbi fisici, maggior ansia e sintomi depressivi e maggior angoscia rispetto alla popolazione generale. L'analisi delle regressioni ha mostrato che le strategie di coping passivo e l'insoddisfazione dovuta al supporto sociale erano positivamente correlati ai disturbi fisici, depressione, ansia e angoscia.

Il costrutto di coping attivo era negativamente associato alla depressione, all'ansia e all'angoscia.

Questo ed altri studi simili (Van den Akker *Ob.*, 2005), hanno dimostrato che gli interventi psicosociali dovrebbero continuare anche dopo che la diagnosi di infertilità diventa definitiva.

Si ipotizza, infatti, che nelle coppie che utilizzano strategie di coping attivo e richiedono supporto, le conseguenze negative dovute alla mancanza di figli possono diminuire.

La maggior parte degli studi che si occupa delle strategie di coping nell'infertilità, esamina quali particolari strategie vengono utilizzate dagli individui per affrontare l'esperienza dell'infertilità. Sebbene indagare questa dimensione sia importante, questi studi non riescono a mostrare l'impatto che il coping di uno dei due partner ha sul distress individuale dell'altro.

Poiché l'infertilità è uno stressor condiviso nell'ambito della coppia, esaminare l'impatto del coping del partner è particolarmente rilevante. Peterson et al., (2006) hanno ipotizzato che i processi di coping che risultano benefici per gli individui, possono influire negativamente su uno dei partner. Questo studio ha dimostrato che le coppie in cui l'uomo utilizza un'elevata quantità di coping del distacco rispetto alle proprie partner, riportano livelli più alti di distress rispetto alle coppie del gruppo di controllo. Viceversa, le coppie in cui le donne usano alte quantità del coping di autocontrollo rispetto agli uomini, riportano più alti livelli di distress.

Simili sono i risultati di uno studio più recente (Peterson, B.D., et al., 2008) su un campione di 1169 donne e 1081 uomini prima che iniziassero il trattamento per la riproduzione assistita.

I risultati ottenuti evidenziano che l'uso da parte del partner di un coping fuga/evitamento è correlato ad un aumento del distress personale, di coppia e sociale sia negli uomini che nelle donne. L'utilizzo da parte delle donne del coping confronto attivo è associato ad un aumento del distress coniugale nel partner. L'uso nel partner del coping basato sulla ricerca di significato è correlato ad una diminuzione del distress coniugale negli uomini e ad un aumento del distress sociale nelle donne.

Anche se per il momento è solo un'ipotesi, si ritiene comunque che le strategie di coping utilizzate dal partner giochino un ruolo importante nelle abilità che l'altro partner utilizza nell'affrontare l'esperienza di infertilità. I medici e quanti si occupano di salute mentale, possono aiutare le coppie con diagnosi di

infertilità a comprendere le strategie di coping che inducono un aumento o una diminuzione del distress nel proprio partner.

Le strategie di coping nelle donne con diagnosi di infertilità

In risposta alla diagnosi di infertilità le donne esperiscono livelli superiori di stress psicosociale rispetto agli uomini; esse si preoccupano di più, si assumono più responsabilità e sono più attive nel ricercare una soluzione adeguata al problema. Diversi studi (Schmidt et al., 2005; Wischmann et al., 2006) evidenziano che le donne tendono ad essere più stressate dall'esperienza di infertilità e dal relativo trattamento medico rispetto ai propri compagni, anche quando la diagnosi di infertilità non è direttamente attribuibile ad esse o è ambigua.

D'altro canto sembra che le donne ricerchino maggiori informazioni ed assistenza e siano più abili ad identificare e ad accedere ad ulteriori forme di supporto sociale esterno alla coppia (Peterson et al., 2006).

Davis D.C. e Dearman C.N. (1991) hanno esplorato i pattern di coping utilizzati dalle donne infertili e hanno identificato sei tipi di coping nell'infertilità:

- Individuazione di strategie per tenere lontani da sé il ricordo dell'infertilità;
- Istituzione di modi per riprendere il controllo;
- Azioni per incrementare l'autostima;
- Ricerca di altri significati da attribuire all'infertilità;
- Lasciarsi andare ai sentimenti;

Condivisione del peso della diagnosi con gli altri.

Lamas et al.,(2006) hanno confrontato la presenza di alessitimia in donne infertili e donne che non hanno mai avuto problemi di fertilità. Il campione della ricerca era formato dal gruppo delle donne infertili (73) e dal gruppo di controllo delle donne fertili (32). Ad entrambi i gruppi, per misurare l'alessitimia, sono stati somministrati il Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e il Bermond Vorst Alexithymia (BVAQ), mentre attraverso interviste semi-strutturate, è stata indagata la storia medica, la diagnosi attuale e nel corso del tempo, dei disturbi psichiatrici.

Le donne infertili hanno mostrato punteggi di alessitimia significativamente più elevati rispetto alle donne fertili. I punteggi di alessitimia, tuttavia, non costituivano una variabile discriminante tra le donne con infertilità inspiegata e le donne con infertilità ad eziologia organica. La prevalenza della diagnosi psichiatrica non differiva tra i due gruppi di soggetti. I risultati ottenuti sollevano il quesito se l'alessitimia secondaria può essere considerata una strategia di coping nelle donne con disturbi di infertilità, ma i ricercatori non sono stati in grado di dare una risposta a tale domanda. Il limite della ricerca, e la relativa impossibilità di generalizzare i risultati, è dato dal campione troppo piccolo e dalla mancanza in letteratura di risultati di altre ricerche sull'alessitimia nelle donne infertili.

