

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II**



DIPARTIMENTO STUDI UMANISTICI

Dottorato di ricerca in Mind, Gender and Languages

Ciclo XXX

***Strategie di coping, qualità di vita, adattamento diadico
e salute psicologica nelle coppie infertili:
un approccio multidimensionale***

Dottoranda:
Maria Francesca Cattaneo Della Volta

Tutor:
Maria Clelia Zurlo

Coordinatore
Prof.ssa Maura Striano
A/A 2017/2018

INDICE

Capitolo I

L'infertilità, definizione, cause, effetti della diagnosi e vissuti psicologici delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

I.1 Infertilità eziopatogenesi e relazione di coppia	p.5
I.2 Fattori causali dell'infertilità	p.15
I.3 La complessa dinamica tra tensioni biologiche, richieste sociali e contenuti inconsci nel desiderio di un figlio	p.25
I.4 Il decremento dei tassi di fecondità complessiva	p.30
I.5 Perinatalità psichica e dinamiche della filiazione	p.34
I. 6 Letteratura sugli aspetti psicologici legati all'infertilità	p.45
I.7 Tecniche di procreazione medicalmente assistita e vissuti psicologici correlati.	p.53

Capitolo II

Strategie di coping, adattamento diadico e qualità della vita nelle coppie infertili.

II.1 Strategie di coping e differenze di genere nell'infertilità di coppia.	p.62
II.2 La scelta del partner: genesi della coppia e motivi della crisi	p.80
II.3 Vissuti psicologici individuali e di coppia connessi all' infertilità	p.82
II.4 La qualità della vita: multidimensionalità di un costrutto	p.88

Capitolo III

Effetti principali e combinati delle caratteristiche di personalità e del tipo di diagnosi su adattamento diadico, qualità di vita e salute psicologica delle coppie infertili

III.1 Il fronteggiamento dello stress da parte delle coppie: infertilità e coping	p.94
III.2 Il coping diadico e la soddisfazione di coppia	p.96
III.3 Obiettivi	p.107
III.4 Metodologia	p.108
III.5 Risultati	p.114
III.6 Discussione	p.127

Capitolo IV

Effetti principali e combinati del tipo di diagnosi e della durata dell'infertilità sulla soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva e adattamento diadico totale.

IV.1 La genitorialità trasformazioni e mutamenti nelle forme e nei significati	p.130
IV.2 La sterilità nella coppia e le differenze di genere	p.131
IV.3 L'impatto della sterilità sull'adattamento psico-sociale dell'uomo	p.135
IV.4 Interventi psicologici nel percorso di PMA e durata dell'infertilità	p.139
IV.5 Obiettivi	p.141
IV.6 Metodologia	p.142
IV.7 Risultati	p.147

IV.8 Discussione	p.154
------------------	-------

Capitolo V

Eventi stressanti nella vita dei pazienti infertili e tipo di diagnosi: effetti principali e combinati su qualità di vita, ansia di stato, depressione e adattamento diadico.

V.1 L'anamnesi e la raccolta dei dati bio-psico-sociali	p.156
V.2 Gli eventi stressanti e la reazione individuale dei soggetti	p.159
V.3 Il ruolo degli eventi psicosociali stressanti	p.164
V.4 Le strategie di coping	p.168
V.5 Aspetti disposizionali del coping e variabili demografiche	p.169
V.6 Il costrutto dell'adjustment e la qualità della vita di coppia	p.172
V.7 Obiettivi	p.175
V.8 Metodologia	p.176
V.9 Risultati	p.183
V.10 Discussione	p.204
Bibliografia	p.210

Capitolo I

L'infertilità, definizione, cause, effetti della diagnosi e vissuti psicologici delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

I.1 Infertilità, eziopatogenesi e relazione di coppia

Fin dall'antichità la sterilità è stata pregiudizialmente attribuita alla componente femminile della coppia e ancora oggi è consuetudine che in caso di mancata procreazione vengano eseguite indagini sulla fertilità femminile. La fertilità maschile è messa in discussione secondo un criterio di esclusione.

Solo recentemente, anche a causa del progressivo deterioramento delle caratteristiche seminali maschili, si è potuto verificare che, sostanzialmente, l'infertilità si distribuisce in egual misura tra maschi e femmine.

Non sembra quindi sorprendente che anche la ricerca sul ruolo dei fattori psicologici nell'etiologia dell'infertilità si sia indirizzata prevalentemente verso lo studio della donna. In un articolo sull'infertilità psicogena (Pantesco, 1986) furono prese in considerazione oltre trenta ricerche dal 1942 al 1983. Come rileva l'autore, soltanto in una ricerca il campione era composto esclusivamente da soggetti di sesso maschile. Questo dato ci sembra piuttosto indicativo. In effetti, la ricerca sui fattori psicologici, potenzialmente correlati con l'infertilità maschile, appare ancora in una fase, per certi versi, pionieristica (Edelmann et al., 1986; Wright et al., 1989) sia rispetto allo studio dei fattori psicologici coinvolti nell'eziopatogenesi dell'infertilità femminile che nei confronti della ricerca sull'impatto psicologico dell'infertilità e della diagnosi di infertilità sulla relazione di coppia e sui singoli partner (cfr. Scatoletti). Più in generale, a prescindere dalla modesta attenzione nei confronti dell'infertilità maschile, la ricerca in questo campo, almeno fino agli anni '70, aveva prevalentemente un carattere aneddótico e non sistematico. Solo negli ultimi anni i ricercatori si sono dimostrati più rigorosi da un punto di vista metodologico, sia per l'uso di strumenti standardizzati che per le dimensioni del campione. Resta il fatto che l'indagine intorno al ruolo dei fattori psicologici nell'etiologia dell'infertilità maschile appare in una fase decisamente sperimentale. Infatti, anche se l'ipotesi che i fattori emotivi possano svolgere un ruolo rilevante nell'eziopatogenesi dell'infertilità sembra

riscuotere un certo consenso da parte della comunità scientifica, a tutt'oggi l'unico dato su cui i ricercatori sembrano concordare riguarda l'influenza dello stress cronico sulla spermatogenesi (Stauber,1979).

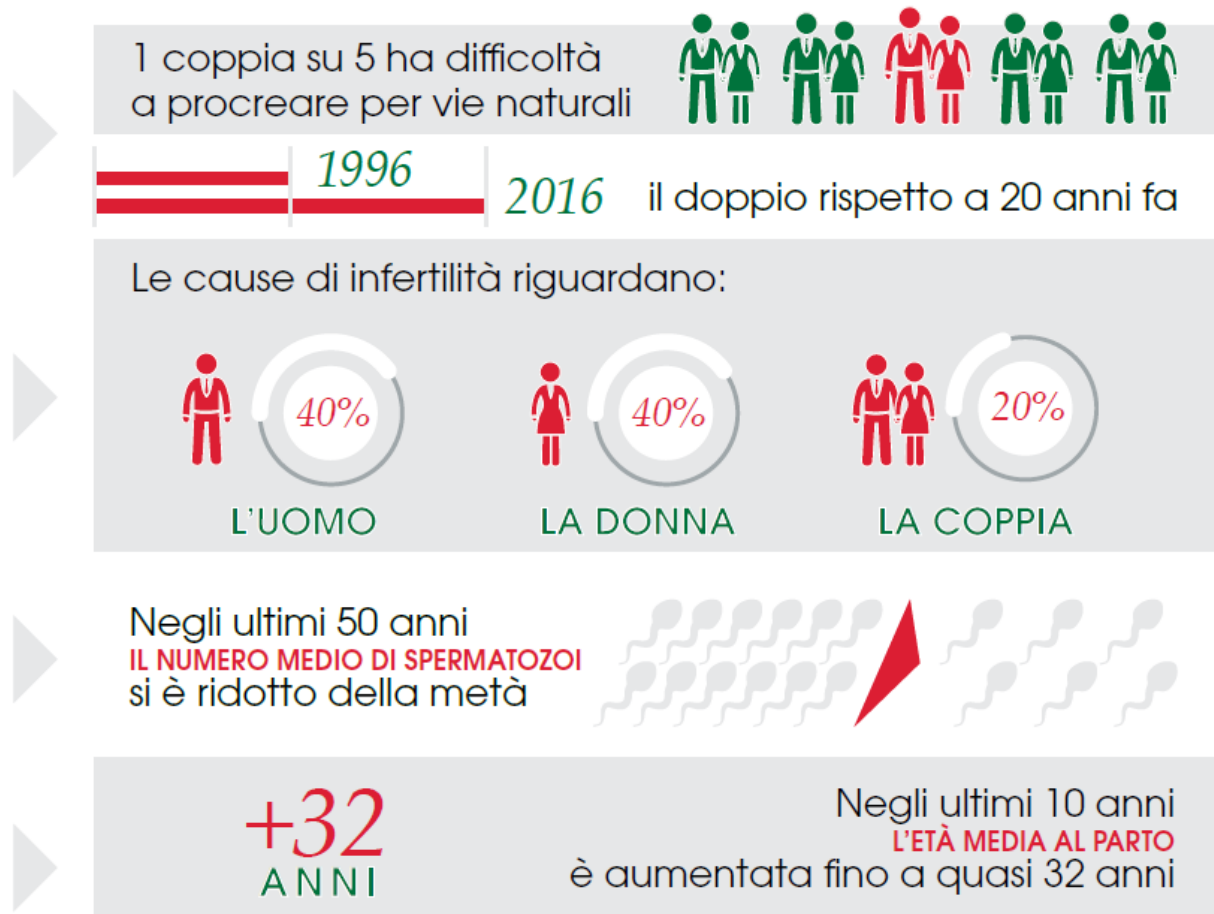


Figura 1 (Ministero della Salute 2017)

Non sono ancora del tutto noti i meccanismi di azione dello stress sulla spermatogenesi, tuttavia, è chiaramente riconosciuta l'influenza del sistema nervoso centrale sulla regolazione dei neurotrasmettitori e degli ormoni come, ad esempio, la prolattina e l'FSH. Un ruolo importante potrebbe anche essere svolto dalle endorfine che sono in grado di bloccare la secrezione delle gonadotropine. La relazione tra stress cronico o acuto e spermatogenesi (Stauber,1979; Agostini et al.,1979) sembra sufficientemente confermata dagli studi condotti su soggetti sottoposti a condizioni altamente stressanti, come una condanna a morte, l'internamento in campi di

concentramento, l'esperienza della guerra (Walker,1978; Carenza et al.,1979; Urry,1977; Sandler,1968; Mc Fall,1979). Non solo esperienze limite come la condanna a morte hanno potenti effetti sulla spermatogenesi ma anche condizioni legate al quotidiano, come nel casi di soggetti sottoposti a stress cronico o acuto sul lavoro, in famiglia o in altri aspetti dell'esistenza (Stauber,1979; Kreuz et al.,1972; Amelar et al.,1977; Palti,1979; Boyarsky et al.,1983; Negro,1993). In tutte queste ricerche i soggetti presentavano una condizione di azoospermia o oligospermia transitoria che variava al modificarsi delle condizioni stressanti. In altre ricerche è stato evidenziato un significativo miglioramento dei parametri seminali a seguito della somministrazione di placebo o successivamente ad un trattamento psicoterapeutico al fine di alleviare una condizione di stress e di ansia (Zondek et al.,1948; Kleegman et al.,1966).

A parte l'evidente influenza della stress sulla spermatogenesi la ricerca intorno ai specifici fattori psicologici o tratti di personalità in grado di interferire con la fertilità non sembra aver raggiunto dei risultati particolarmente soddisfacenti.

Secondo Hellhammer (1985) e Huber (1985), gli uomini infertili o ipofertili presentano punteggi più elevati nei test che misurano la capacità di risposta (coping) allo stress, l'estroversione e l'adattamento sociale, mentre i soggetti depressi e/o con tratti nevrotici, presentano indici di fertilità migliori.

Il campione delle due ricerche (rispettivamente 117 e 101 soggetti) era composto da uomini sposati che si erano rivolti, a causa di un sospetto di infertilità, ad un centro per lo studio e la terapia dell'infertilità per effettuare l'analisi del liquido seminale. Nella prima ricerca (Hellhammer et al.,1985), vennero misurati i parametri seminali, i livelli ormonali e alcuni tratti psicologici quali l'umore, la socialità, l'aggressività, l'ansia, l'estroversione, la capacità a resistere agli stressor, etc. Le diverse variabili furono correlate tra di loro. Il campione sperimentale era composto da soggetti che, a seguito delle analisi seminali, risultarono infertili (41), mentre il gruppo di controllo raggruppava i soggetti risultati fertili (73).

Nella ricerca successiva (Huber et al.,1985) furono misurati i parametri seminali ed ormonali di soggetti, che contemporaneamente vennero sottoposti ad un test di personalità allo scopo di differenziare soggetti con una struttura di personalità di tipo psicosomatico da quelli con una personalità nevrotica.

Dall'analisi dei risultati della prima ricerca, sembra che i soggetti più estroversi, con un maggior adattamento sociale ed una risposta allo stress di tipo attivo (active coping) presentino una minore fertilità rispetto ai soggetti caratterizzati da un adattamento passivo allo stress e da una personalità di tipo nevrotico. Studi sperimentali su animali, effettuati per evidenziare gli effetti dello stress sulla funzione gonadica, sembrerebbero confermare la correlazione tra adattamento attivo allo stress ed una minore funzione testicolare (Hellhammer et al.,1984).

Dall'analisi dei dati della seconda ricerca, sembra che i soggetti infertili o ipofertili presentino caratteristiche di personalità sovrapponibili a quelle dei pazienti psicosomatici che sono caratterizzati da una relazione rigida con la realtà e da un iperadattamento alle strutture sociali e ai valori dominanti (personalità superegoiche). Diversamente, i soggetti che presentano tratti depressivi, nevrotici e si dimostrano più introversi, evidenziano indici di fertilità migliori.

Questi dati sembrano dimostrare che tra i fattori sottostanti alla condizione di infertilità bisognerebbe includere la tossicità esistenziale (stile di vita e di risposta allo stress) oltre alla tossicità ambientale in senso lato.

L'ipotesi che uno stile di vita, caratterizzato da iperadattamento sociale, estroversione, autoassertività e risposta attiva agli eventi e agli stimoli esterni, possa essere correlato con una bassa fertilità, appare piuttosto suggestiva. Non sembra così sorprendente che in una società che premia e valorizza atteggiamenti centrati sulla realizzazione e l'affermazione individuale, la funzione riproduttiva segni il passo o sia relegata sullo sfondo. In effetti, come sottolineano diversi autori, la cronica attivazione di risposte adattative allo stress, volte alla sopravvivenza individuale, può interferire negativamente, da un punto di vista biologico, con la funzione riproduttiva (Pancheri, Zichella,1987; Deragna et al.,1994).

Tuttavia, sia Hellhammer che Huber ritengono che questi dati debbano essere considerati con cautela, da una parte per l'estrema variabilità nel tempo dei parametri seminali e dall'altra per evitare di correre il rischio di confondere le cause con gli effetti. Infatti, anche se i test utilizzati in queste ricerche, tendono a misurare atteggiamenti e caratteristiche di personalità abbastanza stabili nel tempo, è possibile supporre che questi

dati possano essere il risultato di una attiva compensazione sociale da parte dei pazienti in risposta a dubbi e timori rispetto alla propria capacità riproduttiva.

Nel tentativo di valutare questi lavori da un punto di vista metodologico, condividiamo le diverse critiche che vari autori (Wright et al.,1989; Edelman et al., 1986; Graziottin,1989) rivolgono a coloro che si sono occupati della ricerca in questo ambito e che riguardano:

a) la durata dell'infertilità. In quasi tutte le ricerche i soggetti non sono stati esaminati al primo contatto con le strutture mediche, in assenza quindi di una precisa diagnosi, ma in un momento successivo ad una diagnosi di infertilità e in alcuni casi durante il trattamento terapeutico. Solo in tre ricerche (Kedem et al.,1990; Hellhammer et al.,1985; Huber et al.,1985), i soggetti vennero valutati in una fase iniziale dell'iter diagnostico. E' evidente, visto il forte impatto emotivo e psicologico di una diagnosi di infertilità, il rischio di confondere le cause con gli effetti;

b) diverse ricerche hanno preso in considerazione categorie diagnostiche poco indicative. Nella maggior parte dei casi (sette ricerche), non venne fatta nessuna discriminazione tra pazienti organici e funzionali. Solo in due ricerche il campione sperimentale era composto da pazienti infertili su base funzionale (Mai et al.,1972a; Harrison et al.,1986);

c) il gruppo di controllo presentava spesso numerosi problemi. Non sembra corretto comparare soggetti infertili con soggetti fertili, come ad esempio i donatori o le coppie in attesa di un figlio. Lo stesso atto di rivolgersi ad un centro medico per l'esame del liquido seminale, a fronte di un dubbio circa la propria fertilità, costituisce di per sé una variabile molto importante. Ne consegue la necessità di selezionare adeguati gruppi di controllo;

d) la mancanza di chiare ragioni teoriche che giustificassero le misure utilizzate;

e) alcune ricerche presentavano campioni sperimentali numericamente poco consistenti (O' Moore et al.,1985; Harrison et al.,1986; Platt et al.,1973; Mai et al.,1972).

f) non tutti i ricercatori hanno utilizzato metodi standardizzati. Ad esempio, l'intervista semistrutturata (Mai et al.,1972a-b) non consente l'affidabilità e la validità delle rilevazioni.

In conclusione, è possibile sottolineare che, se si esclude forse la ricerca sui rapporti tra stress, coping e parametri seminali, non emerge nessun rapporto univoco ed esclusivo tra uno specifico tratto psicologico e l'infertilità. La difficoltà nel definire il ruolo dei fattori psicologici nell'eziopatogenesi dell'infertilità si può forse spiegare, a prescindere dagli aspetti metodologici suddetti, con l'insistenza, da parte di molti ricercatori, a collocarsi all'interno di un paradigma riduzionistico che opera una netta distinzione tra infertilità psicogena ed organica. Appare più logico, considerando la grande variabilità e complessità degli eventi coinvolti nello studio della fertilità umana, collocare i disturbi della fertilità all'interno di un modello orientato in senso psicosomatico. Questo, dovrebbe indurci "ad uno studio articolato sui rapporti mente-corpo, che eviti le insidie della ricerca di improbabili rapporti esclusivi tra singola causa ed effetto e si apra invece ad un concetto eziopatogenetico multifattoriale" (Graziottin, 1989).

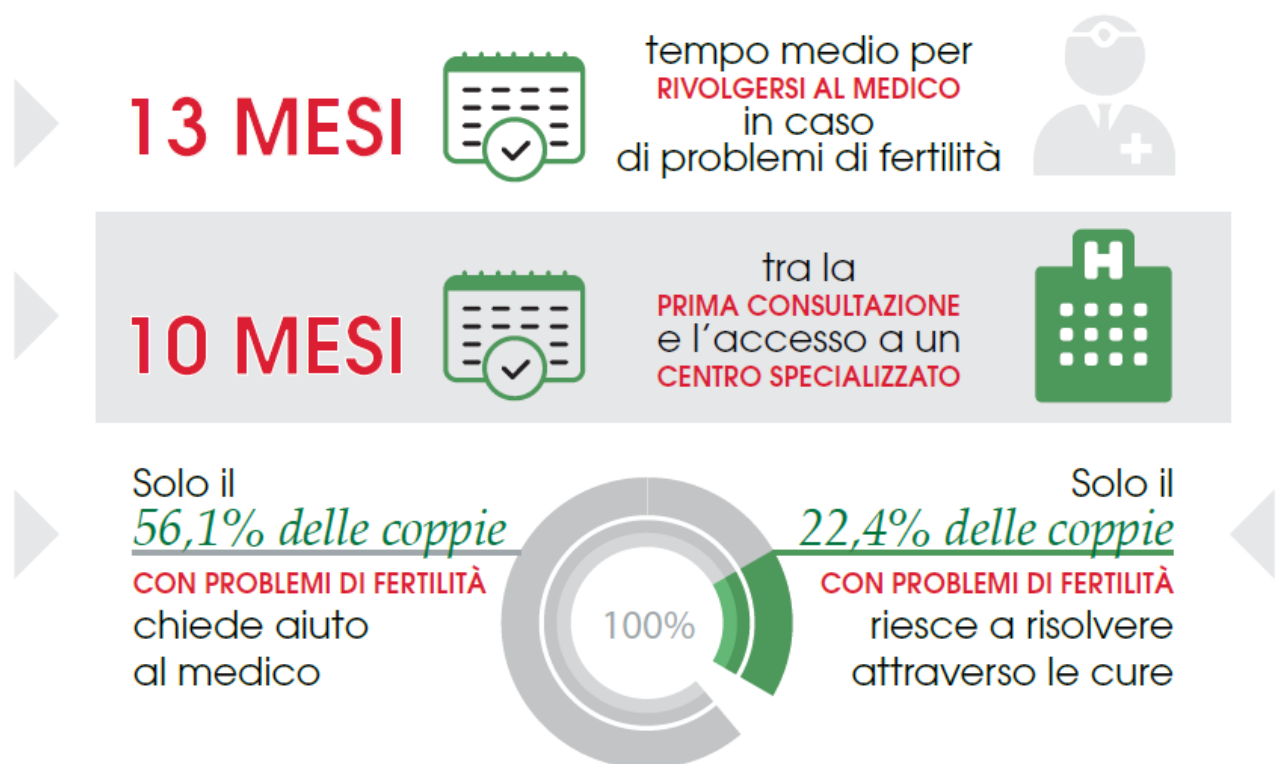


Fig.2 (Ministero della Salute, 2017)

La nostra cultura attribuisce ancora oggi molta importanza alla maternità, come elemento indissolubile e imprescindibile dell'identità femminile. La riproduzione è considerata

come la più basilare delle necessità dell'uomo, quasi che il vincolo del matrimonio, o il solo vivere insieme, comportino di per sé un "obbligo sociale e familiare a mettere al mondo un figlio".

Ciò spiega perché l'incapacità in questa funzione possa generare problematiche che coinvolgono quasi tutti gli aspetti della vita di un individuo o di una coppia (Greil et al., 1989).

L'infertilità porta all'alternarsi di molteplici reazioni come sorpresa, incredulità, rabbia, depressione, rifiuto, isolamento.

La prima reazione alla diagnosi di infertilità è la *sorpresa*. Soprattutto per le coppie che hanno pensato di pianificare la propria vita riproduttiva, adottando in passato metodi contraccettivi. La coppia non ammette di non riuscire più a controllare la propria vita, di non riuscire ad ottenere la gravidanza, con la stessa facilità con cui la evitava, quando non la desiderava.

L'infertilità è vissuta come esperienza di perdita di efficacia e di controllo sulla propria vita, sul proprio destino.

La coppia il più delle volte *rifiuta* lo stato di infertilità e sente il bisogno inconscio di attribuire il mancato concepimento a situazioni esterne. Questo induce a modificare il proprio stile di vita, sia in termini di abitudini alimentari e di attività fisica, sia in termini di attività sessuale. Ad esempio è abitudine, dopo il rapporto, porre un cuscino sotto il bacino per garantire la posizione supina ed evitare la fuoriuscita di liquido seminale.

L'infertilità è per la coppia un'importante sfida psicologica, ma è vissuta in modo diverso dall'uomo e dalla donna.

Nella *donna* l'impatto psicologico è usualmente più pesante e legato a diversi fattori:

1. ad una maggiore identificazione della donna in un ruolo di madre dal punto di vista sociale;
2. ad una maggiore importanza che la donna attribuisce alla gravidanza dal punto di vista del puro istinto naturale;
3. ad un impegno e stress maggiore che la funzione riproduttiva comporta sul piano fisico nella donna, anche quando avviene in condizioni fisiologiche.

Ancor di più quando si trova inserita in un programma di fecondazione assistita, dovendo subire tutto ciò che il protocollo comporta, dai ripetuti controlli ecografici, ai

prelievi di sangue, dalla stimolazione ovarica fino all'inseminazione o al più invasivo prelievo ovocitario con successivo trasferimento embrionario;

4. ad una maggiore tendenza rispetto al partner, a ricercare nella sua vita passata eventi che possano essere causa dell'infertilità, soprattutto in caso di precedenti interruzioni di gravidanza.

Nell'uomo, l'impatto psicologico è legato all'identificazione millenaria, profondamente radicata nell'inconscio personale e collettivo, tra *potentia coeundi* e *potentia generandi*.

Gli aspetti più specifici dell'impatto dell'infertilità sull'equilibrio psicosessuale maschile possono essere così riassunti:

1. l'uomo vive con ansia e disagio l'esame del liquido seminale, sia per le modalità di raccolta, sia per la necessità di astinenza dai rapporti. L'ansia suscitata dall'esame del liquido seminale è spesso motivata dal timore del giudizio che il medico e successivamente la sua partner daranno della sua fertilità e quindi di lui stesso;

2. negli uomini la componente ansiosa è molto più elevata in quelli che presentano alterazioni del liquido seminale, sia per il senso di responsabilità nei confronti della riuscita della procedura che per il senso di colpa verso la partner che si fa carico della maggior parte di esami e terapie;

3. la partecipazione del partner maschile è, nell'iter diagnostico- terapeutico, intermittente, discontinua e spesso passiva, la sua presenza è richiesta nella fase diagnostica e nel giorno dell'eventuale inseminazione;

4. l'uomo più della donna riesce a compensare la mancanza del figlio. Gli uomini, un po' per loro attitudine, un po' forse per il desiderio di mostrarsi forti e di mascherare l'ansia, tendono a farsi coinvolgere in altre attività, da quella lavorativa a quella sportiva.

In ogni caso, qualunque sia la modalità di reazione, è importante che i due partner sappiano relazionarsi tra di loro, comprendendo i bisogni e le paure dell'altro, mantenendo e rafforzando il loro equilibrio di coppia e la loro complicità.

Spesso, soprattutto nella donna, il senso di frustrazione e di fallimento si traduce in una vera e propria sindrome *depressiva* ad andamento ciclico, esacerbata dalla comparsa del flusso o da eventi esterni, come la nascita di un bambino in ambito familiare o nella cerchia di amici.

Molte coppie provano *rabbia* contro se stesse, rabbia contro gli altri che concepiscono un figlio senza sforzo. Rabbia a volte rivolta all'altro partner, che disattende le aspettative, che mostra indifferenza, forse mascherando una sofferenza. Rabbia verso l'équipe medica, con atteggiamenti spesso aggressivi. Ma non dimentichiamo che sentimenti di rabbia possono nascondere sentimenti di dolore, di ansia e paura.

La consapevolezza del proprio stato di incapacità riproduttiva si traduce, sia nell'uomo che nella donna, in una percezione negativa della propria immagine corporea, in una percezione di sé come fisicamente incapace e incompetente, sessualmente priva di attrattiva con conseguente perdita di autostima.

La maggior parte delle coppie che inizia una vita insieme ha consciamente o inconsciamente l'aspettativa di diventare genitore. Se il figlio non arriva, la coppia può interrogarsi sul valore e sul significato della loro unione. Uno dei due, in particolare la donna, può sviluppare un senso di insicurezza e di incertezza soprattutto se ha la percezione di non ricevere quel supporto emotivo di cui sente di aver bisogno in quel momento.

Questa "crisi" d'infertilità porta spesso all'*isolamento* della coppia dal contesto familiare e sociale che invece potrebbe fornire aiuto e sostegno.

È facile comprendere come l'infertilità possa scatenare in una persona una crisi profonda a 360 gradi.

La crisi di infertilità investe infatti la sfera della comunicazione, dell'attività sessuale e dei progetti futuri.

L'infertilità, quindi oltre che causare profonde sofferenze psicologiche individuali può interferire e alterare la relazione di coppia e la capacità di comunicazione tra i partner.

Le cause principali di infertilità femminile sono:

10/15 ANNI

15/20 ANNI

20/40 ANNI

DISTURBI ALIMENTARI

- INFEZIONI
- STILI DI VITA SCORRETTI
- DISTURBI OVULATORI STRUTTURALI

- DISTURBI OVULATORI
- OVAIO POLICISTICO
- INFEZIONI GENITALI
- FIBROMI E MIOMI
- ENDOMETRIOSI

LE PRINCIPALI CAUSE DELL'INFERTILITÀ

PRINCIPALI PATOLOGIE

Per le donne

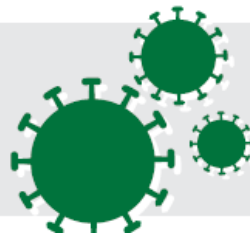
- SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO
- MIOMATOSI UTERINA
- ENDOMETRIOSI
- ALCUNE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



Per gli uomini

- CRIPTORCHIDISMO
- VARICOCELE
- DISTURBI DI EREZIONE

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



possono determinare

- STERILITA'
- GRAVIDANZE EXTRAUTERINE
- ABORTI PRE-TERMINE

Fig. 3 (Ministero della Salute, 2017)

I.2 Fattori causali dell'infertilità

In Italia, secondo una relazione avente come oggetto lo “Stato di attuazione della Legge N. 40/2004, Art. 15, in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)”, presentata dall'Istituto Superiore di Sanità (organo del Ministero della Salute) al Parlamento il 30 aprile 2008, si riscontrano i seguenti fattori causali:

Fattori causali infertilità	(%)
Fattore maschile	25,5%
Infertilità endocrina ovulatoria	16,9%
Endometriosi	6,0%
Fattore sia maschile che femminile	17,3%
Infertilità inspiegata	29,1%
Altro	5,3%

Sterilità femminile

La fertilità femminile è massima a circa 23 anni. Quindi decresce, anche se lentamente, fino a 30 anni, un po' più rapidamente tra i 30 e i 35, poi rapidamente dai 35 anni in su, fino alla menopausa, il periodo in cui nella donna cessa l'ovulazione.

CURVA DELLA FERTILITA' FEMMINILE

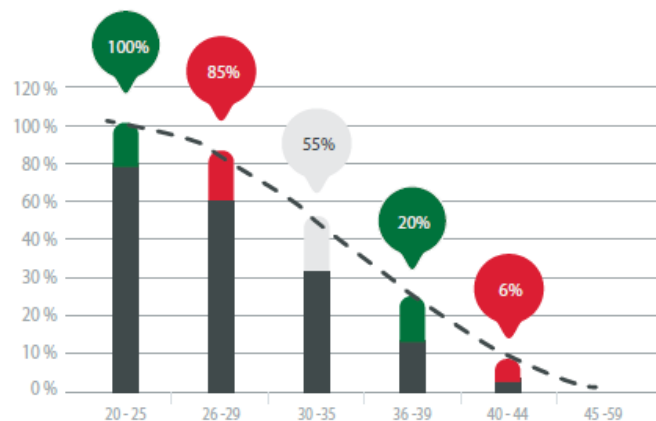


Fig. 4 (Ministero della Salute) 2017

Durante il ciclo mestruale l'ovulo è fecondabile tra il 17° e il 12° giorno prima delle mestruazione, fuori da questi giorni la fecondazione non è più possibile.

I fattori che possono impedire la fecondazione dell'ovulo sono molteplici e la valutazione nei singoli casi può divenire complicata. Tra la cause maggiormente oggetto di studio vi è la carenza di acido folico.

Possibili cause di infertilità femminile sono:

- Cause generali
 - Diabete mellito, disordini della tiroide, malattie alle ghiandole surrenali
 - Rilevanti malattie epatiche, o renali
 - Cause psicologiche
- Cause ipotalamiche-pituitarie:
 - Sindrome di Kallmann
 - Disfunzioni dell'ipotalamo
 - Iperprolattinemia
 - Ipopituitarismo
 - Sindrome di Cushing
- Cause ovariche
 - Sindrome dell'ovaio policistico
 - Anovulazione
 - Ridotta disponibilità ovarica
 - Disfunzione del corpo luteo
 - Menopausa prematura
 - Disgenesia gonadale (Sindrome di Turner)
 - Tumore ovarico
- Cause tubariche/peritoneali
 - Endometriosi
 - Aderenze pelviche

- Infiammazione pelvica (PID, generalmente dovuta a clamidia)
- Occlusione tubarica
- Cause uterine
 - Malformazione dell'utero
 - Fibrosi uterina (leiomioma)
 - Sindrome di Asherman
- Cause cervicali
 - Stenosi cervicale
 - Anticorpi antispermatici
- Cause vaginali
 - Vaginismo
 - Ostruzione vaginale

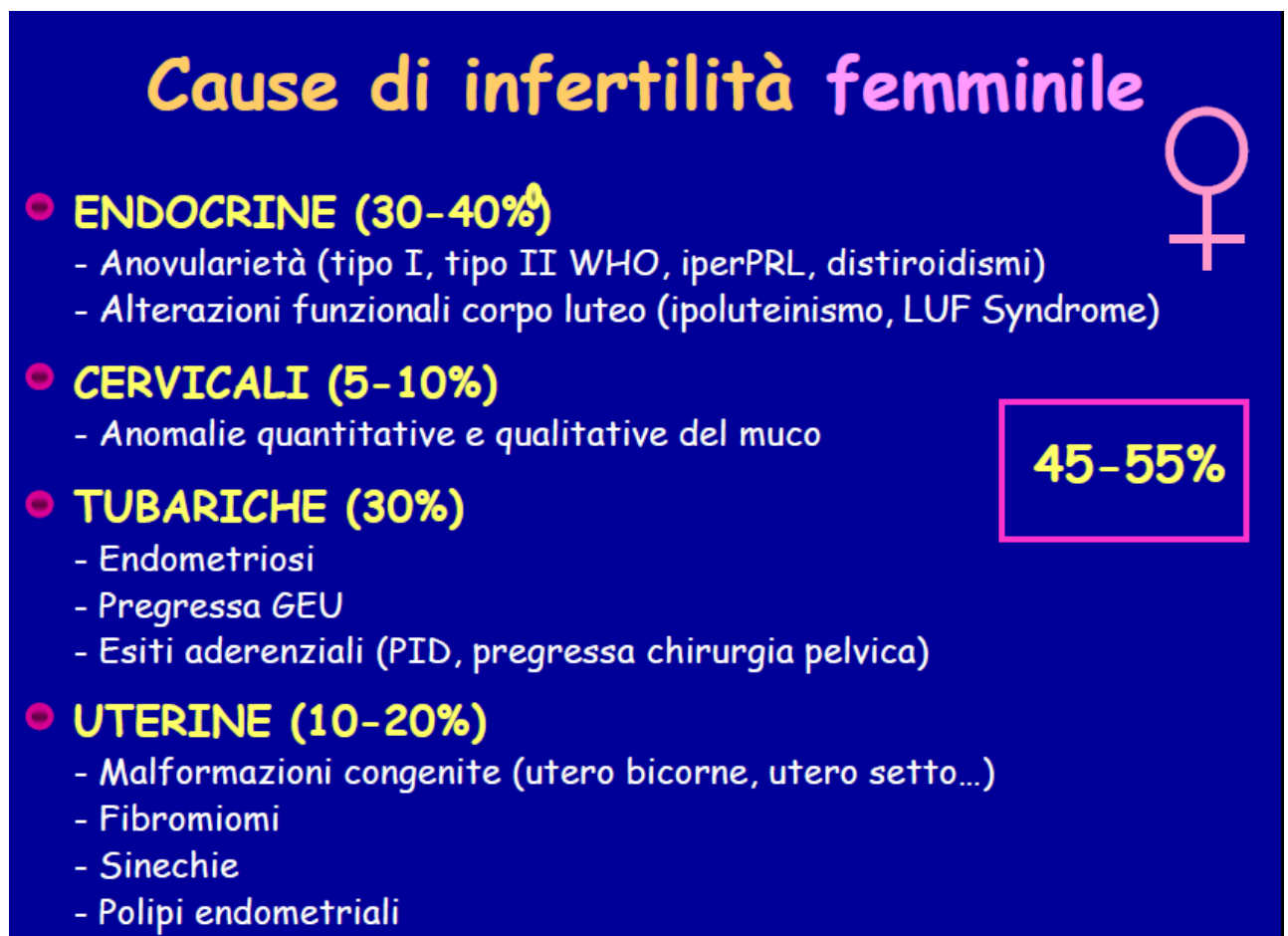


Fig. 5 (centrofertilità.it)

Sterilità maschile

Possibili cause di infertilità maschile, o *impotentia generandi* (in latino “incapacità di generare”), sono:

- Cause pre-testicolari
 - Problemi endocrini, es. diabete mellito, sindrome di Cushing, disordini della tiroide
 - Disordini ipotalamici, es. Sindrome di Kallmann
 - Iperprolattinemia
 - Ipopituitarismo
 - Ipogonadismo a vario titolo
 - Criptorchidismo
 - Cause psicologiche
 - Intossicazioni da droghe, alcool, sostanze chimiche, uso di alcuni farmaci (antidepressivi SSRI, neurolettici...)
 - Avitaminosi (in particolare la carenza di acido folico)
 - Irradiazione con raggi x o gamma
 - Fonti di calore che elevino la temperatura testicolare in modo costante e continuativo
- Cause testicolari
 - Cause genetiche (Sindrome di Klinefelter, Traslocazione robertsoniana)
 - Neoplasie, (seminoma)
 - Insuccesso idiopatico
 - Varicocele
 - Trauma fisico
 - Idrocele
 - Esiti di Parotite epidemica
- Cause post-testicolari e peniene
 - Ostruzione del Dotto deferente
 - Infezione, es. prostatite
 - Eiaculazione retrograda

- Ipospadi
- Impotentia coeundi
- Disfunzioni o malformazioni del pene



Fig. 6 (centrofertilità.it)

L'esame principale da eseguire in caso di sospetta sterilità maschile è lo spermogramma. Questa analisi include il conteggio degli spermatozoi e la misura della loro motilità al microscopio:

- La produzione di pochi spermatozoi è detta *oligospermia*, l'assenza di spermatozoi *azoospermia*.
- Una produzione quantitativamente sufficiente ma con scarsa motilità è detta *astenozoospermia*.

Esame seminale



Tabella 16.4. *Esame del liquido seminale: nomenclatura proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO laboratory manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction, 1992).*

Normozoospermia: liquido seminale normale.

Oligozoospermia: concentrazione di spermatozoi $< 20 \times 10^6/\text{ml}$.

Astenozoospermia: meno del 50% di spermatozoi con motilità progressiva (classe A+B) oppure meno del 25% con motilità progressiva rapida (A).

Teratozoospermia: meno del 30% di spermatozoi con morfologia normale.

Oligoastenoteratozoospermia: combinazione dei tre difetti precedenti (può essere usata anche la combinazione di solo due prefissi).

Azoospermia: assenza di spermatozoi nell'ejaculato.

Aspermia: assenza di ejaculato.

Fig. 7 (centrofertilita.it)

L'**impotentia generandi** è l'impossibilità di procreare. Va distinta dall'**impotentia coeundi** che definisce l'impossibilità di portare a compimento il coito. In sostanza, l'impotentia generandi è la situazione in cui si trovano gli uomini che, pur in grado di avere un normale rapporto sessuale, sono sterili. Al contrario, un uomo affetto da *impotentia coeundi* può non essere affetto da *impotentia generandi*, e potrebbe essere in grado di generare attraverso tecniche di fecondazione assistita.

FUMO

- **IL 13% DEI CASI DI INFERTILITÀ** può essere collegato agli effetti dei **COMPOSTI CHIMICI DEL FUMO**
- **1,6 VOLTE MAGGIORE** il rischio di infertilità nelle **DONNE FUMATRICI**
- interferisce con la **QUANTITÀ E QUALITÀ DEGLI SPERMATOZOI**
- **AUMENTA IL RISCHIO DI ABORTI** e gravidanze extrauterine
- anticipa la **COMPARSA DELLA MENOPAUSA**

ALCOOL

l'abuso può causare:

negli uomini

- IPOGONADISMO
- DIMINUZIONE DEGLI ORMONI SESSUALI
- RIDUZIONE DEL NUMERO E DELLA QUALITÀ DEGLI SPERMATOZOI

nelle donne

- DIMINUZIONE DEGLI ORMONI SESSUALI •
- IRREGOLARITA' O SCOMPARSA DEL CICLO MESTRUALE •

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

OBESITÀ O ECCESSIVA MAGREZZA
rappresentano il 12%
delle cause di infertilità

FATTORI AMBIENTALI

MATERIE PLASTICHE

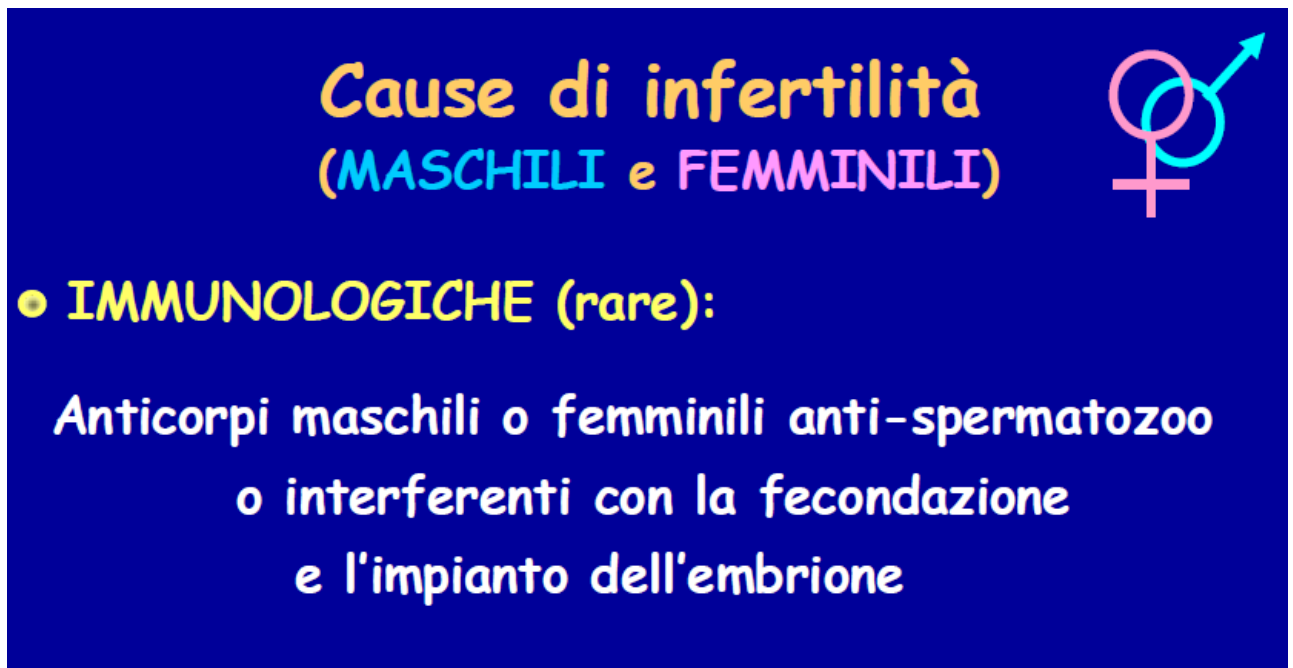
PESTICIDI

SOSTANZE INQUINANTI

Fig. 8 (Ministero della Salute 2017)

Sterilità di coppia

In alcuni casi, entrambi i partner possono essere sterili o subfertili, e la sterilità della coppia deriva dalla combinazione di queste condizioni. In altri casi può accadere che i partner siano indipendentemente fertili, ma la coppia non riesca a concepire insieme senza assistenza medica; la causa si sospetta possa essere immunologica o genetica.

A blue rectangular graphic with white and yellow text. At the top right is a stylized male and female symbol. The text reads: 'Cause di infertilità (MASCHILI e FEMMINILI)', followed by a bullet point: '• IMMUNOLOGICHE (rare):' and then 'Anticorpi maschili o femminili anti-spermatozoo o interferenti con la fecondazione e l'impianto dell'embrione'.

Cause di infertilità
(MASCHILI e FEMMINILI)

• **IMMUNOLOGICHE (rare):**

**Anticorpi maschili o femminili anti-spermatozoo
o interferenti con la fecondazione
e l'impianto dell'embrione**

Fig. 9 (centrofertilita.it)

Sterilità psicogena

Nel maschio l'oligospermia e l'azoospermia hanno, ovviamente in assenza di pregresse affezioni testicolari, un'origine con tutta probabilità psicogena, tutt'altro che chiara nella sua processualità psichica lungo l'età evolutiva. Più studiate sono le varie forme di infertilità femminile: anovulazione, costrizione e/o occlusione tubarica, mancato impianto dello zigote, aborto. Quest'ultimo evento è stato da secoli percepito come dovuto a cause psichiche nell'intuizione di tutte le culture: meno radicata ma tuttavia esistente è l'intuizione di un'incompatibilità di un certo maschio con una determinata femmina nell'impedire il concepimento (Imbasciati, 2010).