Occorre, pertanto, replicare la ricerca e valutare altri aspetti della regolazione affettiva nelle pazienti infertili.

Le strategie di coping negli uomini con diagnosi di infertilità

Russell Webb, (1999) rendendosi conto che in letteratura poche ricerche si sono occupate di come vivono l'esperienza di sterilità gli uomini, ha deciso di effettuare uno studio in cui ha somministrato interviste a uomini sterili ponendo la seguente domanda: "Come vivono gli uomini sterili l'esperienza di sterilità?". Da questo studio sono emersi alcuni temi fondamentali che rappresentano il modo in cui gli uomini reagiscono a questa esperienza:

1. Un senso di profondo dolore e perdita
2. Un senso di impotenza e Perdita di controllo
3. Un senso di inadeguatezza
4. Un senso di isolamento e Tradimento
5. Un senso di minaccia
6. La necessità di un riesame positivo della situazione e del Sé.

Nelle coppie con infertilità ad eziologia maschile, gli uomini mostrano risposte emotive più negative all'infertilità, compresi sentimenti di stigma, senso di inadeguatezza, rabbia, vergogna, frustrazione, calo di autostima. Nel gestire i sentimenti relativi all'infertilità, gli uomini utilizzano spesso diniego, evitamento e ritiro dentro loro stessi e sono meno portati a cercare supporto sociale o l'apporto di specialisti della salute mentale. Gli uomini cercano un sostegno psicologico soprattutto per capire e gestire meglio le difficoltà della partner e per prevenire una conseguente crisi nella relazione di coppia (Wischmann T. et al., 2006; Schmidt L. et al., 2003 b).

Morelli et al., (2000) hanno verificato la possibile influenza dello stress sui parametri seminali, ipotizzando anche una correlazione con determinate caratteristiche di personalità. Gli strumenti utilizzati per verificare tale ipotesi sono stati il TAS-20, il Coping Inventory for Stressful Situations (che valuta tre dimensioni: coping orientato all'evitamento, coping orientato all'emozione e coping orientato al dovere) e l'Eysenck Personality Questionnaire. Lo studio ha evidenziato una correlazione positiva tra nevroticismo e parametri seminali e una correlazione negativa tra tali parametri e la difficoltà nel descrivere i sentimenti.

Pook et al., (2000), avendo come punto di riferimento il modello psicobiologico della fertilità maschile proposto da Hellhammer et al., (1989), nel loro studio hanno verificato l'esistenza di una correlazione negativa fra coping attivo (coping del confronto, ricerca del supporto sociale, accettazione della responsabilità, piano di problem- solving, rivalutazione positiva) e concentrazione spermatica, evidenziando come tale correlazione sia più elevata di quella tra coping passivo (distacco, autocontrollo, evitamento-fuga) e concentrazione spermatica. Il campione della ricerca era formato da 55 uomini con

diagnosi di infertilità inspiegata e spermatogenesi nella norma. Ai soggetti sperimentali è stato somministrato un questionario per valutare il tipo di coping utilizzato (attivo o passivo) in relazione all'infertilità (Ways of Coping Questionnaire) e al distress ad esso associato (Infertility Distress Scale). Attraverso approfondite analisi cliniche effettuate su ciascun soggetto è stato fissato un valore medio di concentrazione spermatica nel liquido seminale. I dati emersi hanno confermato le ipotesi iniziali, dimostrando, di conseguenza, la validità del modello psicobiologico della fertilità maschile di Hellhammer e collaboratori (1989) e ponendo le basi per una migliore comprensione dell'infertilità maschile.

Un altro contributo importante ci viene dato da De Gennaro et al., (2003) i quali hanno condotto uno studio ipotizzando la correlazione tra fattori psicosociali e parametri seminali.

Da 280 uomini sono stati selezionati due campioni di 37 soggetti, uno composto esclusivamente da soggetti normospermici e l'altro da soggetti oligospermici. Gli strumenti utilizzati sono stati la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), per misurare le tre dimensioni dell'alestitimia (difficoltà ad identificare le emozioni e a distinguere tra emozione e sensazioni corporee; difficoltà a descrivere le emozioni; pensiero orientato all'esterno), l'Eysenck Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), per valutare lo stile di coping nelle situazioni stressanti.

Dall'analisi dei coefficienti di correlazione è emerso che la difficoltà nel descrivere i sentimenti (una delle dimensioni dell'alestitimia) e lo psicoticismo possono essere considerati come predittori di anomalie nella qualità del seme. Questo studio ha confermato e in parte ampliato il risultato ottenuto precedentemente da Conrad e collaboratori (2002) su un campione di 94 uomini fertili.

Uomini e donne dinnanzi all'infertilità: differenza di genere

Uomini e donne utilizzano un'ampia gamma di strategie di coping per affrontare lo stress associato all'infertilità. Sebbene ricerche del passato abbiano aiutato a comprendere questi processi di coping, rimangono aperte questioni circa le differenze di genere nell'utilizzo di queste strategie e la natura della relazione tra coping e stress conseguente all'infertilità.