In molti casi di infertilità la fecondazione medicalmente assistita è difficile, o fallisce, e l'impianto di un ovulo fecondato in vitro, se attecchisce, si traduce poi in un aborto successivo. Ciò a comprova della psicosomaticità dell'infertilità (A.A., 2009). Si sta oggi esaminando anche la genesi psicosomatica del parto prematuro, sindrome oggi in notevole aumento. Particolarità delle sindromi qui comprese è nell'intrecciarsi di meccanismi disfunzionali (per esempio nell'occlusione tubarica, nell'aborto, nel parto prematuro), con veri e propri processi psicosomatici, che alternano gli automatismi biologici umorali e cellulari (A.A. 2009).

Diagnosi

I due partner devono essere sottoposti ad accertamenti specifici per individuare la possibile causa di sterilità. Una buona indagine preliminare che prenda in considerazione abitudini sessuali e voluttarie, malattie pregresse, caratteristiche dei cicli mestruali e così via è indispensabile per orientare le ricerche successive. Nel maschio è fondamentale l'esame dello sperma. Al bisogno si possono effettuare anche esami ormonali, cromosomici e di valutazione morfologica degli organi dell'apparato urogenitale. Nella femmina occorre valutare la presenza di ovulazione e l'assenza di ostruzioni a livello delle tube. A tale scopo si utilizzano: il semplice rilevamento della temperatura corporea durante tutto il ciclo mestruale; l'isterosalpingografia, esame radiologico eseguito con mezzo di contrasto che evidenzia la cavità uterina, il decorso e la presenza di ostruzioni a livello delle tube; l'ecografia dell'utero e delle ovaie per individuare eventuali malformazioni o malattie; la laparoscopia mediante un endoscopio a fibre ottiche introdotto nell'addome, che consente di osservare direttamente lo stato delle tube, delle ovaie e della pelvi. Anche nella donna possono essere utili, inoltre, esami ormonali e test cromosomici per eventuali malattie genetiche.

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA



- La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), omologa ed eterologa, è stata inserita nell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal SSN
- 362 centri di procreazione medicalmente assistita attivi nel 2014 in Italia
- 70.589 le coppie trattate
- 23.866 cicli di procreazione assistita nel 2014
- 15.947 gravidanze ottenute
- 12.658 bambini nati vivi (pari al 2,5% dei nati del 2014)



LA PMA

può facilitare e risolvere
alcuni fattori di sterilità



non può arrestare la
diminuzione della
quantità e qualità degli
ovociti legata all'età



1 coppia su 4 che intraprende il percorso di PMA ottiene una gravidanza e le probabilità di successo variano in funzione dell'età della donna:

35%
sotto
i 34 anni

27%
tra i 35
e 39 anni

15%
tra 40
e 42 anni

6%
dai 43 anni
in su

Fig.10 (Ministero della Salute 2017)

I.3 La complessa dinamica tra tensioni biologiche, richieste sociali e contenuti inconsci nel desiderio di un figlio

“La creatura mortale ha una particella di immortalità: la capacità di generare”
(Platone, 427 a. C.).

L’infertilità si è sempre presentata e continua oggi a presentarsi come un grave problema. In molti paesi, studi scientifici hanno dimostrato che la sterilità mostra percentuali stabili o in aumento, attestabili intorno al 15-20% della popolazione italiana (ISTAT, 2015).

La fertilità umana non deve quindi essere intesa come un fenomeno puramente fisiologico, ma, essendo l’essere umano un’unità inscindibile mente-corpo, deve essere considerata come il risultato di un complesso sovraordinato di elementi che si intrecciano tra loro. Ne consegue che, per comprendere al meglio il problema dell’infertilità, è necessario analizzarlo nei suoi aspetti multidimensionali (Visigalli, 2011).

La mancata capacità di riprodursi, e quindi di perpetuare la specie, che è caratteristica dell’essere vivente, ha costituito sempre una delle maggiori problematiche vissute con interesse e paura da tutti i popoli. Divinità, talismani e riti diversi per propiziare la fecondità e per combattere la sterilità, erano presenti nei popoli più primitivi e fra le “arti magiche” degli stregoni e dei medici era quasi sempre annoverata la cura della mancanza di fecondità (Riccio, 2017).

Fin da quando l’uomo ha abbandonato la vita nomade e solitaria per riunirsi in tribù, la prole ha rappresentato la continuità del sangue ed il potere delle braccia per coltivare e per combattere: avere figli è stata un’inevitabile necessità. Il fatto che tra le tribù primitive non esistessero scapoli si può ricondurre all’impossibilità di sopravvivere al di fuori di una rigida divisione dei compiti e di un solido nucleo in grado di espandersi (Andreotti et al., 2001).

L’*Organizzazione Mondiale della Sanità* definisce l’infertilità come una patologia caratterizzata da assenza di concepimento spontaneo in seguito a 12 mesi di rapporti

mirati non protetti; l'incidenza di tale patologia è aumentata negli ultimi anni: nei Paesi avanzati l'infertilità colpisce infatti il 15-20% delle coppie (OMS, 2015). L'aumento dell'incidenza di tale condizione clinica ha incrementato da un lato lo sviluppo di nuove tecnologie nel campo della fecondazione assistita, come le strategie di fecondazione in vitro (IVF), di crioconservazione e di diagnosi/screening genetico preimpianto (Pala et al., 2005; Savasi et al., 2013) e dall'altro un'analoga attenzione per i processi e le problematiche di natura emotiva e psicologica che caratterizzano il vissuto dei pazienti e delle coppie infertili (Verhaak et al., 2007; Gameiro et al., 2012; Schmidt, 2006; Rashidi et al., 2008; Brandes et al., 2009; Lund et al., 2009; Wischmann et al., 2009; Chachamovich et al., 2010).

La ricerche sul tema hanno approfondito l'impatto dell'infertilità sulla qualità di vita percepita (Verhaak et al., 2007; Boivin et al., 2011), sulla relazione di coppia (Peterson et al., 2008; Chachamovich et al., 2009), nonché sulle condizioni di salute psicologica (Rodriguez et al., 1983; Schmidt et al., 2005) dei pazienti infertili.

In tal senso, è emerso che il momento in cui una donna e il suo partner apprendono di non poter avere figli può essere definito come una vera e propria "crisi di vita" (Menning, 1975), che coinvolge diversi piani esistenziali dando luogo a senso di inadeguatezza, vissuti di frustrazione, stress, e perdita (Wischmann et al., 2001). La diagnosi di infertilità, infatti, incide sia dal punto di vista individuale, generando riduzione dell'autostima, senso di colpa, paura, ostilità, tristezza, sia dal punto di vista dei vissuti di coppia.

Ricerche più recenti si sono focalizzate sulla percezione della qualità della vita in relazione all'esperienza di infertilità, facendo riferimento alla definizione di qualità della vita proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2008), secondo cui essa è costituita dalla percezione individuale della propria posizione in relazione al contesto culturale, al sistema dei valori e ai propri obiettivi, aspettative, ideali e interessi. La qualità della vita comprende dimensioni quali il benessere emozionale, le attività sociali, la salute fisica, il contesto di appartenenza e le credenze personali (Skevington et al., 2004). A partire da tale definizione, è evidente che l'infertilità ed i trattamenti ad essa connessi abbiano un impatto molto significativo sulla qualità di vita percepita dai pazienti (Fekkes et al., 2003; Schmidt, 2006; Verhaak et al., 2007; Chachamovich et al., 2010;

Huppelschoten et al., 2013; Karabulut et al., 2013), incidendo negativamente sul benessere relazionale, sessuale e psicosociale (Phipps, 1993; Drosdzol, Skrzypulec, 2008; Boivin et al., 2011; Aarts et al., 2012).

La procreazione rappresenta una tappa evolutiva fondamentale nell'acquisizione dell'identità personale e di coppia.

La riproduzione umana, tuttavia, si fonda su processi fisiologici, biologici e genetici minuziosamente regolati, che talvolta possono deviare dal normale funzionamento e da quell'ordine naturale che dovrebbe garantire a tutti noi la possibilità di avere un bambino. Mentre per gli animali la riproduzione è la conseguenza di un bisogno puramente istintivo, destinato ad assicurare la continuità della specie, il desiderio di un figlio per l'uomo e per la donna è al tempo stesso molto più profondo e molto più complesso, fa intervenire non soltanto tutta la struttura psicologica dell'individuo, ma anche il significato che si attribuisce alla coppia, al sentimento, e più in generale, alla propria vita.

Il desiderio di un bambino, come tutti i nostri desideri, ha una storia, lo hanno preparato precedenti bisogni e fantasie e nel tempo si è trasformato in modo che la sua manifesta apparizione nel presente ha poco in comune con le immagini corrispondenti al bisogno da cui si è formato (Wyatt, 1967). La maternità comprende due aspetti distinti se pur dipendenti: essere madre e avere un figlio.

Essere madre dal punto di vista psicodinamico, significa vivere un periodo in cui vengono riattivati antichi conflitti e vissuti dell'infanzia; se l'identificazione con la propria madre è stata positiva la transazione alla maternità sarà più semplice, altrimenti potranno subentrare una serie di problematiche che, se non vengono risolte, possono portare una cattiva gestione del maternage o in casi estremi anche una impossibilità di procreare. La sterilità, inoltre, implica tutti i problemi psico-affettivi ed emotivi legati allo spirito materno, dimensione psicologica che supera e oltrepassa il semplice concetto psicologico che è la maternità (Pasini, Rouge, Meylan, 1975).

Al riguardo già Helene Deutsch (1945) distingueva il desiderio di avere un figlio, legato a componenti emotive e narcisistiche, dallo "spirito materno" che rappresenta invece il grado più alto dell'emozione altruistica; sentimento sano quest'ultimo e patologico il primo. Le reazioni psicologiche possono influenzare lo stato d'animo dei coniugi, possono turbare i rapporti tra di loro e con il loro entourage amicale e familiare.

Il desiderio di un figlio è oggetto di un'ormai ampia letteratura, in cui esiste sostanziale accordo nel riconoscere la complessità dei fattori che influiscono su e confluiscono nella decisione di procreare. Tale desiderio affonda le sue radici nell'infanzia dell'uomo e della donna; esso matura poi nella progettualità di coppia, all'interno della quale si intreccia con altri desideri, anche inconsapevoli, che provengono sia dall'individuo, sia dalla coppia (Righetti, Sette, 2000). E. Chelo (1993) afferma quanto sia innegabile che il desiderio di un figlio, per quanto realizzabile in termini di "naturalità", sia sottoposto a significative pressioni sociali e in senso più lato culturali, riempiendosi di significati, valori e simbologie che di naturale non hanno più nulla ma rispecchiano l'evoluzione della società, la storia del costume e della morale.

Già Freud (1915, 1931, 1932) aveva collocato l'origine del desiderio di maternità nella fase pregenitale dello sviluppo, arrivando ad affermare che la donna incontra il supremo compito della sua femminilità nella realizzazione di questo desiderio. Il bambino avrebbe la funzione di completare quella mancanza d'essere che la donna sperimenta nell'infanzia, con la fase edipica, e nell'adolescenza, con l' "invidia del pene" nei confronti dell'uomo. Questa prima formulazione è stata in seguito riformulata dallo stesso Freud, che ha ricondotto il desiderio di maternità nella fase preedipica di attaccamento alla madre: esso rappresenterebbe un tentativo di ricostruire il perduto stato di fusione originaria (Simonelli, Zancato, Calvo, 2000).

Vegetti Finzi (1997) legge nel desiderio di un figlio una complessa dinamica tra tensioni biologiche, richieste sociali e contenuti inconsci. La spinta istintuale a procreare per la conservazione della specie si affiancherebbe al desiderio inconscio di riparare all'angoscioso sentimento di caducità, sperimentato dall'uomo con il crollo dell'onnipotenza infantile e presentificato dall'esperienza della morte. La nascita di un figlio, quindi è ricercata, al tempo stesso, come espressione del desiderio di continuità e della paura della morte. Da una parte, infatti, si appaga il bisogno di continuità con la nascita di una nuova generazione, dall'altra, si assiste al superamento della generazione precedente, evocando quindi il fantasma della morte.

Il desiderio di un figlio parte da un progetto meta individuale, ma richiede un processo di maturazione che coinvolge l'individuo sin dalla prima infanzia. Nella donna, questo comporta la preparazione di un "grembo psichico", che deriva dall'elaborazione di figure

e costrutti fantastici. Si giunge alla fantasmizzazione del bambino immaginario e all'anticipazione del processo generativo nelle sue fasi di contenimento e di espulsione, consentendo al bambino che nascerà di "essere atteso, pensato e amato prima ancora di venire alla luce" (Vegetti Finzi, 1997, p.87).

Anche se diventare genitori, quindi, è un'aspettativa sociale tipica dei diversi contesti culturali, è ormai noto che una coppia su sei incontra notevoli difficoltà nel raggiungere questo obiettivo (Burnett & Panchal, 2008; Dayus, Rajacich, & Carty, 2001). Nella coppia, la scoperta di essere infertili mette profondamente in discussione la convinzione, per alcuni aspetti irrazionale, che per avere un bambino basti volerlo, in quanto si diventa consapevoli che non sempre il desiderio di un figlio si traduce nell'immediata e scontata realizzazione di esso.

In risposta alla frustrazione, la coppia inizia ad attivarsi verso la ricerca di possibili soluzioni al problema, che possono essere vissute come più o meno stressanti, ma che hanno come fine ultimo il raggiungimento di una gravidanza ad ogni costo.

Ciò che prima era solo un desiderio (dal latino desiderium, composto di [de] e [sidera], che significa "sentire la mancanza di"), in alcuni casi diventa un pensiero quasi ossessivo e si trasforma in un bisogno che deve essere necessariamente soddisfatto. La Psicologia Clinica Perinatale si occupa nello specifico della perinatalità psichica e delle problematiche correlate e sottese alle vicissitudini del progetto gestazionale e genitoriale della donna e della coppia, a partire dagli esordi del desiderio di maternità e paternità, durante la nascita e fino al secondo anno di vita del bimbo stesso (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007).

L'*International Council on Infertility Information Dissemination* (INCIID), considera una coppia sterile se non c'è stato concepimento dopo un anno di rapporti non protetti, o dopo sei mesi per donne oltre i 35 anni; mentre è infertile se c'è incapacità di portare a termine la gravidanza.

Mentre il termine di *sterilità primaria* si riferisce a persone che non sono mai state in grado di concepire, la *sterilità secondaria* è l'impossibilità di concepire un secondo figlio dopo aver già concepito e/o portato a termine una normale gravidanza.

La stima della prevalenza dell'infertilità varia nel mondo da meno del 5% a più del 30% in certi Paesi, mentre la sua incidenza è stata vista essere in aumento nella popolazione generale (WHO, 2017).

L'aumento dell'incidenza di tale condizione clinica ha incrementato sempre di più lo sviluppo e l'utilizzo di tecnologie innovative nel campo della fecondazione assistita, come l'ICSI, nonché di migliori strategie di crioconservazione e di diagnosi/screening genetico preimpianto, tutte finalizzate a migliorare l'efficacia clinica dei trattamenti di IVF.

Tuttavia, la crescente attenzione per gli aspetti medici, biologici e genetici dell'infertilità non è sempre stata seguita da un simile riguardo per le problematiche di natura emotiva che caratterizzano le coppie infertili.

Il rischio è quindi quello di trascurare le difficoltà psicologiche che spesso emergono in queste coppie e che sono state viste essere la principale causa non medica degli abbandoni nei trattamenti di IVF (Brandes et al., 2009; Gameiro et al., 2012).

In tale contesto, il ruolo della psicologia non è tanto quello di determinare i fattori psicologici che possono causare una condizione di infertilità, come alcune teorie hanno sostenuto (Leiblum SR et al.1988), quanto quello di individuare ed intervenire sulle difficoltà psicologiche che potrebbero derivare dalle complicazioni a concepire e dallo stress emotivo connesso alle dinamiche del percorso di fecondazione assistita. La visione del ruolo dei fattori psicosociali nell'infertilità, infatti, è ormai profondamente cambiata.

I.4 Il decremento dei tassi di fecondità complessiva

La cornice entro cui iscrivere l'infertilità è la bassa fecondità complessiva dei paesi europei, soprattutto di quelli mediterranei.

Il declino della fecondità complessiva non è tuttavia un fenomeno recente, ma ha avuto inizio in Italia e nella maggior parte dei paesi occidentali già a partire dalla fine dell'800, come prodotto, all'epoca, della combinazione di fattori demografici, economici e sociali, fra cui la diminuzione della mortalità, l'urbanizzazione e l' industrializzazione, l'ingresso della donna nel mercato del lavoro (Mancarella 2002; Saraceno 2003). Tali fattori

definibili “congiunturali strutturali” rendevano, da una parte, meno necessario e, dall’altra, più faticoso e complesso generare e allevare bambini.

Questo processo di transizione demografica da un regime ad alta fecondità ad uno a bassa fecondità – processo che ha cambiato irreversibilmente le regole del ricambio generazionale – ha investito il nostro paese con un certo ritardo rispetto ad altri paesi europei e con marcate differenze territoriali (Livi Bacci 1977; Santini 1988, 1997).

Nel meridione, fino al termine della seconda guerra mondiale, persistevano, infatti, tassi di fecondità elevati, che si accompagnavano a condizioni economiche, sociali e culturali di arretratezza, mentre al nord “l’irreversibile declino della fecondità” era già iniziato circa cinquant’anni prima.

L’alta fecondità del sud ha mantenuto la media nazionale al di sopra della soglia di rimpiazzo fino agli anni Settanta, per poi calare bruscamente. Nel giro di pochi decenni il calo della fecondità ha coinvolto irreversibilmente tutta l’Italia sebbene tuttora permangano alcune differenze territoriali. Infatti benché tutte le regioni italiane abbiano imboccato la strada della riduzione della fecondità, il trend del sud è stato strutturalmente diverso rispetto a quello del nord, tanto che si può parlare di “due Italie” (Saraceno, 2003): a fine secolo scorso al centro-nord prevaleva il modello del figlio unico, mentre al sud era predominante il modello di due figli per donna oppure l’assenza di figli (Santini, 1997). Se si esclude il cosiddetto baby-boom, che dal 1955 al 1965 ha segnato (al centro e al nord Italia) un arresto nel processo di caduta della natalità e un suo rialzo, la contrazione dei tassi di fecondità italiana ha avuto un andamento progressivo, seppur non costante e uniforme. Nei trent’anni successivi al baby boom i tassi di fecondità hanno continuato a diminuire drasticamente in tutto il mondo occidentale, ma in Italia il fenomeno ha subito un’evoluzione ancora più rapida e più marcata che negli altri paesi. A partire dalla metà degli anni Novanta il declino sembra arrestarsi o attenuarsi in alcuni paesi del centro e del nord Europa (Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia), che possono vantare un tasso di fecondità più vicino al livello di sostituzione delle generazioni, mentre nell’ambito dei paesi mediterranei (Spagna, Portogallo, Grecia), la situazione è simile a quella italiana. Nel nostro paese pur essendosi osservato nel corso dell’ultimo decennio un lieve innalzamento dei livelli di fecondità complessiva (cui hanno contribuito, da una parte ed in misura consistente, l’incremento delle nascite da

cittadine straniere e, dall'altra, il recupero del posticipo della maternità da parte delle attuali trentenni/quarantenni italiane), tali valori permangono ben al di sotto della soglia che assicura il ricambio generazionale e l'equilibrio fra la fascia giovane e la fascia anziana della popolazione.

Se si considerano, però, gli ultimi trent'anni, dall'analisi dei comportamenti riproduttivi e coniugali a livello nazionale ed europeo si osservano notevoli convergenze nei livelli di fecondità dei paesi europei ed emergono dei segnali di discontinuità nei comportamenti di fecondità che segnalano un'evoluzione comune a quasi tutti i paesi industrializzati, tanto da indirizzare alcuni autori verso la teoria di una "seconda transizione demografica", cioè di una nuova trasformazione delle modalità di ricambio generazionale (Lestaeghe 1992; Van de Kaa 1996).

Come mostra la fig 11 (O. M. S. 2016) per le coppie italiane, il concepimento desiderato diventa sempre **meno probabile** con l'aumentare dell'età della donna. La **fertilità femminile infatti, è massima a 23 anni**. Quindi decresce, anche se lentamente, fino a 30 anni, un po' più rapidamente tra i 30 e i 35, poi rapidamente dopo i 35 anni, fino alla menopausa, il periodo in cui nella donna cessa l'ovulazione.



Fig. 11 (O. M. S. 2016)

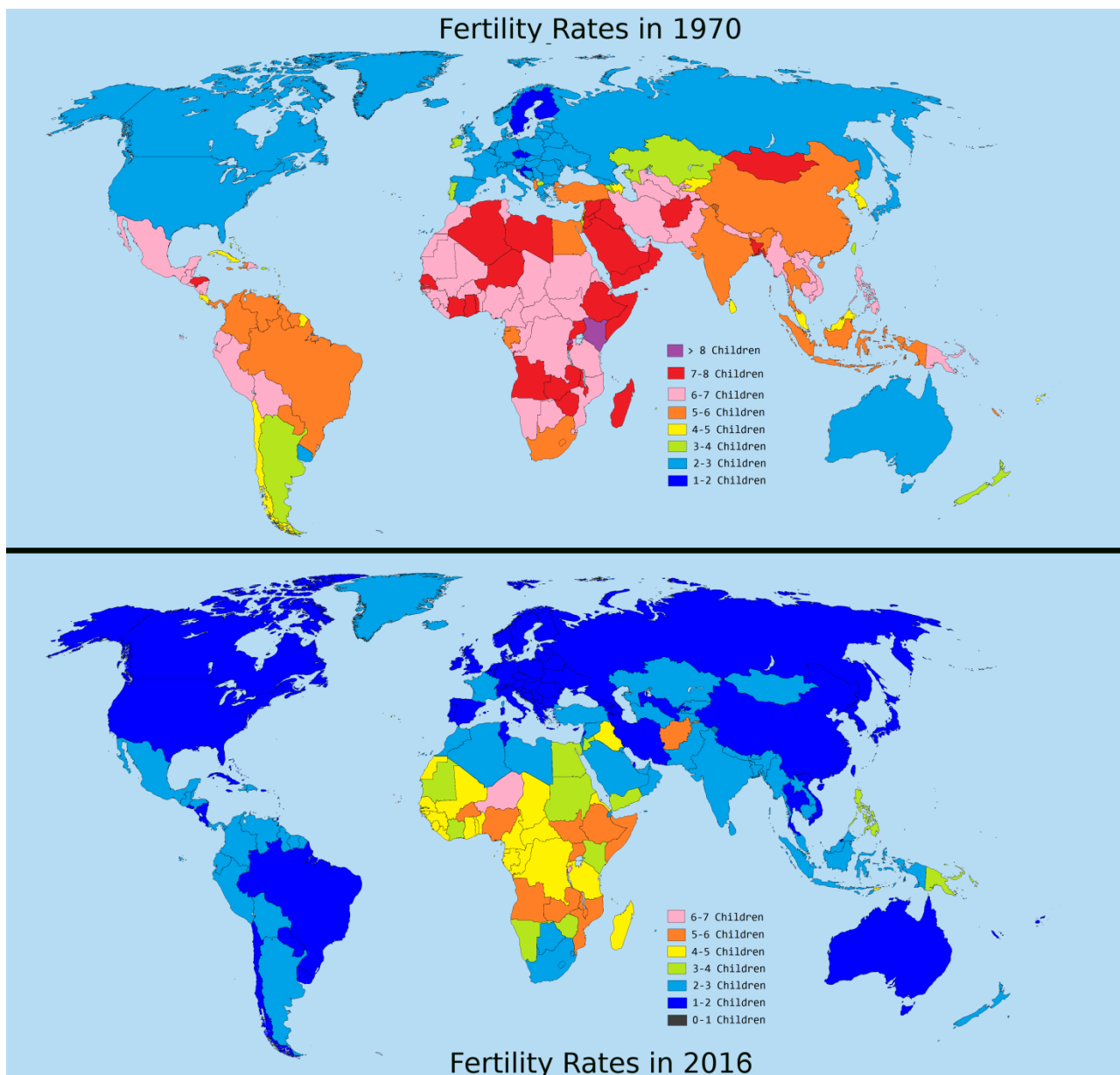


Fig. 12 Tasso di fertilità nel mondo nel 1970 e nel 2016 (ourworldindata.org 2016)

La figura 12 (Fertility Rates in the World 1970 - 2016) evidenzia come il tasso di fertilità sia calato più nei paesi in via di sviluppo che in quelli ricchi.

L'Africa era il continente in cui ogni donna partoriva più figli, anche più di 8 in Kenya, ma in media tra i 6 e gli 8, poco sotto l'Asia, con 5 o 6 così come in Brasile o in Egitto, Si scendeva a 2-3 figli solo in URSS e in Europa, così come in USA e Canada,

con le eccezioni di Svezia e Finlandia in cui si era sotto i 2 figli a testa e di Portogallo, Irlanda e Albania dove si stava sui 3-4.

Oggi lo standard è avere 1-2 figli, solo la Francia + rimasta sui 2-3, ma è nel sud del mondo che vi sono i cambiamenti più grossi. Il Brasile è passato a 1-2 bambini per donna, la costa d'avorio a 3-4 da 7-8, la Cina e l'India sono scese a livelli europei, cos' come il sud est asiatico. Non si va oltre ai 6-7 figli del Niger e la maggior parte dell'Africa si limita a 3-6 bambini.

I.5 Perinatalità psichica e dinamiche della filiazione

La perinatalità psichica è un periodo in cui avviene la rielaborazione delle problematiche relative alla propria identità e si delinea come un ritorno alla genesi del proprio sviluppo mentale con le vicissitudini e i conflitti che ne hanno accompagnato l'intero iter evolutivo. Con il concetto di crisi maturativa, già Bibring (1959, 1961) enfatizzava l'estrema vulnerabilità che caratterizza la donna in gravidanza, in un periodo in cui vengono rivissuti conflitti infantili relativi alle prime relazioni e all'identificazione con la propria madre e in cui si verifica una notevole destabilizzazione dell'equilibrio precedentemente raggiunto. In particolare, nella donna si intensifica la capacità di entrare in contatto col proprio mondo interiore e i propri vissuti relativi al passato attraverso quella che la Bydlowski (1997) definisce come un'esperienza di *trasparenza psichica*. La maternità si configura, quindi, come un periodo critico di vulnerabilità caratterizzato da una grande permeabilità alle rappresentazioni inconsce, in cui si riattivano conflitti edipici e pre-edipici della donna, che ripropongono sentimenti di colpa irrisolti legati alle proprie esperienze infantili (Ferraro & Nunziante Cesaro, 1985). Il progetto di filiazione della coppia è caratterizzato dal riemergere nella psiche di rappresentazioni riferite sia all'essere genitore, con una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un coinvolgimento affettivo ed emotivo nei loro confronti, sia, contemporaneamente, con una identificazione al bimbo desiderato o generato, e al riemergere di rappresentazioni relative a se stessi come bambini. I processi psichici sottesi alla filiazione sono costituiti dai vissuti intrapsichici dei futuri genitori ma sono anche collegati al contesto sociale e culturale. Anche Pines (1972, 1982) mette in evidenza come la gravidanza sia una tappa

fondamentale per lo sviluppo dell'identità femminile, in quanto consente alla donna di rielaborare il processo di separazione-individuazione (Mahler, Pine, & Bergman, 1975) nei confronti della propria madre. L'Autrice ritiene che un'esperienza positiva con la propria madre consenta alla donna, attraverso la momentanea regressione connessa alla gravidanza, di identificarsi con una madre capace di dare la vita e, contemporaneamente, con se stessa bambina, realizzando una maturazione completa della personalità. Quando, invece, la regressione legata alla gravidanza viene vissuta come un'esperienza dolorosa, accade spesso che si riattivino desideri di fusione con la propria madre, che possono determinare il parziale fallimento del processo di separazione-individuazione. Pines (1982, 1988) sottolinea, inoltre, l'importanza di distinguere il desiderio di maternità dal desiderio di gravidanza. Il primo è legato a un bisogno oggettuale della donna di prendersi cura del bambino, il secondo invece è legato a un bisogno narcisistico di provare che il proprio corpo è in grado di generare come quello della propria madre. Per quanto riguarda la paternità, questa implica da parte dell'uomo, la rielaborazione della relazione con il proprio padre e la risoluzione di quei conflitti infantili a essa legati, per portare a termine il processo di identificazione del sé come *buono e capace di amare* (Righetti & Sette, 2000).

La perinatalità psichica viene a collocarsi in una prospettiva ampia che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali e transgenerazionali. Essa fa parte di quel complesso quadro della transizione alla genitorialità. I recenti cambiamenti sociali e culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità differenti di assunzione del ruolo genitoriale, attraverso sempre più articolati percorsi della filiazione (procreazione medicalmente assistita, prematurità etc.) e gli aspetti connessi alla perinatalità psichica possono implicare dunque processi sempre più complessi (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

Ciò che ogni membro della coppia genitoriale ha ricevuto dai propri genitori verrà ritrasmesso a sua volta ai propri figli, con tutto il carico emotivo che tale processo psichico comporta nel passaggio da una generazione ad un'altra.

Attraverso i legami della filiazione vengono tramandati aspetti culturali condivisi dal gruppo di appartenenza su cui si strutturano i processi individuali di identità: in ogni cultura è rilevabile un codice corporeo implicito con cui vengono regolate le modalità di

accudimento dei figli, di regolazione emotiva, di comunicazione (Zurlo, 2009): queste dimensioni implicite comuni e condivise regolano ciò che viene trasferito mediante i legami della filiazione, e costituiscono una base comune condivisa dal proprio gruppo sociale da cui prendono origine i complessi processi di individuazione e di costruzione delle identità individuali.

A partire dalla famiglia, primo nucleo sociale, la cultura è tramandata nell'ambito delle relazioni primarie, delle interazioni con la madre e i genitori, in primis.

Le funzioni psichiche individuali sono influenzate pertanto dalle dimensioni implicite comuni e condivise dal proprio gruppo sociale. Si prospetta come un circuito in cui le modalità culturali, caratterizzate da regole, riti, norme, valori, credenze influenzano l'individualità che, a sua volta, li rielabora e li rappresenta attraverso i propri vissuti personali (Zurlo, 2009).

La vita psichica evolve all'interno di contesti intersoggettivi, familiari, transgenerazionali e sociali e lo sviluppo psichico individuale si struttura entro una rete di "appoggi" e "sostegni multipli" (Kaës, 1982). Tale modalità di supporto è stata descritta con modalità diverse da vari autori secondo differenti vertici teorici di riferimento: in psicoanalisi viene descritta come contenimento (Winnicott, 1965) o rêverie (Bion, 1962); secondo la psicologia dello sviluppo viene indicata come supporto, impalcatura o scaffolding (Bruner, 1976), oppure come spazio in cui l'altro, il sociale può partecipare ai processi elaborativi individuali per supportarne i processi trasformativi all'interno di quella zona definita "sviluppo prossimale" di un individuo (Vygotskij, 1990).

Le diverse teorie concordano nel ritenere, seppure con vertici diversi di comprensione, e intenti pedagogici o clinici, che la funzione di questi sostegni non sia solo supportiva, e bensì trasformativa in quanto essi sono operanti entro l'intersoggettività.

In particolare in relazione ai processi relativi alla perinatalità psichica, è opportuno dar rilievo al concetto di "sostegni multipli" di Kaës in cui si fa riferimento a tre ordini di esperienze che strutturano l'individuo: la prima è riferita all'esperienza soggettiva corporea, che alimenta la vita psichica; un secondo ordine di esperienze strutturanti sono quelle relazionali, attraverso le modalità di funzionamento psichico materno; un terzo ordine di esperienze si riferisce al più vasto sostegno che proviene dal contesto sociale. Questa concettualizzazione di Kaës può essere funzionale per riflettere sui complessi

processi che caratterizzano la filiazione (Zurlo,2009): in primo luogo le funzioni strutturanti l'identità dell'individuo, nell'ambito della perinatalità psichica, si costruiscono a partire dalle esperienze corporee, comprese quelle relative alla propria sessualità maschile e femminile; l'altro ordine di esperienze è riferito a quelle relazionali, in particolare alle esperienze di accudimento fisico e psicologico ricevute dalla propria madre e dai propri genitori e un terzo ordine di esperienze è riferito al coinvolgimento del sociale.

La psiche individuale si sviluppa su una molteplicità di sostegni: fornire un sostegno alle formazioni culturali sociali (istituzioni, associazioni sociali) implica influenzare lo psichismo individuale e questo si integra a sua volta con gli altri sostegni intrapsichici del soggetto.

L'elaborazione delle esperienze personali è regolata dalle relazioni interpersonali consapevoli e inconsapevoli e i processi di identità individuale si strutturano anche a partire dai processi di identificazione con l'altro e dalle rappresentazioni trasmesse per via transgenerazionale, che costituiscono la base della individualità del soggetto e consentono una continuità di trasferimento dei contenuti, dei significati, degli ideali, delle credenze e dei processi psichici del gruppo familiare e sociale. La funzione del figlio e la sua collocazione entro il contesto transgenerazionale viene definita dal gruppo sociale in cui esso si iscrive, che in tal modo si assicura della continuità di quella che si potrebbe definire la propria eredità psichica, che si tramanda e rimane attiva nella psiche individuale.

I processi psichici della perinatalità vanno collocati entro il contesto più ampio della genitorialità. Il processo che conduce alla genitorialità psichica viene riconosciuto come un momento critico nel ciclo di vita dell'individuo, collegato ad un intenso lavoro di ristrutturazione e rielaborazione emotiva e affettiva. Le dimensioni psichiche che sono presenti nei normali percorsi della filiazione, rivolti alla costruzione della genitorialità, comportano movimenti dinamici paragonabili ad un viaggio: alcuni autori (Darchis, 2009) descrivono con questa metafora il processo di esplorazione e rielaborazione emotivo-affettiva entro cui si avventura la coppia, la donna ed il suo partner, quando si apprestano a diventare genitori. Si fa riferimento alla coppia, perché nei percorsi della generatività fisiologica un bimbo viene generato da un padre e da una madre: una coppia

di genitori. La metafora del viaggio bene si appresta a rappresentare i processi psichici della perinatalità psichica in cui avvengono processi di riorganizzazione psichica dell'identità individuale, maschile e femminile, di coppia e transgenerazionale.

Il viaggio metaforico che la coppia genitoriale intraprende implica due diversi percorsi di esplorazione: andata e ritorno all'interno di se stessi.

Questi processi esplorativi sono caratterizzati da una doppia identificazione. Il viaggio comporta una proiezione verso il futuro e contemporaneamente un ritorno al passato. Sempre tenendo presente il modello dei “sostegni multipli” dello psichismo (*Kaës, 1982*), nel primo processo identificatorio inteso come orientato verso il futuro, ogni membro della coppia genitoriale, si appoggia ai sostegni multipli su cui ha costruito la propria identità personale per farne una base solida di supporto e sostenere l'identità del bambino: i movimenti sono costituiti da una identificazione della madre con se stessa bambina, che le consente una identificazione con il bimbo che ha in gestazione; analogamente il padre affonda le radici nel contenitore psichico del suo gruppo familiare per poter rivolgersi al futuro. Se questa rete è stata sufficientemente adeguata a sorreggere, a contenere, attraverso le sue maglie relazionali, la coppia genitoriale, questa potrà avere quella sufficiente sicurezza per rivolgersi al futuro, e costituire a sua volta un nuovo contenitore psichico familiare. Attraverso un avvicinamento e al contempo una differenziazione dal contenitore psichico della propria famiglia, i nuovi genitori potranno strutturare un nuovo contenitore psichico per il loro bimbo e collocare all'interno anche se stessi, come genitori.

Nel secondo movimento identificatorio, nel viaggio metaforico di ritorno al passato, i due membri della coppia genitoriale hanno necessità di ritrovare i propri genitori, quelli reali e quelli delle proprie rappresentazioni interiori, avvicinandosi ad essi per prendere poi da questi le giuste distanza e costruire una propria identità genitoriale.

In questo processo di trasformazione identitaria (*Darchis, 2009*) la riorganizzazione psichica consente l'accesso a nuovi ruoli: di se stessi come genitori, dei propri genitori come nonni e del bimbo come figlio. Il genitore nasce contemporaneamente al proprio figlio. Questo viaggio verso il passato per ritrovare il “terreno psichico” delle proprie origini identitarie comporta però anche il dover riaffrontare antiche conflittualità sopite, sofferenze dovute a traumi o lutti irrisolti e così il percorso per rincontrarsi con la propria

infanzia e i propri genitori può risultare addirittura impossibile da iniziare o non giungere mai a termine, e l'assunzione del ruolo genitoriale non può quindi venire intrapresa. Possono presentarsi ostacoli psichici inconsapevoli alla generatività, sia attraverso modalità di evitamento che si manifestano con interruzioni volontarie o patologiche della gravidanza e/o infertilità psicogene, sia, dopo la nascita del figlio, attraverso difficoltà relazionali e di accudimento del bimbo, con una trasmissione transgenerazionale dei traumi irrisolti. Ci possono essere profonde lacerazioni nei percorsi della filiazione che spesso impediscono la transizione alla genitorialità, paralizzandone dunque il processo evolutivo.

Faure e Pragier (1993) connettono le difficoltà di concepimento a lutti ed a traumi inelaborati e irrisolti, e al rifiuto da parte del corpo di dare alla luce un bambino che verrebbe ad occupare fantasmaticamente il posto dell'oggetto perduto. Spesso i tentativi di concepimento o l'arrivo del bambino riattualizzano traumi precedenti, facendo riaffiorare fantasmi inelaborati del passato dei genitori. Non è infrequente infatti che la pratica clinica in perinatalità venga a confrontarsi con il riemergere, conscio o inconscio di contenuti, fantasie e conflitti connessi allo sviluppo psicosessuale, identitario e relazionale ed a livello intergenerazionale al riaffiorare di aspetti problematici, conflitti e dinamiche irrisolte nel passaggio da una generazione all'altra.

Come afferma Zurlo (2009), la psicoanalisi ha da sempre posto l'attenzione tra fattori di continuità e di discontinuità nello sviluppo della vita psichica. Molti studi psicoanalitici hanno evidenziato infatti, come il processo di acquisizione ed elaborazione della genitorialità sia caratterizzato dal riemergere di immagini, rappresentazioni, fantasie, riguardanti l'essere genitore e l'essere bambino, suscitando ripetizioni e riattualizzazioni delle vicissitudini e dei conflitti psichici che hanno segnato la nascita e l'evoluzione psicologica dei genitori. Attualmente, questi processi vanno ad iscriversi all'interno di modificazioni derivanti dai progressi biomedici e dai cambiamenti sociali e culturali hanno reso possibili nuovi e diversificati percorsi della filiazione e della genitorialità; dando luogo talvolta a problematiche della filiazione tra ripetizione e cambiamento.

Secondo questa concezione un ruolo fondamentale è quello svolto dai concetti di "ripetizione" e di "coazione a ripetere", il cui sviluppo ha permeato tutto il pensiero

freudiano e la sua evoluzione. Fin dai suoi *Studi sull'isteria* (1892-1895) Freud parla, infatti, di “coazione a ripetere” descrivendo la tendenza di una paziente a ripetere il buon esito dell'ipnosi e la conseguente crisi del rapporto con il terapeuta, che la portava ad abbandonarlo, riattivando in questo modo la propria psicopatologia. Successivamente, nel *Progetto di una psicologia* (1892-1899), Freud introdurrà il concetto di “coazione isterica” per evidenziare il ripetersi di “rappresentazioni sovrintese” scaturenti dal mondo interno della paziente ed apparentemente indipendenti dal corso degli eventi, le quali danno luogo ad effetti incomprensibili per lo stesso soggetto che li sperimenta: liberazioni di affetti, impedimenti, innervazioni motorie (Freud, 1895, p.247). La ripetizione, sebbene incomprensibile si inserisce in un processo di riattivazione di contenuti rimossi e inelaborati e di simbolizzazione, seppure patologica, di esperienze traumatiche e dolorose. In “Ricordare, ripetere ed elaborare” (1914b), Freud rileva la centralità dei fenomeni di ripetizione nella terapia psicoanalitica : “l'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso [...], riproduce quegli elementi non sotto forma di ricordi, ma sotto forma di azioni; li ripete, ovviamente senza rendersene conto” (Freud, 1914b, pp.355-356). Elementi patogeni del passato continuano ad esercitare una “forza che agisce nel presente” (ivi, p.357) della cura. Ne “il perturbante” (1919), il concetto di ripetizione sotto forma di “eterno ritorno dell'uguale” (Freud, 1919, p.95) viene preso in considerazione anche come ripetizione intergenerazionale dell'uguale. Freud afferma infatti che perturbante, *un-hemlich*, è “ciò che un giorno fu *hemlich*, familiare” (ivi, p.106).

Freud precisa inoltre che questo “perpetuo ritorno dell'eguale” si concretizza anche nella “ripetizione degli stessi tratti del volto, degli stessi caratteri, degli stessi destini, delle stesse imprese delittuose, e persino degli stessi nomi attraverso più generazioni che si susseguono” (ivi, p.95). In questo scritto emerge una caratteristica dei fenomeni di ripetizione, ossia quella di fare da ponte tra la dimensione individuale e quella intersoggettiva della vita psichica. Gli studi sull'interazione fantasmatica genitori-bambino di Bertrand Cramer (1994a), sottolineano come nel funzionamento psichico post partum, il bambino materializzi gli scenari fantasmatici dei genitori e concretizzi e confermi le loro rappresentazioni, svolgendo in questo modo il ruolo di “rivelatore dei loro scenari inconsci” preesistenti.

Il bambino incarna quindi i contenuti rimossi dei genitori, e l'interazione precoce genitori-bambino si sviluppa all'insegna della riemergenza e della ripetizione dei fantasmi inconsci. Nel periodo perinatale è possibile quindi osservare la centralità del fenomeno della ripetizione che fa in modo che conflitti pregressi determinino delle neoformazioni psichiche le quali possono promuovere un'evoluzione maturativa, ma anche il riemergere di difficoltà e conflitti.

La ripetizione in questi casi non è solo la riattivazione di un fantasma relazionale e di un desiderio rimosso, ma rappresenta anche la riproduzione in atto di contenuti inaccessibili al ricordo perché non simbolizzati a livello verbale e spesso scissi. Ripetere è qui espressione di un tentativo patologico di appropriazione e trasformazione del trauma: il soggetto attribuisce all'altro il ruolo passivo sperimentato, e si identifica con l'aggressore nel tentativo di far elaborare dall'altro quanto non è riuscito ad elaborare della propria esperienza.

In questa prospettiva come sottolinea Zurlo (2009), è adeguato applicare a questi casi l'affermazione di *Kaës* secondo cui ciò che si trasmette nella ripetizione intersoggettiva e intergenerazionale è ciò che manca di iscrizione e di rappresentazione, ciò che va a costruire una *cripta* ed è cioè "in stasi senza essere iscritto" (*Kaës*, 1993c, p.12).

Per approfondire il ruolo della ripetizione in perinatalità, la Zurlo (2009) riprende le riflessioni di André Carel (1988), che ha definito "traumatosi" una specifica modalità di funzionamento traumatico che appare collegata alla nascita di un figlio; per Carel infatti, la nascita come situazione di pericolo "riattiva nei genitori in *après coup*, gli stati di disorganizzazione traumatica subiti nella propria infanzia o addirittura a livello intergenerazionale" (Carel, 1988, p.50). l'uso del concetto di *après coup* rende efficacemente conto di come esperienze reali o fantasmatiche, le quali non hanno potuto essere integrate in un contesto significativo al momento in cui sono state vissute, possono subire successivamente dei rimaneggiamenti a seguito di nuovi eventi, che possono emergere sia sul piano esperienziale che in relazione allo sviluppo psicosessuale dell'individuo. La *traumatosi* di cui parla Carel descrive allora gli effetti di una riattivazione nel periodo perinatale di vissuti riguardanti la vita psichica infantile dei genitori, che può divenire per essi causa di un estremo stato di sofferenza psichica, la quale è riattualizzata dalla nascita di un bambino. I genitori sono così invasi da cariche

pulsionali di quantità eccessiva, da libido e distruttività confuse che promuovono angosce catastrofiche e sensi di colpa intollerabili. La riattivazione di vissuti precoci porta in questi casi, secondo lo stesso Carel ad una de-differenziazione tra l'interno dell'Io e l'esterno, tra fantasma e realtà, tra pensiero e atto, la quale installa il "dominio di modalità di pensiero magico" (Carel, 1988, pp.57-58). In queste circostanze la riattivazione di una dimensione impensabile legata a una sofferenza infantile precoce non contenuta dalla psiche degli oggetti primari si collega all'attivazione di intensi sensi di colpa persecutori e di un Super-Io estremamente severo, nonché all'attivazione di processi di censura non rivolti alle pulsioni ma volti all'autoconservazione attraverso il disinvestimento e l'amputazione pulsionale (Zurlo, 2009).