In uno studio Paterson et al., (2006) hanno esaminato come uomini e donne sottoposti a IVF affrontano lo stress dell'infertilità. I partecipanti, 520 donne e 506 uomini, hanno completato il Ways of Coping Questionnaire, il Fertility Problem Inventory e il Diadic Adjustment Scale. Dai risultati è emerso che le donne impiegano quantità proporzionalmente maggiori di coping del confronto, accettazione delle responsabilità, ricerca del supporto sociale e evitamento/fuga rispetto agli uomini, mentre questi utilizzano una quantità maggiore di distacco, autocontrollo e piano di problem-solving. Sia per le donne che per gli uomini, lo stress conseguente all'infertilità era positivamente correlato con evitamento/fuga e accettazione delle responsabilità e negativamente correlato con la ricerca del supporto sociale, piano di problem-solving e distacco. Dalle analisi dei punteggi di coping, questo studio ha identificato il centro delle differenze di genere nelle differenti strategie di coping con cui uomini e donne affrontano l'infertilità. I

risultati ottenuti gettano nuova luce sull'uso che uomini e donne fanno del coping nell'esperienza di infertilità e come il coping sia correlato allo stress legato all'infertilità e aggiustamento coniugale. Nell'ambito di un intervento psicologico rivolto a coppie sottoposte a IVF, pertanto, è auspicabile individuare e incoraggiare l'utilizzo di strategie di coping che favoriscono una migliore gestione dello stress. Ricerca di supporto sociale e pianificazione del proble-solving, scoraggiando di contro, le strategie che aumentano lo stress come evitamento/fuga e accettazione delle responsabilità.

Le strategie di coping messe in atto da coppie con diagnosi di infertilità sono state oggetto di numerosi studi i quali hanno evidenziato come mentre all'inizio gli uomini tendono ad essere più ottimisti e sembrano meno colpiti dall'evento, le donne manifestano subito una reazione più drammatica: delusione, depressione e disperazione sono sentimenti che l'accompagnano, seppur in maniera più modesta, durante tutto il corso di tale esperienza (Froggio, 2000).

Sono state avanzate diverse ipotesi per spiegare tali differenze.

Innanzitutto è importante sottolineare che in genere i vari trattamenti per l'infertilità sono rivolti alle donne, la terapia può essere penosa o causa di effetti collaterali e di conseguenza i punteggi di misure relative ai disturbi emozionali (più alti nelle donne) potrebbero essere falsati dal vissuto di angoscia generato dal fatto di essere sottoposte a trattamenti più o meno invasivi (Chenet al., 2001).

Vi sono, pertanto, modi diversi di vivere l'infertilità a seconda del genere sessuale. Ciò è dato anche dal significato diverso che viene attribuito alla maternità e alla paternità (Hardy et al., 1999). Mentre la maternità, infatti, è definita biologicamente e la madre è colei che porta in grembo il figlio, il padre è il marito o il compagno della madre, almeno socialmente. L'essere madre nasce durante la gravidanza, il parto, e si consolida durante i primi mesi di vita attraverso l'allattamento. La paternità invece passa attraverso il ruolo nel concepimento e si costruisce alla nascita. Di conseguenza anche l'infertilità si carica di connotati differenti per l'uomo e per la donna, significati che sono modulati anche dal contesto socioculturale in cui la coppia è inserita.

Spesso la "colpa" viene attribuita alla donna creando delle difficoltà nel coinvolgimento del partner necessario per poter affrontare il problema. Le donne vivono in maniera più negativa la condizione di infertilità perché non è solo un fallimento biologico che mette in discussione il fondamento stesso della femminilità, ma è anche motivo di biasimo sociale. Le reazioni più comuni sono quindi depressione, ansia, bassa autostima, rabbia, biasimo, rassegnazione e ostilità. Nell'uomo invece si traduce più in un senso di incapacità a riprodursi, ma spesso non intacca il funzionamento sociale ed emotivo.

Da alcune ricerche condotte su coppie infertili, emerge che la condizione di infertilità ha un'influenza importante sulla personalità di questi soggetti, in particolare ci si riferisce alla tendenza alla riservatezza e chiusura della coppia nei confronti dell'ambiente esterno.

Si osservano:

- Introversione;
- Ansia;
- Scarsa flessibilità e disponibilità;
- Rigidità del pensiero;
- Diffidenza;
- Eccessivo attaccamento verso l'immagine del sé.

Fassino et al., (2000) hanno condotto uno studio per valutare la personalità in coppie con sterilità organica e coppie con sterilità inspiegata (o funzionale). I soggetti sono stati esaminati attraverso il Temperament and Character Inventory che misura quattro dimensioni per il temperamento (ricerca di novità, evitamento del danno, dipendenza dalla ricompensa, persistenza) e tre dimensioni per il carattere (auto direzionalità, cooperatività, autotrascendenza). Dal confronto tra le coppie del gruppo “sterilità organica” e le coppie del gruppo di controllo (soggetti senza problemi di sterilità) è emerso che non ci sono differenze significative nel temperamento e nel carattere, mentre i soggetti con sterilità funzionale (sia uomini che donne) mostrano punteggi di “evitamento del danno” più elevati sia rispetto al gruppo di controllo che rispetto ai soggetti del gruppo “sterilità organica”. I soggetti con alti punteggi di “evitamento del danno” sono in genere descritti come prudenti, passivi, paurosi ed insicuri, inclini ad inibire il proprio comportamento in relazione a stimoli dannosi e a reagire ad eventi stressanti con alti tassi di ansia e depressione (Sadock et al., 1999).