Secondo la Vegetti Finzi (1985) nella donna la sterilità può essere definita come assenza di un figlio, mai come inesistenza, infatti, secondo l'autrice, il bambino preesiste alla maternità reale e non si esaurisce con essa. Nel vissuto di sterilità convivono due opposte esperienze: quella di mancanza di figlio nel reale e quella di presenza di figlio nell'immaginario.

Potremmo definire la Filiazione, dal latino *filius* "esser figlio" come un termine che accomuna il diritto, l'antropologia e la psicoanalisi e designa le regole in virtù delle quali un individuo acquisisce la sua identità sociale iscrivendosi in un processo di trasmissione di tipo patrilineare o matrilineare. Nella sua accezione originaria, la filiazione riguarda i sistemi di parentela e si struttura sulla base della differenza dei sessi e delle generazioni (Roudinesco, 1997).

La Filiazione si intreccia col processo identitario dell'individuo, legando insieme il piano biologico con quello simbolico. Allo psicoanalista francese Guyotat (1980) dobbiamo uno studio approfondito dei molteplici aspetti della Filiazione.

La *filiazione istituita* (o giuridica) è socialmente e culturalmente costruita e rappresenta l'articolazione simbolica in cui l'individuo si colloca nella catena generativa, rispetto agli ascendenti ed ai discendenti.

La *filiazione immaginaria e narcisistica* invece ha a che vedere con una dimensione psichica e fantasmatica che coinvolge il vissuto personale dell'individuo e il suo inserimento nella rete di relazioni presente fin dalla nascita. Infine una terza dimensione è quella della *filiazione da corpo a corpo* che indica il legame corporeo tra il genitore e il

figlio. Quest'ultima dimensione, rispetto alle logiche del legame di filiazione, si situa sul versante del legame con la madre mentre la *filiazione istituita* su quello del legame col padre inglobando l'area più generale del "principio paterno". Con l'avvento delle nuove frontiere procreative che separano l'atto sessuale da quello fecondativo, si assiste alla diffrazione del processo di concepimento e la filiazione che ne deriva si costituisce come una "rappresentazione biomedica del legame tra parti del corpo e prodotti del corpo" (Zurlo, 2005).

La fecondazione eterologa ad esempio pone un problema complesso che sfocia su di una situazione ibrida; il sistema di filiazione in questo caso non appartiene né interamente a quella istituita basata sul legame biologico, dal momento che uno dei due genitori biologici è esterno alla coppia, né si struttura come indipendente da essa (come nell'adozione) poiché il legame biologico non può essere negato né affermato od ancora ignorato per entrambi i membri della coppia. In questo modo la *filiazione istituita* entra in crisi e ciò è testimoniato anche dalle oscillazioni delle sentenze e dei provvedimenti in campo giuridico (frequenti le cause di disconoscimento di paternità) dove spesso si delega al magistrato prima che al legislatore il compito di introdurre nuove normative onde regolamentare un campo in divenire. Quando la *filiazione istituita* dunque, non riesce a render conto di quella biologica si crea una situazione di rischio psicologico e come osservano diversi Autori, la presenza di anomalie a livello della filiazione istituita si ripercuote in quella fantasmatica ed immaginaria, accentuandone la dimensione narcisistica.

Nota infatti Zurlo : "Il sistema simbolico della filiazione rende pensabile e dicibile ciò che riguardo le origini e la morte, costituisce l'indicibile. Alle situazioni di anomalia della filiazione istituita, quindi corrisponde un vuoto di pensiero e di simbolizzazione che trova espressione sia a livello collettivo che individuale" (ibid.,59). La problematicità che investe la filiazione a seguito delle nuove tecniche di procreazione assistita costituisce un campo in parte inesplorato, oggetto di studi e riflessioni. Per capire il lavoro di elaborazione richiesto a livello individuale, sottolinea ancora Zurlo : " (...) è necessario interrogarsi sulle fantasie che precedono e sono sottese al concepimento con tale procedimento."

E' dunque utile dirigere l'attenzione sugli aspetti narcisistici della filiazione e sulla evoluzione della tematica del desiderio in cui la filiazione si iscrive. Come già sottolineava Freud (1914) relativamente al narcisismo del bambino inteso come prolungamento del narcisismo del genitore, possiamo osservare come il bambino si collochi nella catena generazionale come il frutto del desiderio dei genitori. L'investimento narcisistico nei confronti della prole costituisce le basi dell' individualità e ne garantisce lo sviluppo armonioso.

Questi aspetti rinviano al concetto di contratto narcisistico della psicoanalista francese P. Aulagnier (1975).

Il legame di filiazione può essere trattato da diversi punti di vista : giuridico, antropologico, biologico. Di fatto però un individuo è considerato figlio di un padre o di una madre sulla base di un atto di nascita e del riconoscimento da parte del gruppo di appartenenza.

La realtà del legame viene quindi attestata dal gruppo ,e può o meno sovrapporsi al legame biologico. Oggetto di questo studio è il modo in cui il legame di filiazione viene vissuto dall'individuo stesso.

Rosolato ha dimostrato che l'accettazione di un debito di filiazione da parte di un individuo non si costruisce sempre con facilità, e che essa è direttamente collegata con la costituzione dell'organizzazione simbolica. Secondo Rosolato poi sul piano della filiazione le cose si organizzano a livello di tre generazioni : con il padre del figlio che a sua volta è figlio di un padre.

Il sistema edipico si stabilisce quindi sia nei confronti del figlio che nei confronti del padre. La paternità d'altro canto è un'organizzazione che non funziona se non quando si basa sulla parola data, soprattutto sulla parola della madre che conferma che il padre di suo figlio sia effettivamente quel padre. Nel bambino la costituzione del legame di filiazione è da un lato funzione dell'elaborazione della struttura edipica, ed è dall'altro tributaria dell'organizzazione narcisistica.

Lo studio della struttura dei deliri di filiazione permette di ritrovare a un livello più schematico questa dialettica tra filiazione istituita e filiazione narcisistica.

La dimensione narcisistica della filiazione è particolarmente attiva nelle psicosi puerperali, nei deliri di filiazione, nelle psicosi di filiazione, negli stati depressivi e in determinati disturbi psicosomatici.

I.6 Letteratura sugli aspetti psicologici legati all'infertilità

Per quanto riguarda il legame tra infertilità e fattori psicologici, vi sono, in letteratura due ipotesi che vengono prese in considerazione: da un lato si esamina la possibilità che i fattori psicologici possano influenzare l'eziologia dell'infertilità, e, dall'altro, si analizza l'impatto dell'infertilità sul funzionamento psicologico.

In relazione alle diverse ipotesi di ricerca, dalla letteratura recente sul rapporto tra fattori psicologici e infertilità emergono tre linee di studio centrali, che riguardano: 1) i fattori psicologici nell'eziologia dell'infertilità, 2) l'impatto dell'infertilità sul funzionamento psicologico, 3) le strategie di adattamento all'infertilità (*coping strategies*) e gli aspetti della consulenza psicologica alle coppie infertili. Inoltre, in seguito allo sviluppo delle moderne tecnologie di fecondazione assistita, si sta evolvendo una ulteriore linea di studio sui correlati emotivi di tali trattamenti.

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 possa 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 infertilità (Pasini, 1978).

Negli ultimi anni è stato sollevato il problema del rigore metodologico nella maggior parte delle ricerche più datate, che consideravano le coppie infertili come un gruppo omogeneo, indipendentemente dalla durata dell'infertilità e dal diverso momento dell'iter diagnostico e terapeutico che i soggetti stavano attraversando (Wright et al., 1989; Connolly et al., 1992; Morse e Van Hall, 1987). Può essere ben diverso, infatti, lo stato d'animo di coloro che si presentano alla prima visita per un sospetto di infertilità, da quello di una coppia che ha già ottenuto la diagnosi, dopo una lunga serie di indagini

estenuanti e invasive. E' stata inoltre rilevata la difficoltà e l'imprecisione della categorizzazione diagnostica dei soggetti, in particolare per ciò che riguarda le definizioni di infertilità funzionale, psicogena, idiopatica, inspiegata etc. La confusione diagnostica rende inoltre difficile la comparazione tra i diversi gruppi da studiare.

Il presente lavoro di analisi della letteratura ha esaminato gli articoli, apparsi su riviste scientifiche negli ultimi decenni, che si sono focalizzati sugli aspetti psicologici e psicosociali dell'infertilità, focalizzandosi su alcuni temi in particolare:

1. i fattori psicologici nell'eziopatogenesi dell'infertilità
2. le conseguenze psicologiche dell'infertilità
3. le strategie di *coping*
4. i vissuti psicologici nelle procedure di procreazione medicalmente assistita
5. gli studi di psicofisiologia e sul ruolo dello stress.

Fattori psicologici nell'eziopatogenesi dell'infertilità.

Come abbiamo detto, la prima ipotesi focalizza l'attenzione sul fatto che l'infertilità possa essere causata da fattori psicologici, quali ansia e stress. I primi autori che si sono occupati dell'argomento, specialmente negli anni '70 e '80, distinguevano nettamente tra infertilità organica e infertilità senza apparenti cause organiche, considerata di origine psicologica. Al riguardo, è evidente in tali lavori, la difficoltà di una delimitazione diagnostica della cosiddetta "infertilità psicogena", che può essere posta con un certo margine di sicurezza soltanto a posteriori (ad esempio, nei casi di risoluzione in seguito a psicoterapia o allo sblocco spontaneo in seguito all'adozione di un figlio o dopo l'interruzione di un lungo iter terapeutico senza risultati).

Secondo alcuni autori, se una coppia diagnosticata infertile riesce ad avere un figlio, nel 60% dei casi ciò non può essere attribuito alle terapie mediche (Hubert et al., 1985) e circa la metà delle coppie con infertilità inspiegata riesce a concepire entro tre anni dalla prima diagnosi senza alcun tipo di trattamento (Edelmann e Connolly, 1986).

Ciò spiega il grande interesse che la ricerca tradizionale ha posto nell'identificare quali componenti e predisposizioni psicologiche possano essere chiamate in causa nella complessa eziologia dell'infertilità.

Gli studi del passato riguardavano soprattutto il tentativo di delineare la personalità della donna infertile, arrivando a descrivere fino ad otto tipi di personalità specifiche, tra cui “la donna immatura-dipendente, la donna mascolino-aggressiva, quella cronicamente tesa etc.” (Pasini, 1978).

Negli ultimi anni studi più rigorosi hanno tentato di stabilire se le coppie infertili differiscono dalle coppie fertili e se le coppie con infertilità organica differiscono da quelle con infertilità inspiegata o funzionale, in relazione ad una varietà di caratteristiche psicologiche.

Una delle prime ricerche sull'argomento, Mai (1972), utilizzando il metodo dell'intervista psichiatrica semistrukturata, ha confrontato un gruppo di coppie infertili e uno di coppie fertili per altri aspetti simili, e ha riscontrato che le donne infertili mostravano, in misura significativa, disordini della personalità di tipo isterico e aggressivo e una maggiore ambivalenza e difficoltà nei confronti della sessualità più frequentemente del gruppo di controllo.

Platt (1973) ha valutato un campione di coppie infertili (durata media dell'infertilità di tre anni) sulla base di alcune dimensioni della personalità, ed ha riscontrato che sia i maschi che le femmine percepivano uno scarso controllo sulla loro vita (locus of control esterno) e mostravano una marcata discrepanza tra concetto di sé attuale e sé ideale. Inoltre, le donne mostravano più nevroticismo, ansia e disturbi emozionali rispetto al gruppo di controllo.

In un confronto tra donne con infertilità psicogena e donne con infertilità meccanica che erano state sottoposte ad un intervento correttivo alle tube (Kipper et al. 1977), le pazienti psicogene non mostravano segni di maggiore nevrosi (Neuroticism Scale) rispetto al gruppo di controllo, mentre mostravano notevoli difficoltà rispetto ad alcune dimensioni del ruolo femminile, quali l'accettazione e l'identificazione col ruolo femminile e con la maternità. Slade (1981), non ha trovato, in donne con infertilità inspiegata, maggiori difficoltà per ciò che riguarda il ruolo sociale femminile, mentre ha riscontrato un minor adattamento sessuale, con sensi di colpa e abitudini sessuali restrittive (l'autore, comunque, mette in guardia rispetto alla possibilità che tali risultati non necessariamente siano l'effetto di una sessualità finalizzata esclusivamente al tentativo di procreare).

In uno studio sistematico della grafologia di donne con infertilità sine causa, i soggetti hanno riportato punteggi più elevati, rispetto ai controlli, nelle dimensioni di "resistenza" e "attesa", cioè nella tendenza alla chiusura, alla rigidità, all'autocontrollo e ad atteggiamenti di statica difesa (Deragna et al., 1994).

Altri studi sembrano contraddire le ipotesi sull'esistenza di tratti specifici di personalità predisponenti all'infertilità. Paulson et al. (1988) hanno sottoposto un gruppo di donne diagnosticate infertili ad una serie di test per misurare tratti di personalità, ansia, depressione, concetto di sé e locus of control, e non hanno riscontrato differenze significative con il gruppo di controllo. In una indagine sulla condizione psicologica di donne infertili alla loro prima visita, Downey e McKinney (1992) non hanno trovato differenze significative con il gruppo di controllo per ciò che concerne sintomatologia psichiatrica, depressione, autostima e funzionamento sessuale. Comunque un'alta percentuale di pazienti percepiva un cambiamento in negativo dell'umore e del senso del proprio valore in seguito all'insorgere di problemi di fertilità.

Come si può notare dalle ricerche citate non sembrano emergere risultati chiari e univoci sulle caratteristiche di personalità e sugli atteggiamenti motivazionali della donna infertile. Sembra piuttosto emergere una scarsa considerazione per eventuali disturbi relazionali della coppia che potrebbero influire sulla fertilità.

Alcuni autori mettono in dubbio l'utilità delle valutazioni psicometriche nell'indagare sull'infertilità funzionale e psicogena, in quanto raramente si riscontrano disturbi psichiatrici, mentre emergono in primo piano i conflitti motivazionali nel desiderio di avere un figlio. In tal senso, essi ritengono che il colloquio clinico sia lo strumento più adeguato per chiarire la natura del conflitto (Astor e Pawson, 1985).

Mentre un tempo le percentuali di casi ritenuti a eziologia psicogena o inspiegata (sine causa) raggiungevano anche il 50%, oggi l'affinamento delle conoscenze e delle tecniche diagnostiche hanno ridotto tali percentuali a una media del 5% (Seibel e Taymor, 1982; Capitanio e Curotto, 1993) e sembra che la stima massima non superi il 18% (Edelmann e Connolly, 1986).

Il limite più evidente delle prime ricerche sull'argomento è quello di aver indagato il legame tra psicologia e infertilità in una logica unidirezionale e semplicistica. Solo pochi autori hanno sottolineato come le componenti somatiche e quelle psicologiche siano

inseparabili, presupponendo una multifattorialità di cause nella eziopatogenesi dell'infertilità (Morse e Van Hall, 1987; Graziottin, 1989).

Le conseguenze psicologiche dell'infertilità.

Mentre gli studi riguardanti i fattori psicologici nell'eziologia dell'infertilità sono discordanti, pochi dubbi ci sono invece sugli effetti e sulle conseguenze psicologiche dell'infertilità, in termini di ansia, stress psicosociale, frustrazione, disadattamento coniugale, etc. Naturalmente, lo stress emozionale che consegue una diagnosi di infertilità può a sua volta avere un effetto sulle funzioni biologiche, particolarmente sull'equilibrio endocrino e sulle funzioni sessuali, tale da creare un circolo vizioso.

Già nel 1975 Menning descriveva una serie di reazioni che vanno dalla sorpresa e lo shock iniziali, al rifiuto, alla collera, all'angoscia, ai successivi sensi di colpa, di dolore, e di perdita.

Numerosi studi successivi hanno dunque rivelato la presenza di disturbi psichiatrici in coppie o donne che richiedono un consulto presso cliniche che si occupano di fecondazione assistita. Molti di questi studi sono stati effettuati presso università o istituti della parte orientale dell'emisfero, quali Iran, Pakistan, Taiwan.

Una ricerca proveniente da Taiwan (Chen et al., 2004) ha studiato un campione di 112 donne che attendevano di sottoporsi ad un ciclo di fecondazione assistita e ha valutato la presenza di disordini psichiatrici. I risultati hanno mostrato una percentuale molto alta di problematiche psichiatriche (40.2%) in queste donne, soprattutto per quanto riguarda i disturbi d'ansia. Le critiche rivolte a questo studio sono state soprattutto quelle di non avere preso in considerazione un gruppo di controllo e quella di non poter conoscere la direzionalità di questi disturbi, cioè se essi erano dovuti allo stress di non potere avere figli o se erano presenti già in precedenza.

Risultati molto simili sono stati trovati in uno studio condotto in Iran (Ahmad Ali Noorbala et al., 2009) che ha evidenziato, su un campione di 150 donne fertili e 150 infertili, una percentuale più alta tra le donne infertili di problematiche psichiatriche (44% infertili, 28,7% fertili).

Studio molto simile è quello di Wahid Bakhsh Sajid e Shahid Rashid del 2004 svolto presso un ospedale del Pakistan che ha considerato 100 donne infertili ed ha somministrato loro un questionario sulla presenza di disturbi psichiatrici confrontando poi i risultati con un gruppo di controllo. La presenza di disturbi psichiatrici in donne infertili è del 76% contro il 32% di donne fertili.

Un ulteriore studio condotto in un centro per l'infertilità di Tabriz (Iran) del 2008 (Farzadi e Ghasemzadeh) ha ricercato la presenza di depressione in donne infertili, incrociando poi i risultati con un questionario che valuta la pressione familiare e le cognizioni irrazionali sull'infertilità dei parenti. I risultati ottenuti sono stati molto significativi. Su 193 donne infertili il 72% sembravano mostrare tratti depressivi ma nello stesso tempo avevano un punteggio molto elevato al questionario, cioè si sentivano molto pressate dalla propria famiglia riguardo al problema dell'infertilità.

Questo ultimo studio può essere uno spunto per spiegare sia l'alto numero di articoli di autori orientali sull'argomento che le percentuali così alte di comorbilità psichiatrica riscontrate in donne infertili. Nei paesi dell'est del mondo la fertilità è vista come una componente fondamentale del matrimonio, che viene riferita principalmente alla donna. Proprio per questo motivo gli studi sono svolti solo su donne e non su coppie. Nello stesso tempo le donne sono sottoposte a notevoli pressioni legate all'argomento da tutta la famiglia e dallo stesso marito (l'infertilità dovuta alla donna in alcuni paesi può causare ancora il ripudio) e questo può spiegare l'alta percentuale di depressione e di ansia trovata nei risultati. Questi studi mostrano, quindi, come la componente sociale e la pressione familiare possano influire in maniera significativa sulla presenza di problematiche psichiatriche e forse anche sulla genesi dell'infertilità stessa.

Studi di matrice occidentale mostrano risultati molto simili seppur in percentuali ridotte.

Uno studio condotto in Virginia (Karjane et al, 2008) ha tentato di cercare una correlazione tra l'infertilità, l'abuso di alcool e le eventuali problematiche psichiatriche. Pur essendo il campione di studio molto esiguo, e quindi non generalizzabile, i risultati mostrano una netta prevalenza di abuso d'alcool e di disturbi psichiatrici in donne infertili. Purtroppo questa ricerca sottolinea l'impossibilità di definire una causalità

lineare tra questi fattori, e quindi rimane aperto l'interrogativo se è l'infertilità stessa a causare problematiche psichiatriche e rischio di abuso d'alcol o viceversa.

Uno studio svedese del 2008 (Volgsten et al.) ha considerato 1000 soggetti, circa 500 coppie, che si stavano per sottoporre al primo ciclo di fecondazione per valutare anche in questo caso la presenza di disturbi psichiatrici.

I risultati mostrano che circa il 30% delle donne manifestava problematiche riguardanti disturbi depressivi e ansiosi, a differenza del 10% degli uomini. Se si confrontano i risultati con la percentuale di disturbi presenti nella popolazione normale si può vedere come nelle donne infertili la percentuale di disturbi depressivi sia più alta, mentre per i disturbi d'ansia è molto simile a quella della popolazione normale.

In uno studio italiano del 2002 (Fassino et al.), gli autori hanno cercato di ovviare la difficoltà di definire se le problematiche psichiatriche scaturissero dalla diagnosi di infertilità; il campione di studio è formato quindi da un gruppo di donne fertili (controllo), e due gruppi di donne infertili non a conoscenza della loro diagnosi (un gruppo con diagnosi di infertilità organica e un gruppo con diagnosi funzionale). Sono state misurate la depressione, l'ansia e la rabbia espressa. I risultati mostrano punteggi di ansia e depressione più alti nei due gruppi di donne infertili rispetto al gruppo di controllo, e differenze anche tra i due gruppi di infertili: l'ansia è più presente nelle infertili funzionali e la depressione in quelle organiche. Differenza significativa sembra esserci anche nell'espressione della rabbia: le donne infertili dei due gruppi sembrano meno capaci di esprimere rabbia ed hanno la tendenza a sopprimerla, diversamente dal gruppo delle donne fertili che la esprimono senza problemi.

Sempre italiano uno studio del 2008 (Sbaragli et al.) nel quale si è studiata la percentuale di donne infertili che presentavano un disturbo psichiatrico nel momento in cui si rivolgevano ad una clinica per la fertilità.

Anche in questo caso le 81 coppie infertili sono state confrontate con un gruppo di controllo fertile e si è rilevato che circa il 16% delle coppie infertili presentavano disturbi dell'umore e d'ansia a differenza del 2% delle coppie fertili.

Per concludere si può citare un articolo americano del 2007 (Williams, Marsh e Rasgon) dove vengono evidenziati i limiti delle ricerche riguardo l'argomento e soprattutto le raccomandazioni per gli studi futuri.

Gli autori sottolineano come sia estremamente complesso definire una relazione causale e lineare tra disturbi psichiatrici e infertilità, dato che si trovano in una relazione molto complessa tra loro; essi evidenziano inoltre anche come sia necessario prendere in considerazione un numero estremamente alto di variabili nel momento di scegliere gli strumenti e selezionare i gruppi di studio e soprattutto di controllo.

Questi elementi, nelle loro molteplici combinazioni, hanno portato a ricerche con risultati discordanti e di difficile comparazione.

Strategie di coping ed efficacia del sostegno psicologico

L'infertilità viene considerata come uno stressor cronico, incontrollabile e impraticabile, che può determinare effetti negativi su entrambi i partners della coppia, investendo la loro vita emotiva, sociale e relazionale (Steward e Blazer, 1986; McEwan, Costello, Taylor, 1987; Dunkel-Schetter et al., 1991; Leiblum, 1997). Alcune ricerche si sono incentrate sulle specifiche strategie di adattamento a cui fanno ricorso le coppie per affrontare l'infertilità.

In seguito ad una diagnosi d'infertilità, gli uomini e le donne reagiscono non in egual modo, mettendo in atto strategie di coping cognitive e comportamentali per fronteggiare la situazione, estremamente differenti. Emerge, pertanto, una sostanziale differenza di genere.

Da studi trasversali e longitudinali (Jensen et al., 1991) è emerso che l'impiego di strategie di coping attive è associato a livelli più bassi di severità del dolore, di depressione e di disabilità funzionale, rispetto all'impiego di strategie passive. Inoltre le strategie di coping, siano esse passive o attive, interagiscono tra loro nel determinare risultati positivi. L'adattamento della coppia alla diagnosi, dipenderà, quindi, dall'utilizzo flessibile delle strategie di coping, qualora esse risultino disadattive (Zeidner e Saklofske, 1996).

Riguardo l'efficacia degli interventi di sostegno psicologico per le coppie infertili, non sono disponibili molti studi. Tuttavia, è stato dimostrato che quando la coppia si sottopone ad una terapia di gruppo o individuale c'è una diminuzione dell'ansia e, dopo

la fine della terapia, una notevole riduzione dei sintomi depressivi. Inoltre, sembra che la psicoterapia che accompagna l'inseminazione in vitro abbia effetti positivi su quest'ultima (de Liz e Strauss, 2005).

Una ricerca del 2008 (Faramarzi et al.) ha dimostrato che la CBT (psicoterapia cognitivo comportamentale) ha effetti superiori o identici alla farmacoterapia sui sintomi depressivi e ansiosi delle donne infertili.

Anche il supporto psicosociale e la psicoeducazione risultano essere validi sostegni. L'acquisizione di conoscenze sull'infertilità e sulle tecniche di riproduzione riduce lo stress e aumenta le strategie di coping (Wischmann, 2008). Utili informazioni possono essere fornite attraverso libretti e filmati, mediante counseling telefonico, oppure attraverso internet: è stata dimostrata, infatti, in alcune donne sottoposte ad un programma di web-education, una diminuzione dello stress globale e di quello legato alla sfera sessuale. Nonostante la loro utilità, tali tecniche non possono comunque sostituire l'intervento faccia a faccia (Cousineau, Grenn e Corsini, 2008).

I.7 Tecniche di procreazione medicalmente assistita e vissuti psicologici correlati.

Per tecniche di procreazione medicalmente assistita si intendono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di oociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza. Questi procedimenti includono, con modalità sia di tipo omologo che eterologo: la inseminazione, la fecondazione in vitro e il trasferimento embrionale, il trasferimento intratubarico dei gameti, la microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo, la crioconservazione dei gameti e degli embrioni.

Queste tecniche sono attualmente rappresentate da una gamma di opzioni terapeutiche a diverso grado di invasività sia tecnica che psicologica sulla coppia. La suddivisione qui riportata in Tecniche di I, II e III livello è stata effettuata tenendo conto della loro complessità e del grado di invasività tecnica. Nel caso di applicazione di tecniche di PMA di tipo eterologo, al fine di evitare illegittime selezioni eugenetiche, non è possibile per le coppie scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore.

Il principio seguito nella stesura di queste linee guida è quello di utilizzare in prima istanza le opzioni terapeutiche più semplici, meno invasive e meno onerose, tenendo in

debito conto l'età della donna e la causa, quando nota, dell'infertilità e della sterilità di coppia.

Tecniche di I Livello:

- inseminazione intracervicale/sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

Tecniche di II Livello (procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda):

- prelievo degli ovociti per via vaginale;
- fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);
- iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via transvaginale o guidata o isteroscopica.
- prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);
- eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti);

Tecniche di III Livello (procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione):

- prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo;
- prelievo degli ovociti per via laparoscopica;
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via laparoscopica.

Vissuti psicologici nelle procedure di procreazione medicalmente assistita

Gli studi effettuati negli ultimi dieci anni concernenti i vissuti psicologici nelle procedure di procreazione medicalmente assistita, hanno esplorato diverse aree.

Oggetto di interesse di alcuni è stato l'adattamento emotivo al trattamento medico, a breve e a lungo termine. Si è evidenziato che in generale, la maggior parte delle coppie infertili mostrano un buon adattamento emotivo all'insuccesso del trattamento di fecondazione in vitro (IVF) (Hammarberg et al., 2001; Bonanno e Kaltman, 2001), anche se un gruppo considerevole di donne mostra sintomi subclinici di ansia e depressione che vengono mantenuti anche dopo 6 mesi se associati a determinate caratteristiche di personalità, ad un particolare significato che si dà all'infertilità e all'assenza di sostegno sociale (Verhaak et al., 2005). Quando l'IVF ha come risultato una gravidanza, le emozioni negative scompaiono indicando che lo stress indotto dal trattamento è considerevolmente collegato alla minaccia di fallimento dello stesso (de Klerk et al., 2008; Verhaak et al., 2007a). Per quanto riguarda gli effetti a lungo termine (3 o 5 anni) dell'insuccesso al trattamento, è stato evidenziato come un buono stato emotivo sia mantenuto e sostenuto dalla capacità delle donne di "guardare verso il futuro" (Daniluk, 2001) e di porsi nuovi obiettivi di vita, contrapposto ad un perseverare nei tentativi di perseguire una gravidanza che sembrano invece innalzare considerevolmente i livelli di ansia e di depressione (Verhaak et al., 2007b). Uno studio ha comunque evidenziato come dopo 20 anni la sospensione di un trattamento con insuccesso, le coppie mostrino effetti negativi a livello personale, interpersonale e sociale (separazione in metà delle coppie indagate e difficoltà nella vita sessuale) (Wirtberg, 2007).

Sembra comunque che la modalità di trattamento (lieve o standard) influenzi la risposta emotiva nelle donne ad un insuccesso. Le donne che hanno sperimentato un insuccesso al trattamento dopo IVF standard hanno presentato più sintomi depressivi dopo la sospensione del trattamento, rispetto alle donne che avevano subito un trattamento lieve (de Klerk et al., 2007).

Altri studi si sono invece focalizzati sulla percezione che le donne hanno circa la propria capacità di decidere di interrompere i tentativi di procreazione assistita dopo ripetuti fallimenti. È stato evidenziato che le donne attribuiscono un'influenza determinante ai media e alla società concernente questa capacità (Peddie et al., 2005).

Ulteriori studi hanno indagato l'influenza di una gravidanza con tecniche di riproduzione assistita sulla relazione di coppia. È stato dimostrato che non vi è

differenza tra le coppie che hanno avuto una gravidanza naturale e coppie con gravidanza in seguito ad una tecnica di riproduzione assistita in termini di soddisfazione coniugale e coesione diadica (Repokari et al., 2007), mentre la preoccupazione per la sopravvivenza del feto e le difficoltà nella prima genitorialità sembrano superiori nelle coppie che hanno subito un trattamento per l'infertilità (Hammarberg et al., 2008). Inoltre l'età avanzata della coppia che concepisce in seguito a tecniche di riproduzione assistita, non sembra influenzare l'adattamento psicosociale durante la gravidanza (McMahon et al., 2007).

Sul rapporto tra stress e probabilità di successo del trattamento di procreazione assistita ci sono dati fortemente discordanti. Molti studi riportano che tra altri fattori (stile di vita, età, peso, fumo, dieta, esercizio fisico, esposizione ad inquinamento ambientale, caffeina e alcool) lo stress psicologico agisce sulla naturale capacità riproduttiva (Homan et al., 2007), mentre altri mostrano come non ci siano ancora evidenze sperimentali che dimostrino che bassi livelli di stress abbiano come effetto un migliore risultato nel trattamento per la fertilità (Anderheim et al., 2005; Campagne, 2006). Un recente studio però mette in relazione eventi di vita negativi e stressanti avvenuti nei 12 mesi precedenti (non legati all'infertilità) e la probabilità di ottenere una gravidanza in seguito a tecniche di riproduzione assistita. Questo mostra che tra le due variabili c'è una correlazione, evidenziando che le donne che non hanno avuto una gravidanza in seguito a IVF presentavano un maggior numero di eventi di vita negativi e stressanti rispetto alle donne che hanno riportato un successo in seguito a IVF (Ebbesen. et al., 2009).

E' stato infine evidenziato come la reazione emotiva dell'uomo si discosti considerevolmente da quella della donna dinnanzi ad una condizione di infertilità. In particolare nell'uomo i livelli di ansia e depressione risultano indipendenti dall'insuccesso al trattamento, dalla durata di quest'ultimo e dalla diagnosi ricevuta (Pook. e Krause, 2005).

I correlati emotivi delle tecniche di fecondazione assistita.

Il pensiero scientifico ha potuto compiere grandi passi grazie alla ricerca e alle intuizioni di illustri pensatori, ma il pensiero comune permane tuttora grandemente influenzato da pregiudizi e false credenze sulla procreazione (Mengarelli Flamigni,

2002). E' ancora molto difficile per una coppia affrontare il percorso della procreazione medicalmente assistita: dietro le resistenze o i comportamenti comuni come il presentarsi della donna sempre in prima linea, a fronte di uomini che appaiono frequentemente meno interessati alle vicende cliniche, si possono nascondere paure più profonde, collegati a quei fantasmi ancestrali nascosti nel mito delle origini, che hanno a che fare con la potenza virile maschile e le conseguenti angosce di castrazione e impotenza e i fantasmi di sterilità per la donna, perché seguendo Aristotele (384-322 a. C.), ancora oggi, troppo spesso, essere donna vuol dire essere madre (Duchè, 1972).

Bisognerà per certi versi aspettare la rivoluzione femminista, iniziata storicamente poco prima dell'inizio del 1800, ma terminata negli anni settanta perché almeno inizi a cambiare il pensiero e le donne rivendichino l'autonomia delle proprie scelte.

La conquista più importante in Italia è stata la legalizzazione dell'aborto, dapprima respinta con un referendum abrogativo nel 1974, e successivamente approvata dopo la mobilitazione del movimento femminista, con la legge 194 dal Parlamento il 6 giugno 1978 e confermata nel 1981.

L'approccio alla procreazione è stato da allora profondamente cambiato da due eventi: da un lato la diffusione della pillola anticoncezionale negli anni settanta ha separato la procreazione dalla sessualità e dall'altro le tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno disgiunto la fecondità dalla fertilità: si può generare pur rimanendo sterili.

Nonostante l'enfatizzazione degli aspetti legati all'autonomia e alla libertà di scelta, i dati empirici fanno emergere, in Europa, l'esistenza di un bisogno insoddisfatto di maternità e di paternità (Donati, Di Nicola, 1998).

La libertà di procreazione, invece di aumentare la fecondità sembra diminuirla. Questo dato non può essere letto disgiuntamente dalle profonde trasformazioni del contesto sociale avvenute nell'ultimo secolo, che hanno portato all'emergere di nuovi bisogni nella società, come ad esempio quelli legati alla realizzazione professionale delle donne o al passaggio dalla famiglia nucleare a quella allargata, ma sembra esprimere una instabilità di fondo, un sentimento di insicurezza, una crisi sociale.

L'infertilità è in continuo aumento e questo fa parte da un lato di un processo secolare iniziato in molti paesi d'Europa già nel Settecento (Bacci, 1980, Donati 1991, Golini, 2003), dall'altro sembra che si possa considerare come un disturbo specifico dell'epoca

in cui viviamo. Il tasso di fertilità totale, ossia il numero di figli nati dalla stessa donna nel corso della sua vita, sta diminuendo ed è al di sotto del tasso di fecondità di sostituzione della popolazione.

Negli ultimi venti anni circa si sono sviluppate e sono andate sempre più affinandosi le tecniche di fecondazione assistita, che permettono di aggirare l'ostacolo della mancata fertilità, allorché i consueti trattamenti medici non si siano rivelati utili a ottenere un concepimento.

I mezzi terapeutici oggi disponibili, e in continuo perfezionamento, sono essenzialmente rappresentati da: 1) inseminazione artificiale omologa ed eterologa; 2) GIFT o Gamete Intrafallopian Transfert; 3) Fertilizzazione in Vitro/Embryo Transfert o FIVET. In particolare l'inseminazione artificiale eterologa (con seme di donatore - AID) viene utilizzata nei casi di azoospermia, oligospermia grave e sterilità immunologica; la FIVET viene utilizzata nelle patologie tubariche non risolvibili con microchirurgia, nelle sterilità inspiegate, nelle endometriosi, nelle sterilità immunologiche e nelle oligoastenospermie. La GIFT ha le stesse indicazioni della FIVET, salvo le patologie tubariche (Cagnazzo, 1988).

Ognuna di queste tecniche finalizzate ad ottenere una gravidanza, comporta specifiche problematiche psicologiche, in relazione alla peculiarità ed inusualità del trattamento, al tipo di procedure da utilizzare, ai tempi del trattamento, al coinvolgimento di terze persone in una sfera così tanto intima (medici, donatore), alle probabilità di successo, che a volte sono piuttosto esigue (nella FIVET non oltre il 15%), e quindi alla prospettiva di un eventuale fallimento.

Il percorso di riproduzione assistita, con il suo rituale complesso, l'alta frequenza dei controlli, il grande numero di variabili (vissute come del tutto incontrollabili) che sembrano condizionarne l'esito, esaspera l'attesa e sottolinea, ad ogni intervento, la perdita, simbolica o reale, che la frustrazione del desiderio di un figlio inevitabilmente comporta (Graziottin et al., 1993). Inoltre l'attenzione ossessiva ai propri processi corporei, indotta dalla medicalizzazione, ingenera ansie, paure e tensioni che possono alterare i parametri fisiologici. Può, per esempio, verificarsi anovulazione in donne in trattamento di inseminazione artificiale e difficoltà da parte dell'uomo di produrre il seme

quando richiesto dai medici, o alterazione dei valori seminali (Dennerstein e Morse, 1988).

Come è stato sottolineato da Link (1986), l'infertilità non può essere trattata al pari di ogni altra "malattia", in quanto va a toccare l'essenza stessa della femminilità e della mascolinità e l'intrusività fisica e psicologica che accompagna il trattamento può mettere profondamente in discussione l'immagine di sé e dar luogo a squilibri emozionali e psicosessuali.

In particolare, le tecniche con maggiori implicazioni psicologiche e morali, sono l'inseminazione artificiale eterologa, e la FIVET. La GIFT, che prevede l'incontro dei gameti dei due partner, precedentemente manipolati, nella loro sede naturale cioè nelle tube materne, sembra comportare minori problematiche morali, pur essendo, al pari delle altre, altamente stressante, a causa delle lunghe e invasive procedure (Simonelli, 1987).

Sebbene stia crescendo, in ambito clinico la consapevolezza dello stress implicito nel percorso di riproduzione assistita, la ricerca psicologica in questo ambito è allo stadio iniziale e i dati disponibili sono ancora insufficienti e piuttosto incerti.

Un dato che sembra emergere è che le coppie che si sottopongono ad un concepimento indotto siano quelle più solidali e con maggiore ottimismo e determinazione personale. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che coloro che optano per tale decisione hanno avuto modo di elaborare e superare le difficoltà inerenti alle fasi precedenti e di saggiare la consistenza della propria motivazione (Venturini et al., 1986).

Alcune ricerche hanno tentato di misurare il profilo psicologico delle donne in pre-trattamento FIVET e dei loro partners, e di studiare i successivi effetti psicologici dell'iter terapeutico. In generale, nelle donne sono state riscontrate caratteristiche di ambizione, creatività, indipendenza, forza dell'Io, buona tolleranza allo stress, estroversione e autostima. A fronte di ciò è stato rilevato un alto livello di ansia di stato e di tratto (Dennerstein e Morse, 1988; D'Ambrogio et al, 1993; Callan e Hennessey, 1988). Freeman (1985) ha trovato soltanto nel 20% dei soggetti disfunzioni emotive, stress e difficoltà di personalità. Manara e Boscia (1988) hanno esaminato da un punto di vista psicodinamico donne in fase di induzione del concepimento e hanno riscontrato una carica di aggressività repressa mitigata da meccanismi di difesa quali lo spostamento e la rimozione.

Uno studio riguardante cento donne esaminate prima e dopo un tentativo fallito di fecondazione in vitro ha registrato un peggioramento nelle misure della depressione, autostima e fiducia in sé rispetto all'inizio del trattamento, inoltre ha rilevato che le donne che utilizzavano una modalità evitante di far fronte all'insuccesso riportavano un minore livello di adattamento (Hynes et al., 1992) rispetto a quelle che adottavano una modalità orientata alla risoluzione del problema.

In un'altra ricerca di tipo longitudinale (Leiblum et al., 1987) le coppie all'inizio del trattamento FIVET ritenevano che il loro matrimonio fosse decisamente migliore della media e si dichiaravano molto ottimiste sulle chances di ottenere una gravidanza (40%), a dispetto delle previsioni mediche che erano circa del 10%. Le donne riportavano punteggi più alti nelle misure della depressione rispetto ai mariti, i quali mostravano una maggiore sicurezza. In seguito al fallimento del trattamento l'umore delle coppie virava significativamente verso sentimenti di rabbia, depressione, vuoto, tristezza, senso di colpa.

In alcuni casi l'esperienza di ripetuti fallimenti dà inizio al processo di elaborazione del lutto, e all'accettazione della realtà, nella convinzione di aver fatto tutto il possibile, in altri casi prevale la disperazione e il senso di essere stati traditi dal proprio corpo (Dennerstein e Morse, 1988).

Questi dati testimoniano della grande carica emotiva coinvolta nei trattamenti e nel loro fallimento e inducono a riflettere sulla necessità di individuare quei casi in cui massicce difese, quali la negazione e la rimozione, e l'attenzione esclusiva verso la meta agognata portano ad eccessive aspettative, rendendo poi più difficile fronteggiare la delusione del fallimento, col rischio di esserne sopraffatti. In tal senso viene sottolineata l'importanza di intensificare gli sforzi da parte dei clinici nella fase preparatoria al programma, tramite una informazione sempre più chiara e un sostegno psicologico costante, volto all'esplicitazione e all'elaborazione dell'ansia e delle paure sottostanti (Dennerstein e Morse, 1988; Callan e Hennessey, 1989).

L'esigenza di una informazione accurata e di un supporto rassicurante emerge anche nelle ricerche riguardanti i programmi di inseminazione artificiale eterologa, in cui i dubbi, le paure e le fantasie si moltiplicano in rapporto all'inclusione di un terzo estraneo, il donatore anonimo, come vettore di fertilità, che viene vissuto come una figura

misteriosa, a volte benevola, a volte persecutoria e onnipotente. In tal senso è stata spesso registrata una pressante richiesta di informazione sul conto del donatore e sulle modalità delle procedure, da parte delle coppie, e soprattutto dei mariti, volta probabilmente a razionalizzare e ridimensionare le ambivalenze e i fantasmi relativi all'utilizzo del seme di un estraneo (Micioni, 1993). Inoltre il ricorso al donatore è un evento investito di tali tabù sociali e familiari che da una indagine su 830 coppie sottoposte ad inseminazione artificiale eterologa è risultato che molte di esse l'avevano tenuto totalmente segreto a entrambe le famiglie di origine e che soltanto un uomo su 830 aveva avuto il coraggio di rivelare al proprio padre di essere il responsabile dell'infertilità (Graziottin et al., 1993).

L'AID offre alla partner femminile della coppia sterile la possibilità di vivere la maternità biologica, ma è necessaria una profonda presa di coscienza dei coniugi sui fattori che in essa sono implicati. Sebbene le casistiche riportino dati rassicuranti sull'incidenza di alterazioni psichiche in soggetti che hanno sperimentato l'AID, i potenziali effetti negativi sul partner maschile non possono di certo essere ignorati (Struzziero e Corbo, 1987).

Le problematiche relative al donatore di seme riportate dal partner maschile vanno quindi attentamente vagliate in quanto riconducibili a dinamiche inconse riguardanti l'angoscia di castrazione, i conflitti edipici, la vergogna e la dialettica potenza-impotenza, che devono essere elaborate al fine di prevenire ambivalenze, sensi di colpa e di inadeguatezza verso il bambino che potrà nascere (Venturini et al., 1986; Simonelli, 1987). Come è stato sottolineato, l'inseminazione con donatore non può rappresentare da sola la risposta all'infertilità maschile, perché, tale metodica, isolata dal contesto emotivo, può diventare un evitamento piuttosto che un trattamento del problema (Edelmann et al., 1994; Carmeli e Birembaum-Carmeli, 1994).

Appare allora desiderabile una consulenza psicologica che offra la possibilità di analizzare serenamente le fantasie e le aspettative della coppia e che identifichi precocemente i soggetti più vulnerabili in modo da metterli in condizione di affrontare i propri conflitti o di prendere la decisione più appropriata (Connolly et al., 1992).

Capitolo II

Strategie di coping, adattamento diadico e qualità della vita nelle coppie infertili.

II.1 Strategie di coping e differenze di genere nell'infertilità di coppia.

Prima di descrivere i processi di *coping*, quali dimensioni psicologiche principalmente coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti (Holahan e Moos, 1994; Klapow et. al., 1995), ritengo necessario dare una definizione di ciò che si intende per **stress**. L'origine del termine è appannaggio dell'ingegneria, dove con *stress* si denota una forza che viene applicata ad un materiale e che, in tal modo, può produrre in esso una tensione o un cambiamento meccanico. In psicologia viene utilizzato per la prima volta da Cannon nel 1932 come sinonimo di stimolo nocivo.