Secondo una prospettiva biologica, inoltre, alti punteggi di “evitamento del danno”, correlati a bassi livelli di serotonina, responsabile della modulazione del comportamento sessuale, potrebbero influire negativamente appunto sulla sfera sessuale o modificare livelli ormonali o altri parametri biologici, quando una situazione è percepita come stressante, inclusa la responsabilità di concepire un bambino (Garzano et al., 2002).

Dalla ricerca di Fassino (2000) emerge che le donne con sterilità inspiegata mostrano punteggi più bassi di “autodirezionalità” rispetto alle donne con sterilità organica e a quelle appartenenti al gruppo di controllo, sebbene le differenze non siano significative. Di solito la scarsa “autodirezionalità” è correlata ad immaturità, tendenza alla critica verso gli altri e percepita come una responsabilità per la quale esse non si sentono all'altezza. Nel caso in questione, questo potrebbe essere percepita come una responsabilità per la quale esse non si sentono all'altezza.

Altri ricercatori hanno rilevato la presenza di insoliti profili di personalità in coppie sterili che potrebbero rappresentare sia la causa che l'effetto della sterilità. Tendenza alla riservatezza, introversione, diffidenza, ansia, senso di colpa, eccessivo attaccamento alle proprie idee, significativamente più marcate in coppie infertili che nei rispettivi gruppi di controllo (Csemiczky et al., 2000). Gli uomini, inoltre, presentano una scarsa attività esplosiva, scarsa iniziativa, insicurezza e mancanza di reattività ai

cambiamenti e alle novità. Questa situazione si traduce in maggiore ansia relativa alla paternità. Gli uomini non sono in grado di pensarsi come futuri padri, o non si sentono in grado di gestire questo cambiamento della loro vita.

Ulteriori studi hanno poi evidenziato come gli uomini sottoposti a tecniche di fecondazione (in particolare IVF) siano più soggetti a depressione clinica, isolamento sociale e ridotto successo sul lavoro (Saleh et al., 2001).

Le donne invece mostrano una certa immaturità, una mancanza di progettualità riguardo al sé, sono più critiche e più chiuse verso gli altri, e hanno difficoltà ad accettare le proprie responsabilità. Anche in questo caso si rivela un senso di inadeguatezza alla maternità. In generale, si riscontra una difficoltà nell'investimento emozionale verso i bisogni altrui, e una mancanza di maturità che alimenta la situazione di stress all'interno della relazione.

Queste osservazioni vengono confermate anche da altre ricerche, effettuate con differenti strumenti di diagnosi psichiatrica, su donne sottoposte a IVF (Salvatore et al., 2001). In particolare viene confermata la presenza di elevati livelli di ansia e di tensione emozionale. Non sono stati rilevati livelli patologici di depressione o di disordini di personalità, ma una certa tendenza all'ipocondria e alla paura di avere un corpo malato e non funzionante. Ansia, somatizzazione e ipocondria, sembrerebbero essere tratti distintivi di donne che si sottopongono per la prima volta a tecniche di fecondazione.

Si delinea inoltre un profilo di passività e di emotività particolarmente evidente nella relazione con il partner. Infatti, oltre a essere caratterizzate da maggiore riservatezza, pessimismo e da una leggera depressione, le donne hanno la tendenza a delegare le responsabilità al partner, ma al tempo stesso sono anche più critiche e insoddisfatte del partner, e sono anche più critiche e insoddisfatte della loro relazione, sia da un punto di vista emozionale che sessuale.

E' presente quindi un'indiretta aggressività che convive con sentimenti di vittimismo e atteggiamenti di rimprovero e di colpa verso il partner. Al tempo stesso è presente uno stile comunicativo di tipo seduttivo che rimanda all'isteria. Si rende necessario, quindi, nello studio delle coppie infertili, non soltanto analizzare caratteristiche predisponenti (quali l'ansia, la maturità, la "disponibilità" al cambiamento...), ma anche le capacità di gestione dello stress e l'equilibrio della coppia.

Riassumendo, gli effetti della diagnosi di sterilità sulla coppia possono essere in:

Effetti emotivi: shock, depressione, senso di lutto, rabbia e senso di colpa

Effetti sulla identità personale: senso di disistima, dubbi sull'identità di sé e su quella coniugale, perdita di significato dell'intera esistenza.

Effetti sulla relazione coniugale: ostilità, paura dell'abbandono, isolamento dal partner, ma anche sostegno reciproco e avvicinamento.

Effetti sulla vita sociale: senso di accettazione, isolamento dalle amicizie o dalla famiglia di origine.

Ad ogni modo, le coppie si rendono conto che in questo momento delicato è necessario avere un supporto psicologico, infatti, il 97% di coloro che si rivolgono a un centro per il trattamento della sterilità afferma che il servizio psicologico è necessario, mentre il 50% richiede un'assistenza psicologica o psicoterapeutica in prima persona (Daniluk, 1988).

Sussistono notevoli differenze di genere nella reazione alla diagnosi di sterilità: i maschi sembrano reagire con maggiore ottimismo, assumono un atteggiamento possibilista, che può risultare ambiguo agli occhi della moglie, in realtà cercano di trattenere i propri sentimenti, parlando di meno del problema perché si sentono in colpa e colpiti nella loro vitalità, perdendo la stima di sé. La reazione della donna è invece drammatica: mostra, apertamente delusione, depressione, disperazione. Per Stephenson (1987, in Froggio, 2000) la capacità di procreare e la genitorialità sono per le donne fra gli aspetti più importanti per la definizione della propria identità, forse è per questo che dimostrano maggiore coraggio e costanza nel portare avanti le terapie, sono le prime a recarsi dallo specialista ed effettuare le indagini preliminari.

Pottinger et al., (2006) hanno rintracciato le differenze di genere nelle strategie di coping utilizzate da coppie infertili e la relazione tra coping e distress psicologico in coppie sottoposte alla fecondazione in vitro. I risultati hanno evidenziato che le donne sono più a rischio di autocommiserazione e di isolamento a causa del significato che attribuiscono all'infertilità e presentano maggiori difficoltà rispetto agli uomini. Se si confronta la frequenza con cui donne e uomini infertili utilizzano particolari strategie di coping, si nota come gli uomini facciano un uso inferiore di tali strategie rispetto alle loro compagne (Peterson et al., 2006).

In uno studio del 1999, Jordan C. et al., hanno dimostrato che l'infertilità è un fattore di stress sia per le mogli che per i mariti. Un risultato innovativo rispetto al passato in cui la letteratura ha sottolineato come l'infertilità sia un fattore di stress soprattutto per le donne. Questa differenza tra i risultati delle diverse ricerche sull'argomento è da imputarsi alla inferiorità numerica degli studi in cui sono stati inclusi anche gli uomini/mariti. Poiché l'esperienza di infertilità risulta diversa tra uomini e donne, anche le strategie di coping utilizzate sono differenti. Ciò è da tenere ben presente nella pianificazione di un intervento rivolto ad una coppia con diagnosi di infertilità. In una situazione simile il coping deve essere considerato sia a livello individuale che a livello di coppia in modo da evidenziare le differenze di genere.

Conclusioni

La diagnosi di infertilità comporta profonde trasformazioni e determina uno squilibrio notevole sia nella persona sia nella relazione di coppia. Ancora oggi, nella cultura della nostra società, la fecondità è considerata come un dono e il suo opposto, la sterilità, una sorta di maledizione destinata a mutare irreversibilmente il vissuto delle relazioni sessuali. Nel passato, la sterilità della donna, ha costituito il motivo della colpa da espiare con il ripudio. Solo in tempi più recenti si è accertata l'origine maschile, nella quasi metà dei casi di infecondità, dovuta essenzialmente alla inadeguatezza dello sperma. In alcuni

casi, la problematica può interessare contemporaneamente entrambi i partner. Recentemente l'infertilità è stata oggetto di una maggiore attenzione da parte dei media e dell'opinione pubblica, grazie alle nuove acquisizioni tecnologiche in materia di riproduzione assistita.

Essendo le possibili cause di infertilità numerose, gli accertamenti clinici si estendono a largo spettro in tutte le direzioni, dopo aver opportunamente valutato la frequenza, i tempi dei rapporti e la presenza di difficoltà sessuali. Oltre alle indagini specifiche per il maschio e per la femmina vengono verificate altre variabili, come i fattori comportamentali, emozionali e psicologici.

Nella eziopatogenesi dell'infertilità, le componenti psicologiche e somatiche prospettano una varietà di combinazioni e lasciano scientificamente inspiegabili un certo margine di casi.

Ma quali dinamiche di cambiamento può provocare la diagnosi di infertilità? Quali sono gli esiti disfunzionali che è possibile rilevare nella vita sesso-relazionale della coppia o del singolo conseguentemente alla privazione o riduzione delle capacità riproduttive?

Numerosi studi e indagini hanno consentito di rispondere a queste domande aprendo nuovi scenari psicologici che hanno portato a inquadrare l'infertilità come una condizione che si svolge nel tempo e che investe totalmente l'esperienza di coppia, ridisegnandone la fisionomia. La letteratura clinica ha mostrato come in tali circostanze prevalga nella coppia un senso di incapacità e un sentimento di vuoto che si riversano inevitabilmente sulla sfera sessuale producendo insoddisfazione e depressione (Pancheri, 1979). Se per la donna possono emergere elaborazioni angosciose e carenze nel desiderio sessuale, per l'uomo la perdita di potenza attiva difficoltà psicologiche e si traduce in sentimenti di inferiorità e di inadeguatezza. Molti dei comportamenti reattivi, adottati per evitare una definizione troppo compromettente delle proprie capacità, finiscono invece con il segnalare palesemente il vissuto di impotenza (Rifelli, 1998). Sarebbero tali le condotte dongiovannesche di taluni che tentano di compensare l'inadeguatezza procreativa con l'intensificarsi delle conquiste femminili (Stoller, 1975). Alcune donne, invece, ricercano soluzioni di vita nel volontariato o nell'assistenza che rappresenterebbero l'equivalente della maternità ormai impossibile. La coppia, segnata dalla "diversità", sembra rinchiudersi in un modo di malattia e fluttua tra speranza e rassegnazione, solitudine e sofferenza, sperimenta una vera e propria "crisi di vita" (Menning, 1975).

Un'altra fase del processo riguarda i cambiamenti importanti nell'identità del singolo e della coppia. Nel caso in cui si crea una discrepanza tra autorappresentazione e le esperienze psicologiche e fisiologiche che la producono, si verifica una "crisi di identità" (Ruggeri, 2001). L'infertilità è appunto una di quelle condizioni in cui, a vari livelli, si verifica tale discrepanza: l'idea di famiglia come genitorialità in contrasto con l'impossibilità di avere dei figli genera un senso di improduttività con la conseguente percezione di perdita di prestigio (Identità Sociale); la coppia vive un senso di smarrimento e spesso questo si traduce in una difficoltà comunicativa e distanza emotiva (Identità di Coppia). Gli effetti che la diagnosi di infertilità possono avere sul funzionamento psichico degli individui non è tuttavia categorico,

ma al contrario, come confermano più ricerche, dipende da diversi fattori (sesso dei soggetti, eziologia, caratteristiche di personalità, durata della condizione di infertilità).