Successivamente Selye (1936) concettualizza lo *stress* come un insieme di reazioni difensive di natura fisiologica e psicologica attuate per far fronte ad una minaccia o ad una sfida. Selye fu il primo ad aver riconosciuto che lo *stress* non è una condizione necessariamente patologica e negativa, ma una reazione in primo luogo adattativa, in quanto finalizzata a ristabilire o a mantenere l'equilibrio omeostatico.

Infine Lazarus e Folkman (1984) definiscono lo *stress* come la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. Quindi lo *stress* viene concettualizzato come qualcosa di dinamico, a carattere relazionale e compare per la prima volta il concetto di ***stress psicologico***. Con tale concetto si sottolinea la componente soggettiva dell'evento stressante, ovvero che l'elemento fondamentale che determina l'entità della reazione emozionale-fisiologica è la valutazione cognitiva che l'individuo compie del suddetto evento stressante. In altre parole, nessun evento esistenziale significativo può essere considerato aprioristicamente patogenetico e, allo stesso tempo, ogni evento suscettibile di produrre una reazione emozionale potrebbe essere definito come avvenimento stressante (Pancheri, 1993).

Quindi gli eventi sono stressanti nella misura in cui sono percepiti come stressanti, per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di *stress* a seconda di come viene interpretato e valutato (Lazarus, 1998). Tuttavia lo *stress* non è un'esperienza esclusivamente soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo. Perciò la portata stressogena di un evento è determinata, oltre che dalla

valutazione cognitiva dello stimolo compiuta dall'individuo, anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo, ovvero dalla qualità dell'evento (come l'impatto emozionale che produce nel soggetto) e dalla sua quantità (come, per esempio, la durata temporale e la "vicinanza" con altri eventi che costituiscono una potenziale minaccia per l'equilibrio psico-fisico dell'individuo). Infine la portata stressogena di un evento è definita, oltre che dalla valutazione cognitiva e dalla percezione emotiva dello stimolo (valutazione primaria), anche dalla cosiddetta valutazione secondaria, ovvero dalla valutazione che un individuo compie delle proprie risorse e capacità di far fronte allo stimolo stressante (Strategie di *Coping*). In altre parole un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus e Folkman, 1984).

Le Strategie di *Coping* sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di **adattamento** ad una **situazione stressante**. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti il *Coping*, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, ma, se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla.

Quando si parla di *coping* ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus, 1991).

Si evincono da tale definizione quelle che sono le caratteristiche distintive del *coping*:

- è un processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo, si influenzano a vicenda
- comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.

Le diverse strategie di *coping*, siano esse attive o passive, quindi, interagiscono tra loro nel determinare risultati positivi. In altre parole il successo dell'adattamento alla malattia dipenderà dalla interazione tra i diversi stili di *coping* e dalla situazione a cui essa viene applicata. Ciò conduce alla considerazione che, in realtà, non esistono stili

di *coping* adattivi o disadattivi a priori, in quanto strategie che possono risultare efficaci in una situazione, potrebbero non esserlo in un'altra e modalità reattive che risultano positive, se usate moderatamente e temporaneamente, possono divenire negative se usate in modo esclusivo (Zeidner e Saklofske, 1996). Si può quindi concludere che l'elemento essenziale per un buon adattamento allo *stress*, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di *coping*, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva.

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 avevamo 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 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. e Dearman (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:

- Un senso di profondo dolore e perdita
- Un senso di impotenza e Perdita di controllo
- Un senso di inadeguatezza
- Un senso di isolamento e Tradimento
- Un senso di minaccia

- 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 et al., 2006; Schmidt. 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 Copin 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'alessitimia (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'alessitimia) 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 dinanzi 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 problem-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: 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.

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, ridisegnanone 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

palesamente 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 adattamenti 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/adattamenti psicologici conseguenti alla diagnosi di infertilità al fine di rilevare modelli di coppie a rischio per adattamenti 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.

II.2 La scelta del partner: genesi della coppia e motivi della crisi

La scelta del partner in genere non è mai casuale. Comunque numerose ricerche sociologiche tendono a sfatare una considerazione comune: che oggi la scelta del partner sia molto più libera rispetto ai matrimoni combinati del passato.

Numerosi Autori sostengono che invece fattori socio-culturali ed economici impongono ancora dei limiti molto forti e condizionano una scelta che dai partner della coppia è vissuta invece come autodeterminata. Comunque è senz'altro possibile cercare di ritrovare motivazioni psicologiche, più o meno profonde nella scelta del partner: ed è molto probabile che le motivazioni alla scelta siano molto importanti non solo per capire la genesi della coppia, ma anche i motivi di una eventuale crisi. S. Freud nei "Tre saggi sulla teoria sessuale" afferma che "... trovare l'oggetto è semplicemente ritrovarlo". In questa visione è evidente che l'aspetto pulsionale è fondamentale, mentre l'oggetto viene considerato come contingente e funzionale: la scelta quindi è molto relativa, perché è sempre un supporto che si cerca.

Si ama la donna che nutre, si ama l'uomo che protegge. Questa posizione pur parzialmente modificata con il riconoscimento di una scelta anche su basi narcisistiche, è persistita a lungo nella spiegazione della scelta dei partner.

E' evidente che in questo modo non si tratta di una scelta, ma di una ripetizione, più o meno riuscita; ma è evidente che una tale ripetizione comporta, a monte, un massiccio processo di identificazione che non lascia molto spazio alla ricerca. Ma a parte questo credo comunque che il processo sia molto più complesso.

Il partner non viene scelto solo perché è simile o è opposto alla figura parentale di riferimento. Piuttosto la scelta avviene sia sulla modalità relazionale del bambino con l'adulto significativo, sia sulla modalità relazionale genitoriale. E tutto questo può avvenire in positivo (come identificazione) o in opposizione (come ribellione). Quindi la dinamica della scelta è molto complessa ed articolata, anche se possiamo affermare che è

sulla base delle relazioni parentali che si struttura (come nostalgia o come rifiuto) il riferimento che condurrà in seguito il soggetto a strutturare la sua personale organizzazione diadica. Ma è evidente che perché la coppia si strutturi è necessaria una reciprocità e di conseguenza il soggetto deve trovare un oggetto che presenti caratteristiche simmetriche o complementari. L'oggetto d'amore deve corrispondere non solo a dinamiche inconsce del passato, ma anche al presente, come possibilità di soddisfare bisogni, desideri, costituire un rafforzamento dell'Io, soddisfare il bisogno di intimità e di accudimento (sia passivo che attivo che si esplicita come desiderio di avere un figlio), superare le angosce e i dolori della vita. E' evidente quindi da una parte la complessità nella scelta del partner, e dall'altra l'importanza di capirne le motivazioni profonde, soprattutto quando la coppia entra in crisi.

Comprendere la vera motivazione della crisi di coppia comporta anche una giusta risposta sul piano operativo, tenendo presente due punti basilari:

- a. Le motivazioni alla scelta non possono essere considerate esclusivamente come regressive e ripetitive del passato. Perché la coppia ha una progettualità che riguarda comunque il futuro.
- b. La crisi della coppia non può essere ritenuta solo come indice di insufficienza o di deficit, ma può esprimere invece la necessità di rivedere, uniti o separati, le motivazioni iniziali. E spesso questo può comportare una evoluzione dei partner, anche a costo della rottura della coppia.
- c. La coppia deve essere vista come momento e fattore di evoluzione del ciclo esistenziale di ognuno dei soggetti: e poiché la coppia si forma dopo l'uscita dalla fase adolescenziale bisogna comprendere l'importanza di questa ultima crisi per lo sviluppo psichico, per poter comprendere quale dovrebbe essere la modalità di una normale formazione della coppia.
- d. Ma bisogna anche tener presente, a fronte di una coppia ideale, che mediamente noi ci troviamo di fronte a coppie che rappresentano il luogo privilegiato dell'ambivalenza del desiderio. E quindi dobbiamo tener presente che spesso la coppia si costituisce come sistema difensivo.

II.3 Vissuti 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. Pertanto bisogna chiarire le dinamiche della coppia per comprendere i vissuti dei partner 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 partner: 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, 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 partner 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 "Mètrò - 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. Molto spesso questi comportamenti sono razionalizzati e giustificati anche su base ideologica: in fondo alla base di questo comportamento c'è una profonda angoscia dello scacco, della perdita. Non è infrequente trovare in questi

soggetti nelle dinamiche di gelosia quasi paranoicali. In genere queste persone tendono a scegliere partner simmetrici con cui condividere queste parziali capacità emotive. Non è infrequente però che questo tipo di persona attragga fortemente soggetti 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-masochistica.

c) Coppia come desiderio di immortalità.

Molto 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 onnipotente di immortalità, intesa come staticità. In questi casi la crisi insorge più o meno amichevolmente quando o la crescita dei figli o l'invecchiamento dei partner, li mettono inevitabilmente di fronte alla ineluttabilità del passare del tempo e questi alla caduta del progetto onnipotente che può comportare o una reazione depressiva o una ulteriore negazione che si manifesta con il chiudere quel rapporto e con il ricrearne un altro che dovrebbe avere le stesse caratteristiche di quello perduto. Esempio tipico è il secondo matrimonio che avviene ad età avanzata con il partner molto più giovane.

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 partner 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).

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.

La consulenza psicologica dovrebbe rappresentare parte integrante dei programmi diagnostici 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.

II.4 La qualità della vita: multidimensionalità di un costrutto

Il costrutto della qualità di vita ha riscosso in questi anni molta attenzione da parte di clinici e ricercatori, Hughes (1995) riporta l'esistenza di circa 44 definizioni e 1243 differenti sistemi in grado di misurarla. È necessario definire l'oggetto di discussione e approfondimento e quindi formulare che cosa si può intendere con il termine "qualità di vita" e come esso possa variare il suo significato a seconda del contesto in cui viene utilizzato e delle finalità per cui tale termine trova applicazione.

È possibile iniziare con una prima definizione di qualità di vita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), intesa come "il modo in cui l'individuo percepisce la sua posizione nella vita.

Il concetto di qualità di vita comprende la salute del corpo, le condizioni psicologiche, il grado di autonomia, le relazioni sociali, le idee personali e il rapporto con l'ambiente. I settori della salute e della qualità della vita si integrano e si intrecciano l'un con l'altro". Questa definizione centra, quindi il suo costrutto prevalentemente sulla percezione del soggetto.

I termini "Qualità di vita (QdV)", "stato di salute", "qualità di vita correlata alla salute" vengono frequentemente utilizzati in ambito sanitario, spesso usati come sinonimi, per descrivere alcuni aspetti qualitativi della vita e della salute di individui e pazienti al fine di contrapporsi alla semplice quantificazione della presenza o assenza, e quantità, della vita.

Nonostante questi termini facciano riferimento a costrutti diversi, almeno a livello concettuale, nella pratica vengono utilizzati per riferirsi a ciò che gli autori anglosassoni chiamano più propriamente Health-Related Quality of Life (HRQL), ossia gli aspetti della vita che sono riferibili alla salute del paziente.

Questa espressione è, da un lato, un tentativo di inglobare tutti quegli aspetti qualitativi della vita dell'individuo che sono pertinenti ai domini della malattia e della salute, e dall'altro cerca di assegnare un ruolo secondario, pur riconoscendone le influenze, a tutti quei fattori non medici che, a livello individuale, ambientale ed economico, modulano la percezione che l'individuo ha della propria salute.

L'effettivo ruolo della salute nella definizione di QdV ha generato un ampio dibattito tra studiosi provenienti da discipline diverse. Alcuni più focalizzati su aspetti filosofici ed umanistici, dove le aspirazioni e i valori personali giocano un ruolo predominante e la salute è solo uno dei tanti fattori in gioco, altri più interessati a verificare gli aspetti medici e sanitari del cambiamento dello stato di salute e di vita, dove gli aspetti individuali, culturali e sociali sono considerati dei fattori che filtrano e "confondono" la valutazione dell'individuo.

Al primo approccio fa riferimento, ad esempio, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, necessitando di una definizione pragmatica su cui fondare la produzione di strumenti per misurare la QdV nei diversi ambiti antropologici e culturali, ha recentemente prodotto una definizione che identifica come variabile di misura gli

aspetti individuali, culturali e i valori di un individuo e assegna alla salute il ruolo di importante modificatore della percezione di QdV:

“Qualità di vita è definita come la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale”.

Il secondo approccio è quello fatto proprio dal movimento dell’Outcome Research, un ambito di ricerca ed applicazione che comincia a essere abbastanza definito, tanto da essere considerato da molti come una disciplina a sé stante. In questo contesto, dove il fine è fornire valide ed affidabili misure dei cambiamenti della salute per valutare i costi umani ed economici ed i benefici di nuovi interventi e programmi, la valutazione della QdV diventa la semplice quantificazione di alcuni aspetti della salute riportata dal paziente attraverso strumenti standardizzati.

Questo meccanismo di semplificazione e riduzione trova il suo fondamento in un documento del 1948, anno in cui l’OMS, nel tentativo di definire la salute in termini più ampi che non la mera assenza/presenza di malattia, definisce la salute come un concetto multidimensionale che ingloba diversi aspetti del benessere fisico, mentale e sociale. Anche le più recenti proposte, sia nel campo degli strumenti generici, utilizzabili per tutte le condizioni indipendentemente dal tipo e severità di malattia, si basano su questo orientamento, dove la definizione concettuale di QdV è, naturalmente, tutta focalizzata su una definizione estesa di salute. In pratica, quando all’interno di uno studio o nel contesto della pratica clinica viene ritenuto utile e sensato quantificare questi aspetti qualitativi della salute, quello che si attiva è un esercizio di misura volto a valutare l’impatto (in termini positivi e negativi) della malattia e dei trattamenti su quegli aspetti della salute che sono modificabili dal trattamento medico e sono importanti per una buona qualità di vita.

Per quanto i due approcci appaiano simili, perché identificano entrambi la salute come un fattore importante, in realtà sono molto diversi. Nel primo caso ad essa si attribuisce un ruolo di modulatore della QdV, nel secondo diventa l'oggetto della misura ed alla salute viene attribuito il valore di unico indicatore di QdV, per quanto filtrato da altri determinanti non medici.

È evidente che, a questo punto, risulta necessaria una definizione di salute che sia più ampia possibile, descritta sia in termini di “capacità di funzionare” nella vita di tutti i giorni, sia in termini di benessere percepito, dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo e sociale. Gli aspetti rilevanti di questa nuova e più pragmatica definizione diventano quindi la focalizzazione sulla salute, la multi-dimensionalità dei concetti legati alla salute stessa, la centralità del paziente, l'auto-valutazione dello stesso.

Il costrutto della qualità della vita (QdV) si sta imponendo infatti sempre più all'attenzione dei ricercatori e degli operatori dei servizi, in quanto con lo stesso termine non si vogliono indicare tanto le carenze o le malattie, ma proprio la salute. Quest'ultima, infatti, viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia (Nota e Soresi, 2002).

Come affermano alcuni autori (Soresi, 1998; Nota e Soresi, 2002), gli interventi curativi e riabilitativi e i servizi a tal fine erogati dovrebbero avere il loro obiettivo ultimo proprio nell'incremento della salute delle persone e, quindi, della qualità della loro esistenza. La QdV, allora, assume il ruolo di legittimare e rendere validi i programmi e gli interventi sanitari, nonché le riflessioni teoriche che si sviluppano nel campo della ricerca.

D'altra parte, il benessere non può mai essere considerato come uno stato definitivo dell'individuo o misurato in termini di presenza/assenza, perché esso è sempre incrementabile. Lo stesso termine, inoltre, considera alcune dimensioni che non venivano tradizionalmente menzionate nel concetto di “salute”, il quale includeva solamente l'assenza di malattia e la soddisfazione dei bisogni fondamentali. Ci si riferisce, in particolare, ad alcuni aspetti quali il grado di soddisfazione sperimentato dalle persone nei vari ambienti di vita (familiari, lavorativi, relativi al tempo libero...), la qualità delle proprie relazioni, la possibilità di svolgere compiti e mansioni relazionati all'età. E' utile

anche ricordare alcune dimensioni psicologiche come l'aver degli scopi e la consapevolezza di esercitare un certo controllo sulla propria vita e su quella dei propri cari, che contribuiscono al livello di benessere di ciascuno (Soresi, 1998; Nota e Soresi, 2002).

Da queste poche righe si può capire come la qualità della vita sia un costrutto multidimensionale e complesso, che racchiude in sé sia elementi oggettivi, che soggettivi. Gli elementi oggettivi si riferiscono a vari aspetti quali la salute fisica, l'ambiente di vita, l'attività lavorativa e le possibilità economiche. In quelli soggettivi, invece, è necessario considerare il grado di soddisfazione nutrito dalle persone per ognuno di questi aspetti (Nota e Soresi, 2002).

Borthwick-Duffy (1992) afferma che la qualità della vita è determinata sia dalle condizioni di vita della persona, sia dal grado di soddisfazione, dai valori, aspettative e aspirazioni della stessa.

Quindi, considerare solamente gli aspetti oggettivi porterebbe a definizioni della qualità della vita imprecise e riduttive. Le persone, infatti, utilizzano differenti metri di giudizio nella considerazione di ciò che è basilare e di quello che, invece, è superfluo.

Un'analisi del solo grado di soddisfazione personale risulterebbe altrettanto riduttiva, in quanto esse tendono ad adattarsi abbastanza facilmente alle nuove condizioni di vita (Nota e Soresi, 2002).

Le dimensioni che più frequentemente compongono la qualità della vita sono le seguenti:

- _ il benessere psicologico e la soddisfazione personale;
- _ le relazioni sociali sperimentate;
- _ l'aver una occupazione;
- _ il benessere fisico e materiale;
- _ l'autodeterminazione, l'autonomia e la possibilità di scelta;
- _ la competenza personale, l'adattamento comunitario e la possibilità di vivere in modo indipendente;
- _ l'integrazione comunitaria;
- _ l'accettazione sociale, lo status sociale e l'adattamento;

- _ lo sviluppo personale e la realizzazione;
- _ la qualità dell'ambiente residenziale;
- _ il tempo libero;
- _ la normalizzazione;
- _ alcuni aspetti demografici, sociali e individuali;
- _ la responsabilità;
- _ il supporto ricevuto dai servizi” (Nota e Soresi, 2002, p. 12).

La stima della QdV dovrebbe aiutare tutti noi a stabilire il più alto grado di qualità possibile, ma per fare questo richiede l'utilizzo di un approccio ecologico, che consideri vasti ed eterogenei aspetti (Soresi, 1998).

Le abilità sociali, in questo senso, enfatizzano alcuni aspetti importanti, come quelli relativi alla capacità di rapportarsi con gli altri, di fare amicizia, di trovare e mantenere un lavoro, di avviare e continuare una conversazione, di agire in modo assertivo, di aver cura dell'ambiente, di gestire i conflitti, di esprimere le proprie opinioni e i sentimenti. Come si può notare, questi aspetti permettono alla persona di instaurare relazioni più positive nei vari contesti frequentati, di raggiungere i propri desideri e obiettivi e, quindi, di migliorare anche la qualità della propria vita.

Capitolo III

Effetti principali e combinati delle caratteristiche di personalità e del tipo di diagnosi su adattamento diadico, qualità di vita e salute psicologica delle coppie infertili

III.1 Il fronteggiamento dello stress da parte delle coppie: infertilità e coping

Il termine Coping è stato introdotto in psicologia nel 1966 da R. Lazarus con l'opera "Psychological stress and the coping process", dall'inglese to cope che significa "fronteggiare" e indica le strategie cognitive, emotive e comportamentali compiute da un individuo per affrontare e gestire eventi stressanti, reali o percepiti come tali (Spagna, Russo, Roccatò, 2014).

Il modello cognitivo transazionale di Lazarus si basa sulla teoria di Lewin (1951) che pone un' enfasi particolare sull'interazione "persona –ambiente" che agiscono e reagiscono continuamente.

Il coping è dato proprio dall'interazione tra individuo e ambiente quando le risorse dell'individuo sono inferiori alle richieste dell'ambiente. Secondo alcuni autori la teoria transazionale di Lazarus va oltre la teoria di Lewin interazionale. In Lazarus individuo e situazione sono uniti in un insieme nuovo, mentre in Lewin rimarrebbero distinti (Vollrath, 2001). Un ulteriore sviluppo della teoria Lewiniana si ha con la concezione di Frydenberg, che considera il coping come funzione delle situazioni (S), delle caratteristiche personali (P), della percezione della situazione (pS) (Frydenberg, 1997). $C = f(P+S+pS)$.

Le disposizioni biologiche, le caratteristiche di personalità, la storia familiare sono determinanti non solo per la percezione della situazione come stressante ma anche per la valutazione delle proprie risorse per affrontare la situazione stessa, che può essere vissuta come una sfida o come una minaccia.

Il comportamento messo in atto è il risultato di questa valutazione che si esprime attraverso pensieri (cognitivo), sentimenti (emozionale), azioni (conativo) (Laudadio, Pérez, 2001). Il coping è stato classificato anche secondo un criterio temporale (Beehr,

McGrath, 1996): proattivo, concomitante, successivo. Le strategie di Coping possono consistere in azioni che cercano di modificare la situazione fonte di stress (coping attivo) o di adattarsi emotivamente a tali situazioni (coping passivo). Nel primo caso l'individuo cerca di rendersi libero dal problema, nel secondo caso dalla sofferenza causata dal problema stesso.

Il coping non è solo lo sforzo per ridurre o risolvere i problemi ma consiste anche nella gestione delle proprie emozioni (Perez, Laudadio, 2011). I modelli di coping hanno superato il concetto di coping inteso come tratto di personalità o meccanismo di difesa (White, Gilliland, 1978), ponendo il focus sempre più sul contesto e specificatamente sugli aspetti sociali (Folkman, Moskowitz, 2004). Il coping è una risposta a un evento stressante che richiede una maggiore consapevolezza rispetto al meccanismo di difesa. Il coping è stato assimilato a un tratto oppure connesso alle situazioni. Il coping come tratto viene considerato in funzione di una caratteristica stabile che porta a definire degli stili di coping che vengono messi in campo dall'individuo indipendente dalla situazione difficile.

Il coping come processo prevede che in ogni situazione stressante vengono utilizzate diverse strategie di coping dallo stesso soggetto sia in base alle caratteristiche personali sia in funzione del contesto. Secondo questa teoria uno stile di coping può essere adatto in una situazione mentre può essere completamente inefficace in un contesto diverso (Perez, Laudadio, 2001).