Per quanto riguarda il rapporto tra fattori psicologici e infertilità, emergono tre linee di studio centrali che riguardano:

I fattori psicologici nell'eziologia dell'infertilità;

L'impatto dell'infertilità sul funzionamento psicologico;

Le strategie di adattamento all'infertilità (coping strategies) e gli aspetti della consulenza psicologica alle coppie infertili (Edelmann, Connolly, 1986).

I primi due filoni di ricerca riconoscono tra loro un rapporto dialettico e a volte contrapposto nel cercare di stabilire se una specifica condizione psicologica preesistente può indurre infertilità o se piuttosto non sia l'esperienza stessa dell'infertilità a produrre una specifica condizione psicologica. Si tratta di dare un senso ai risultati di molte ricerche del passato che rilevavano una maggiore incidenza di disturbi psicologici (ansia, depressione, stress, nevrosi, immaturità) nelle persone in cura per problemi di fecondità (Pasini, 1978).

Ricerche più recenti hanno evidenziato che i livelli di depressione nelle donne con diagnosi di infertilità sono maggiori sia rispetto agli uomini con la stessa diagnosi (Peterson, 2006), sia rispetto alle donne fertili (Ozkan, 2006). Le donne infertili, inoltre, presenterebbero livelli maggiori di disturbi fisici, ansia, sintomi depressivi, se paragonate alla popolazione generale. Di parere contrario, tuttavia, i risultati emersi da uno studio di Kraaij (2008) in cui è emerso che l'infertilità non sarebbe correlata a nessun sintomo depressivo.

Alcuni studi sembrano suggerire un minor coinvolgimento emotivo degli uomini rispetto alla diagnosi di infertilità, se paragonati alle donne (Saleh, 2005) e l'assenza di ansia e depressione negli uomini a prescindere dall'esito della fertilizzazione in vitro (Verhaak, 2005).

Le ricerche sulle conseguenze psicosociali e psicosessuali hanno dimostrato che le donne manifestano livelli di stress psicosociale più elevato rispetto agli uomini (Schmidt, 2005), mentre da un punto di vista sessuale che ne risente di più è l'uomo, con una riduzione fino al 60% della libido e della soddisfazione sessuale, mentre nella donna questo calo è presente soltanto nel 25% dei casi (Juan, 2000). Gli uomini inoltre, riportano un distress più marcato in quei casi in cui vi è un fattore maschile di infertilità e questo perché la capacità di procreare è una delle dimensioni fondanti l'identità di genere maschile (Righetti, Luisi, 2007).

Anche l'erotismo ne soffre (Froggio, 2000). I rapporti sessuali per le coppie con sospetto di infertilità, spesso perdono spontaneità, perché sono programmati in giorni precisi. Alcune ricerche sottolineano che in queste situazioni sono le donne a prendere spesso l'iniziativa, togliendo naturalezza e creando ansia. Gli effetti dell'infertilità sulla vita sessuale della coppia risultano essere tanto più negativi quanto più i

trattamenti per l'infertilità si protraggono nel tempo (Ozkan, 2006). Le ricerche sulle conseguenze psicosociali e psicosessuali risultano utili per orientare gli interventi di supporto durante i lunghi accertamenti diagnostici.

Le ricerche relative all'influenza che personalità e stile di coping possono avere sul vissuto psicologico conseguente alla diagnosi di sterilità sono ancora oggi piuttosto scarse e quasi tutte condotte su donne sottoposte a trattamenti per l'infertilità, continuano ad essere scarsi gli studi che si occupano delle strategie di coping attivo (ricerca del supporto sociale, coping del confronto, accettazione delle responsabilità, piano di problem-solving, rivalutazione positiva) e strategie di coping passivo (distacco, autocontrollo, evitamento/fuga) e di come queste vengono usate da uomini e donne. Lechner (2007) ha rintracciato una correlazione negativa tra coping attivo e sintomi depressivi, ansia e angoscia e una correlazione positiva tra coping passivo e questi stessi fattori in un campione composta da uomini e donne. Se si confronta la frequenza con cui donne e uomini infertili utilizzano particolari strategie di coping, si nota come gli uomini facciano un uso inferiore di tali strategie rispetto alle loro compagne (Peterson et al., 2006). Numerose ricerche evidenziano le differenze di genere nell'utilizzo di queste strategie e come tali meccanismi varino non solo in base al sesso, ma anche in base alla diagnosi di sterilità (Kowalcek et al., 2000). Tali differenze nell'affrontare l'esperienza di infertilità dipendono dal diverso significato attribuito alla maternità e alla paternità dai coniugi.

Questo dato, come dimostrano, la maggior parte delle ricerche, è da tenere ben presente nella pianificazione di un intervento rivolto ad una coppia con diagnosi di infertilità, in cui, appunto, si dovrebbe prestare attenzione alle strategie di coping utilizzate. Si ipotizza, infatti, che nelle coppie che utilizzano strategie di coping attivo e richiedono supporto, le conseguenze negative dovute alla mancanza di figli possano diminuire. Si ipotizza, inoltre, che le strategie di coping utilizzate dal partner giochino un ruolo nelle abilità che l'altro partner utilizza nell'affrontare l'esperienza di infertilità. I medici e quanti si occupano di salute mentale, possono aiutare le coppie con diagnosi di infertilità a comprendere le strategie di coping che inducono un aumento o una diminuzione del distress nel proprio partner.

Nelle coppie con diagnosi di infertilità, inoltre, ciascun partner ha una propria percezione dell'infertilità, a volte diversa rispetto all'altro partner e da ciò consegue un disagio differente.

Gli aggiustamenti psicologici che è possibile osservare in queste coppie sono correlati con le percezioni che ciascun partner ha del problema dell'infertilità. Nella pianificazione di un intervento psicologico rivolto a queste coppie risulta utile osservare la relazione esistente tra percezione/aggiustamenti psicologici conseguenti alla diagnosi di infertilità al fine di rilevare modelli di coppie a rischio per aggiustamenti scarsi o insufficienti (Benyamini et al., 2008).

Gli interventi psicosociali dovrebbero continuare anche dopo che la diagnosi di infertilità è definitiva.

In conclusione si può ipotizzare che le ricerche che si occupano delle strategie di coping utilizzate da coppie con diagnosi di infertilità, possono indirizzare un intervento più specifico nel fornire alla coppia gli strumenti per affrontare l'iter diagnostico e terapeutico, dopo aver rilevato eventuali meccanismi disadattivi, promuovendo di più adattivi.

La consulenza psicologica dovrebbe rappresentare parte integrante dei programmi diagnostico-terapeutici, ponendosi sin dall'inizio come una forma di contenimento dell'ansia e della frustrazione. Un altro importante obiettivo dovrebbe essere quello di minimizzare l'impatto degli eventi medici e fisici che la coppia deve affrontare, tramite una costante informazione e presa di coscienza sugli esami specialistici da fare, sulle loro finalità, nonché una serena valutazione dei risultati più a rischio, selezionando per ogni coppia l'intervento più appropriato. Sono numerosi gli aspetti psicologici che emergono da una diagnosi di infertilità. Ormai anche la comunità medico-scientifica si è resa conto del peso che il disagio psicologico può avere nel percorso di fecondazione assistita, ma ancora gli interventi non sono sufficientemente concreti e mirati verso il sostegno della coppia.

Nel caso specifico della fecondazione assistita uno strumento importante per far fronte ai disagi di un simile trattamento, si è rivelata la formazione di gruppi di auto-aiuto che permette alle coppie di condividere l'esperienza e i sentimenti da essa generati con altre coppie che si trovano nella medesima situazione.

Bibliografia

- Andreotti, S. Bucci, A.R., Marozza, M.I., (2003). Gravidanza e fivet: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici in www.psychomedia.it
- Applegarth, L.D., (1999). Individual counselling ad psychotherapy
- Balistreri, S., De Gennaro, L. (2003). Fattori psicosociali e infertilità maschile: una rassegna della letteratura empirica. *Medicina Psicosomatica*; 48: 17-48.
- Basson, R., (2000) in Simonelli, C.,(2006). L'approccio integrato in sessuologia clinica. Franco Angeli , Milano.
- Bresnick, E., A holistic approach to the treatment of the crisis of infertilità. *Journal of Marital and Family therapy*, April 1981, 181-188.
- Carani, C., Manara, F., Marrana, P., (1985). La diagnostica delle disfunzioni sessuali. Raffaello Cortina, Milano.
- Cecotti, M., (2004). Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione. Armando Editore, Roma.
- Cittadini, E., Flamigni, C., Forleo, R., Sbiroli, C., (1986). Identità femminile. Attuali orientamenti clinici. Cofese Ed. Palermo.
- Coeffin-Driol, C., Giami, A., (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature. *Gynecologie Obstétrique et fertilité*. 32: 624-37.
- Cohen, H.R., (1961). The psychosomatic factor in infertility. *International Journal of fertility*, 6: 369-373.
- Colombo, R., (1999). Diagnosi e terapia della sterilità, procreazione medicalmente assistita e fecondazione artificiale in Scabini, E., Rossi, G., (a cura di) *Famiglia generativa o famiglia riproduttiva. Il dilemma etico nelle tecnologie della fecondazione assistita*. Vita e pensiero, Milano.
- Cook E.P., (1987). Characteristics of the Biopsychosocial Crisis of Infertility. *Journal of counselling and development* vol. 65.
- D'Arrigo M. (2008). Se I bambini non arrivano. L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico. Liguori Editore, Napoli.
- De Gennaro, L., Balistreri, S., Lenzi, A., Lombardo, F., Ferrara, M., Gandini, L. (2003). Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic me. *Fertility and Sterility*, 79: 1571-1576.

- Dèttore, D., (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Mc Grawv-Hill, Milano.
- Della Giovampaola, S., Arena, C.F.M.L., Sabbatucci, A.R., (2004). Immaginario e percezione dell'addome in donne sterili. *Editoriale della Rivista Pratica Psicofisiologica*, vol. 3, n. 1.
- Dondero, F., Lombardo, F., Gandini, L., Lenzi, A., (1998). Ambiente e fertilità maschile in Simonelli, C., Petrucelli, F., Vizzari, V., *Sessualità e terzo millennio* vol. 1.
- D'Ottavio, G., Simonelli, C., (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Eunpu D.E., (1995). The impact of infertility and treatment guidelines for couplet therapy. *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 23, No. 2.
- Fassino, S., Garzano, L., Peris, C., Aminato, F., Pierò, A., Daga, G., (2002). Temperament and character in couplet with fertility disorders: a couple bind controller study. *Fertility and Sterility*, 77.
- Fido, A., Zahid, M.A., (2004). Coping with infertility among Kuwait women: cultural perspectives. *Int. J. Soc. Psychiatric*, 50 (4): 294-300.
- Freud, S., (1905). *Tre Saggi sulla teoria sessuale*. Borlinghieri, Torino, 1993.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Borlinghieri, Torino, 1975.
- Froggio, G., (2000). *Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità*. San Paolo.
- Gonzales L.O., (2000). Infertility as a transformational process: a frame work for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21:619-633.
- Hart V.A.,(2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23:31-41
- Isaksson, R., Tiitinen, A., (2004). A present concept of unexplained infertility. *Gynaecol Endocrinology*, 18 (5):278-90.
- Jordan, C., Reverson, T.A., (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal Behav. Med.*, (2004), 22 (4): 341-358.
- Kainz, K., (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues* vol. 11, Issue 6: 481-485.
- Kraaij, V., Garnefski, N., (2008). Cognitive coping and depressive symptom in definitive infertility. A prospective study. *Journal of Psychosomatic obstetrics and Gynaecology*, 29:9-16.
- Lalli, N., Liberti, N., (1996). In *Informazione Psicologia Psicoterapia*, 28/29, giugno-dicembre, pp.27-30.
- Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., Corcos, M., (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of psychosomatic obstetrics and Gynaecology*, 27 (1): 23-30.
- Lazarus, R.S., (1991). *Emotion and adaptation*. London: Pxxford University Press.
- Lechner, L., Bolman, C., van Dalen, A., (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22 (1): 288-294.
- Lingiardi, V., (2001). *La personalità e i suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano.
- Menning, B.E., (1975). The infertile couple: a plan for advocacy. *Child Welfare*, 54: 454-460.
- Menning, B.E., (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, vol. 34, pp. 313-319
- Michetti, P.M., Rossi, R., Bonanno, D., De Dominicis, C., Iori, F., Simonelli, C., (2007). Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. *Journal of Sexual Medicine*, 4:1462-1467.
- Myers L.B., Wark L.,(1996). Psychotherapy for infertility: a cognitive –behavioral approach for couples. *The American Journal of Family Therapy*, vol. 24, No.1.
- Morelli, G., De Gennaro, L., Ferrara, M., Dondero, F., Lenzi, A., Lombardo, F., Gandini, L., (2000). Psychosocial factors and male seminal parameters. *Biological Psychology*, 53 (1):1-11.
- Moro, M., Carrara, M., Iacchia, C., Pala, A., Rossetto, G., Rossi, R., (2003). Sessualità ed infertilità di coppia. *Rivista di Sessuologia Clinica*, 10 (2):35-44.
- Ozkan, M., Baysal, B., (2006). Emoziona distress of infertile woman in Turkey. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, 33 (1): 44-46.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Skaggs, G.E., (2006). Gender differences in how men and women who referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Schimidt, L., (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*.
- Pook, M., Krause, W., Rohrle, B., (2000). A validation study on the negative association between an active coping style and sperm concentration. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (3): 249-254.
- Pottinger, A.M., McKenzie, C., Fredericks, J., Da costa, V., Wynter, S., Everett, D., Walter, Y., (2006). Gender differences in coping with infertility among couplet undergoing counselling for in vitro fertilization treatment. *West Indian Medical Journal*, 55 (4):237.
- Rifelli G., (1998). *Psicologia e psicopatologia della sessualità*. Il Mulino, Bologna.

- Righetti, P.L. (2001). I vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: interventi e protocolli integrati medico psicologici. *Contracezione Fertilità Sessualità*, volume 28, n.3.
- Righetti, P.L., Luisi, P., (2007). *La procreazione assistita: aspetti psicologici e medici*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Ruggieri, V., (2001). *L'identità in psicologia e teatro. Analisi psicofisiologica della struttura dell'Io*. Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma.
- Salhe, R.A., agarwal, A., (2001). Sexual dysfunction in men undergoing fertility evaluation. *Fertility and Sterility*.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offiani, A., coppola, F., Amore, M., Maggini, C., (2001) Psychopathology, personality and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*.
- Santona, A., (2003). Trasformazione della coppia percorso verso la genitorialità adottiva. *Minori Giustizia*, vol. 1, 3:29-38.
- Simonelli, C., (1996). *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*. Franco Angeli, Milano.
- Suls J., Fletcher B., (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A metaanalysis. *Health Psychol*, 4:249.
- Taccani, C., (2005). *La procreazione tra scienza e tecnica. Il desiderio di un figlio e le risposte della medicina*. Novara, Sede de La nuova Regaldi.
- Tarabusi M., Volpe A., Facchinetti F., (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couplet scheduled for assisted re production. *J. Psychosom Obstet Gynecol*; 25: 273-279.
- Ugolini, V., Baldassari, F., (2001). Valutazione della vita sessuale in uomini affetti da sterilità attraverso SESAMO. *Rivista di Sessuologia* Vol. 25, n.4.
- Van de Akker O.B., (2005). Coping, quality of life and psychological symptom in three groups of sub-fertile women. *Patient Educ. Couns.*, 57 (2):183-189.

Autore Brigida De Camillis

Specializzata a Roma, training Mancini

e-mail: brigida.decamillis@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it