Il modello transazionale di coping di Lazarus e Folkman mette in luce come il coping è un processo che dipende dal contesto e dalla specifica situazione piuttosto che dalle caratteristiche di personalità, e proprio la valutazione che ogni singolo fa dell'evento stressante porta a definire le strategie di coping. La valutazione della situazione stressante è di tipo cognitivo e nel modello transazionale è distinto in una valutazione primaria, secondaria e terziaria. La valutazione primaria è rivolta all'ambiente che può essere percepito come una minaccia o come una sfida. La valutazione secondaria riguarda le risorse per gestire l'evento realmente o potenzialmente dannoso. La valutazione terziaria valuta l'efficacia dei risultati per decidere le azioni successive che possono essere dirette a regolare e contenere le emozioni negative (strategie centrate sull'emozione), oppure le

azioni che tentano di modificare o risolvere la situazione minacciosa per l'individuo (strategie centrate sul problema) (Lazarus, Folkman, 1987).

Di fronte agli eventi stressanti si possono avere diverse risposte di coping che prevedono strategie basate sul problem solving, ripensamento positivo della situazione, ricerca di supporto, distrazione, evitamento (Camisasca et al, 2012). Le strategie di coping possono essere orientate (Endler, Parker, 1990):

- alla persona: di fronte a una situazione stressante l'individuo si rivolge a un'altra persona;
- al compito: per far fronte a un contesto problematico e stressante l'individuo si impegna in attività sostitutive cercando di evitare la situazione di stress.

Il processo di coping ha rilevanti conseguenze teoriche e pratiche. Teoricamente è importante perché consente di comprendere gli aspetti cognitivi e comportamentali nella regolazione delle emozioni.

A livello pratico aiuta ad individuare le abilità e competenze che possono essere sviluppate con determinati programmi di aiuto verso gli individui considerati ad alto rischio (Compas, 2006).

III.2 Il coping diadico e la soddisfazione di coppia

I cambiamenti e gli sviluppi sociali, presenti nella società occidentale e verificatisi in queste ultime decine di anni, sono delle sfide che le famiglie e le coppie si trovano a fronteggiare. (Revenson et al, 2005).

Il coping diadico è il processo attraverso il quale i partner affrontano un evento stressante facendo leva sulle risorse non solo individuali ma soprattutto di coppia date dalla relazione (Donato, 2014). Nonostante su questa definizione del costrutto di coping ci sia concordanza, ci sono nei diversi modelli delle connotazioni diverse su cosa significhi coping di coppia. Il coping diadico è stato definito come:

- coping individuale in un contesto di coppia;

- l'interazione tra gli sforzi di coping dei partner;
- le strategie di coping che ciascun partner mette in atto allo scopo di preservare il benessere dell'altro o della relazione;
- un processo diadico in cui entrambi i partner sono coinvolti.

Il coping individuale in un contesto di coppia rimane, a tutti gli effetti, lo sforzo di un singolo partner, da solo, nei confronti dell'altro, quindi di natura individuale (Bodenmann, 2005). L'interazione tra gli sforzi di coping segue due approcci distinti: l'influenza reciproca e la congruenza. L'influenza reciproca si concretizza negli sforzi di coping che ciascun partner mette in atto in relazione alle strategie di coping e al benessere del partner (Barnoy, Bar-tal, Zisser, 2006); la congruenza (fit) si applica tra le risposte di coping date dai partner (Revenson, 2003).

Entrambi i modelli si focalizzano sull'efficacia del coping diadico dato dalla somiglianza o dalla complementarità delle strategie di coping. In questa prospettiva l'enfasi del coping è più sull'interazione delle strategie dei singoli che su un vero e proprio concetto diadico di coping (Donato, 2014).

Le strategie di coping basate sul benessere dell'altro e della relazione hanno come obiettivo principale non tanto risolvere il problema causa di stress o alleviare lo stress che ne consegue quanto salvaguardare la relazione in tre possibili forme: active engagement: consiste in strategie che sono dirette nel coinvolgere il partner in un problem solving positivo (Coyne, Smith, 1991); protective buffering: si cerca di proteggere il partner nascondendo la propria preoccupazione (Coyne, Smith, 1991); empathic coping: racchiude una serie di competenze che consentono di gestire il proprio problema preservando il benessere del partner (O'Brien, DeLongis, 1997). Nei primi tre approcci non c'è una vera e propria dimensione relazionale come invece è presente nel quarto approccio che consiste in un approccio transazionale in cui entrambi i partner partecipano in modo attivo, (Bodenmann, 1995).

Communal coping

Il communal coping consiste in azioni cooperative che i membri di un gruppo mettono in atto per gestire una situazione stressante che è percepita come stressante e pericolosa

per l'intero gruppo e non solo per il singolo. Le persone affrontano le situazioni stressanti della loro vita in un contesto interpersonale, spesso articolato e complesso, e comunque assumono rilevanza le reazioni degli altri significativi (Revenson, Kaiser, Bondemann, 2005). Ad esempio nel caso di malattie croniche che richiedono cure invasive la presenza di parenti, amici, colleghi diventa un gruppo informale di sostegno (Acitelli, Badr, 2005). All'interno del gruppo familiare possono mettersi in atto delle strategie di communal coping. Ad esempio in presenza di un membro della famiglia gravemente ammalato o disabile l'intero gruppo familiare è coinvolto nelle strategia di communal coping che può assumere diversi stili (Pinkerton, Dolan, 2007):

- concrete support : atti di assistenza tra le persone;
- emotional support: atti di empatia e di ascolto e di presenza;
- advice support: attività di consigliare più come rassicurazione che come linee guida;
- esteem support: supporto legato all'espressione della propria stima.

Il coping diadico supera l'idea individualistica di gestione dell'evento critico e fa accedere a un approccio relazionale, consentendo in caso di coping diadico positivo di far fronte allo stress quotidiano, mantenendo e incrementando la coesione e valorizzando la comunicazione profonda ed efficace tra i partner, avendo come funzione non solo ripristinare e aiutare il benessere dei partner in situazioni di stress ma anche di mantenere la qualità nel tempo della relazione. (Scabrini, Cigoli, 2012). Nell'ambito della teoria transazionale sono stati elaborate tre forme di coping diadico positivo (comune, supportivo e delegato) e tre forme di coping diadico negativo (ostile, ambivalente, superficiale). (Bodenmann, 2005).

Confronto tra coping individualistico e coping diadico

Il processo di coping diadico si attiva, non solo perché il partner può supportare o al contrario andare contro l'altro che affronta l'evento stressante, ma soprattutto perché partecipa in modo attivo al processo di fronteggiamento dello stress. Questo può accadere perché "il tuo problema" diventa "il nostro problema", e così si attivano delle risorse che non sono solo del singolo ma appartengono alla relazione (Acitelli e Badr, 2005). Le

strategie di coping messe in atto dal singolo individuo risentono di come gli altri significativi e in particolare il partner risponde alla situazione stressante condivisa nella relazione. Le strategie di coping focalizzate sulla relazione riguardano uno stile di coping che ha come scopo quello di mantenere, gestire e preservare la relazione durante i periodi di stress e queste strategie sono molto efficaci quando i fattori stressanti coinvolgono entrambi i partner della relazione (O'Brien, De Longis, 1997). Nel passaggio dal coping individualistico a quello di coppia c'è un sostanziale mutamento della natura del processo di coping. Nel coping individuale l'obiettivo è il controllo che l'individuo tenta di avere sulla situazione attuando un processo che tende a eliminare o ridurre gli effetti dell'evento stressante o comunque gestendo le emozioni negative derivanti da esso. Nel coping diadico si cerca di preservare i legami sociali, il benessere dei propri cari. Nel caso del coping diadico il focus delle strategie di coping è l'altro e la relazione con lui o lei, caratterizzandolo come un processo interpersonale. (Revenson et al., 2005).

Il coping diadico nella teoria sistemico transazionale

In questa ottica transazionale il coping diadico può affrontare lo stress che colpisce direttamente uno solo dei due partner e indirettamente l'altro, in quanto nello specifico chi si trova ad affrontare una situazione difficile non riesce a superarla da solo. Può accadere che gli eventi problematici possano riguardare entrambi i partner in modo simultaneo, in quanto entrambi per la loro storia in comune percepiscono allo stesso modo uno stesso evento. In alcuni casi anche se l'evento colpisce entrambi, questi possono reagire in modo diverso.

Il coping diadico in ambito transazionale contemporaneamente due scopi: riportare il benessere individuale dei due partner e migliorare il funzionamento della relazione e la fiducia tra i partner (Bondemann, Bertoni, 2004). La concezione transazionale del coping diadico porta a fare in modo che si generi una sequenza circolare. La situazione problematica che genera stress in uno dei due partner e comunicata all'altro, viene percepita decodificata e valutata dall'altro partner che risponde con un processo

cognitivo, comportamentale ed emotivo che dà luogo al contenuto delle proprie strategie di coping (Bondemann, 2005).

La natura transazionale del coping diadico ha diverse conseguenze. In primo luogo gli sforzi di coping e gli effetti dello stress su un partner non possono essere valutati senza tener conto degli sforzi e degli effetti sull'altro partner, c'è una influenza reciproca. In secondo luogo, accanto al coping diadico interagiscono anche il coping individuale e il supporto sociale di amici e reti sociali che contribuiscono nel fronteggiamento dello stress. Terzo, il coping diadico subentra dopo il coping individuale quando questo ha avuto scarso successo. Quarto, il coping diadico può assumere la forma positiva o la forma negativa.

Il coping diadico negativo consiste in strategie di coping poste in essere per aiutare il partner ma in maniera da risultare inefficaci e controproducenti. Nella forma positiva può assumere tre diversi stili: coping diadico supportivo, coping diadico comune e coping diadico delegato. Il coping diadico supportivo, come si evince dall'aggettivo stesso, si ha quando un partner supporta l'altro nei suoi sforzi di coping ad esempio nella gestione dei compiti quotidiani, con consigli pratici, comprendendolo empaticamente, aiutandolo a percepire in modo diverso la situazione problematica che sta vivendo o comunicando a lui o lei di credere nelle capacità che ha, o esprimendo solidarietà, cercando di decolpevolizzare il partner. Non è un comportamento che si riduce al semplice altruismo, sono sforzi che hanno come obiettivo secondario anche quello di ridurre il proprio stress. Poiché una inefficace gestione dello stress da parte di un partner coinvolge anche all'altro, entrambi sono interessati a porre in essere strategie di coping diadico supportivo efficace sia per il proprio benessere sia per la stabilità della relazione della coppia (Bondemann, Bertoni, 2004). Nel coping diadico comune entrambi i partner sono coinvolti nella gestione dello stress in modo simmetrico o complementare. In questo caso il coping può essere problem focus o emotion focus.

A differenza del coping supportivo dove è uno dei partner a fare esperienza di stress, nel coping comune sono entrambi direttamente coinvolti nella esperienza che provoca stress, in quanto può essere la stessa per entrambi o essere interna alla diade stessa (Bondemann, 2005).

Il coping diadico delegato si ha quando il partner che deve affrontare una situazione stressante chiede direttamente ed esplicitamente aiuto all'altro. Molto frequentemente questo avviene tramite una nuova redistribuzione dei compiti in quanto chi si trova in una determinata situazione di stress non ha più le risorse necessarie per portare avanti quegli impegni che anche se quotidiani possono risultare gravosi, il partner quindi se ne fa carico. Questo tipo di coping è in genere orientato al problema. (Bondemann, 2005). Bondemann ha definito anche delle forme di coping diadico negativo: il coping ambivalente, superficiale, ostile. Il coping ambivalente è quando il partner che offre il sostegno considera l'aiuto come non necessario, faticoso, inutile in quanto spesso questo sforzo è accompagnato da una valutazione negativa del partner a cui si offre aiuto. Il coping superficiale è l'aiuto dato all'altro in modo vuoto o stereotipato, un sostegno apparente e privo di cura. Il coping ostile è una strategia inefficace che consiste nel reagire ai segnali di stress del partner in maniera sprezzante, con disinteresse, prendendosi gioco del partner, ignorando il problema che l'altro presenta.

Tutti i tipi di coping diadico sono influenzati da fattori intra e extra personali come: abilità individuali; fattori motivazionali; fattori contestuali. Nel coping diadico si innesca quello che Bodenmann chiama "The stress- coping Cascade", una sequenza temporale, di natura dinamica, attivata dalla valutazione di una situazione stressante da parte di uno o di entrambi i partner. Nella maggior parte dei casi, quando entrambi i partner si trovano ad affrontare una situazione di stress, tentano, in un primo momento, di mettere in essere delle strategie di coping individuali. Se queste non hanno successo vengono messe in campo strategie di coping diadico e se anche queste falliscono si ricorre al supporto sociale fino in extremis a cercare un aiuto professionale. Questa progressione comunque può subire, in diversi casi, delle variazioni. Ad esempio se la situazione di stress è estremamente impattante il singolo partner potrebbe ricorrere a un aiuto professionale prima di ricorrere al supporto dell'altro partner (Bondemann, 2005).

Sebbene molti studi rilevino come il coping diadico adattivo riduca l'esperienza dello stress e dia possibilità ad entrambi i partner di raggiungere un benessere individuale e di relazione di coppia, (Bodenmann, Pihet, Kayser, 2006) si sa molto meno in merito al perché questa capacità vari da individuo ad individuo.

Le ricerche sulla capacità di fronteggiare lo stress, data dalle risorse insite proprio nella relazione tra i partner, sono soprattutto basate su fattori situazionali o individuali i quali possono favorire o impedire la messa in atto di strategie di coping diadico positivo (Donato, 2014).

Il coping diadico e la gestione delle emozioni

Una emozione che, secondo molti studi, potrebbe impedire l'attivazione del coping diadico positivo è la rabbia (Lane, Hobfoll, 1992). Anche l'inibizione della rabbia, sia da parte del partner che subisce l'evento stressante, sia da parte dell'altro partner, può portare a percepire negativamente le strategie di coping messe in atto dalla coppia (Julkunen, Gustavsson – Iillus, Hietanen, 2009). Viceversa il controllo della rabbia è associato positivamente alla percezione di coping diadico.

Le persone che hanno subito degli eventi fortemente stressanti hanno meno capacità di attuare strategie di coping diadico nella gestione dello stress quotidiano. (Kramer, Ceschi, Van der Linden e Bodenmann, 2005). Il livello di depressione dei partner può portare a difficoltà nell'attuare strategie di coping positivo. Sia gli uomini che le donne depresse percepiscono il coping diadico del partner meno efficacemente e in modo meno soddisfacente delle persone non depresse, in alcuni casi addirittura come coping diadico negativo (Bodenmann, Pihet, Kayser, 2006).

L'influenza del contesto culturale sul processo di coping diadico

In alcuni studi si è voluto mettere in evidenza le differenze cross culturali in merito a cosa si intenda per coping diadico e quali strategie vengano messe in atto. Una ricerca condotta su 349 coppie di cui 141 italiane e 208 svizzere di lingua e cultura tedesca, ha come obiettivo quello di prendere in esame i fattori che influenzano il coping diadico. In particolare questa ricerca vuole mettere in luce se, all'interno della coppia, vi siano differenti modi di comunicare lo stress, differenti forme di coping diadico adottato e se esista anche una differente percezione della qualità della relazione. Queste variabili vengono analizzate alla luce della durata temporale della relazione di coppia, della nazionalità e del genere dei soggetti.

La ricerca parte da tre ipotesi: la prima è che le diverse fasi della vita si attengono a compiti diversi, con la relativa elaborazione di strategie di coping ad hoc (il limite di questo studio è che è cross sectional, ossia non tiene conto dell'evoluzione nel tempo); la seconda è che più i partner comunicano in modo efficace, più riescono a gestire lo stress con successo e migliore è la percezione della qualità della relazione; terza ipotesi è che la durata della relazione incida positivamente sulla qualità della relazione (Bertoni, Barni, Bodenmann, Charvoz, Gagliardi, Iafrate, Rosnati, 2007).

I risultati hanno messo in luce come, in merito alla comunicazione dello stress, questa avvenga più frequentemente nelle coppie giovani, tramite lo stile di coping diadico supportivo e come siano le donne a comunicare più spesso il proprio stress. Questo risultato è emerso solo per le coppie di nazionalità italiana, per quelle di nazionalità svizzera non si rilevano differenze sul coping diadico supportivo in base alla durata della relazione. Il coping diadico comune è più utilizzato dalle coppie svizzere.

La qualità della relazione è appannaggio delle coppie di durata fino ai 20 anni e le donne la percepiscono in misura maggiore (Bertoni, Barni, Bodenmann, Charvoz, Gagliardi, Iafrate, Rosnati, 2007). Per il genere femminile risulta importante che il partner sia un attento ascoltatore. Per il partner maschile ha un ruolo determinante ai fini della relazione il fattore strumentale, diretto a sostenere la partner e darle conforto impegnandosi anche in compiti quotidiani. In conclusione gli stili di coping possono influenzare la qualità della relazione, ma è pur vero che la qualità della relazione influenza gli stili di coping, questo denota che esiste un processo che segue un movimento circolare (Story, Bradbury, 2004). Inoltre da questo studio emerge che la qualità della relazione non necessariamente è legata alla stabilità, in quanto la soddisfazione, nella relazione, appartiene in questo campione più alle coppie di durata inferiore ai 20 anni che a quelle di durata superiore.

L'influenza sul coping diadico dei modelli comportamentali delle famiglie di origine

La capacità di mettere in atto il coping diadico può essere data dall'internalizzazione di modelli comportamentali messi in atto nelle famiglie di origine. Una ricerca condotta nel

2012 (Donato, Iafrate, Bradbury e Scabini, 2012), cerca di individuare dei possibili fattori che possano essere alla base delle differenti capacità di coping diadico esperite dai partner all'interno della vita di coppia.

La ricerca ha analizzato come il coping diadico, nelle coppie giovani, fosse influenzato sia dai modelli di coping diadico dei genitori, sia dalla somiglianza degli stili di coping tra i partner stessi. In aggiunta si sono considerati, come fattori moderatori dell'impatto di queste due variabili, due probabili aspetti: il genere del partner giovane, in quanto questo può portare più o meno a recepire i modelli comportamentali, riferiti al coping diadico, della famiglia di origine e la visione del modello genitoriale di coping che può essere negativo o positivo. La somiglianza delle risposte di coping all'interno della coppia coinvolge l'influenza reciproca tra i partner durante il processo di coping diadico di fronte a situazioni di semplice, ma non banale, stress quotidiano. Nelle nuove relazioni, così come nelle relazioni a lungo termine, in merito al processo di coping diadico emergono delle caratteristiche del processo stesso che sono alla base di cambiamenti altrettanto evidenti rispetto a quelli derivanti dall'influenza che precedenti esperienze hanno avuto sui partner. La relazione di coppia può essere compresa come un percorso insieme di due storie individuali, il cui successo dipende dall'accordo tra continuità e innovazione.

L'esperienza condivisa, propria della vita in comune, può essere fondamentale nel processo di coping diadico, in particolare questa include e tiene conto della norma della reciprocità. Un'ulteriore influenza è data anche dalle caratteristiche e dai comportamenti sia dei genitori sia dei partner verso gli eventi negativi rispetto a quelli positivi. Gli eventi negativi e le informazioni spiacevoli tendono ad essere più importanti a livello cognitivo, emozionale e sul piano dei risvolti sociali rispetto agli eventi positivi o alle notizie piacevoli. Situazioni negative richiedono più attenzione e riscuotono un coinvolgimento maggiore, considerando che vengono interiorizzati non sono solo modelli comportamentali genitoriali ma anche modelli appresi dai pari e modelli presentati anche dai media.

La ricerca si è svolta su coppie di fidanzati e sui loro genitori. Le somiglianze sono state computate usando un approccio ideografico, distinguendo due componenti della somiglianza: quella unica e quella stereotipica. La componente stereotipica riflette

risposte stereotipiche che possono risultare dall'influenza di contesti condivisi, come ad esempio valori culturali, desiderabilità sociale, giudizi sociali, influenze socio-culturali, tradizioni familiari, norme dei pari, effetti di gruppo e influenza dei media. La componente unica riflette la somiglianza specifica, idiosincratica tra le percezioni dei partner di ciascuna coppia una volta tolta la parte di componente stereotipica (Kenny and Acitelli, 1994). L'assenza della componente unica denota non un'assenza di internalizzazione e reciprocità, ma l'esistenza di un differente meccanismo attraverso il quale questi processi hanno luogo. I risultati della ricerca conferma come gli stili di coping siano influenzati sia dalle esperienze che i partner hanno vissuto nella loro famiglia di origine, in particolare come i propri genitori affrontavano le situazioni di stress, anche di semplice vita quotidiana, sia dai modelli sociali che di seguito i partner hanno direttamente incontrato, come il gruppo dei pari, o indirettamente incontrato come i modelli proposti dai media, ad esempio i vari modelli familiari presentati nelle attuali fiction. Il più importante fattore di influenza sullo stile di coping adottato è il modello proposto e adottato dal partner modificando così gli stili ereditati dalla famiglia di origine.

Il coping diadico e la soddisfazione di coppia

Bodenmann ha raccolto numerosi dati riguardanti il coping diadico e la soddisfazione di coppia su un campione di 1200 coppie. Sono state condotte sia ricerche-azione che osservazioni, utilizzando disegni di ricerca cross sectional e longitudinali. La varietà degli studi ha tenuto conto dell'ampiezza dal punto di vista metodologico per la raccolta dei dati e gli strumenti di ricerca. Sono stati utilizzati: questionari auto somministrati, diari scritti, interviste sullo stress e il coping, osservazioni strutturate sia in laboratorio, sia in setting naturale. In aggiunta sono state portate a termine tre ricerche-azione per valutare l'efficacia di un programma di intervento sul coping elaborato dallo stesso Bodenmann, denominato "Couples Coping Enhancement Training (Bodenmann, Shantinath, 2004). È stata condotta una metanalisi sulla relazione tra il coping diadico e la soddisfazione di coppia attraverso 13 ricerche che includono un totale di 783 coppie, regolarmente sposate o che hanno una relazione, di lungo termine, molto intima e stretta.

Undici studi hanno riguardato gli adulti di una stessa comunità locale che, per partecipare volontariamente come campione nelle ricerche, hanno risposto a un annuncio. Due ricerche coinvolgono campioni clinici, reclutati nelle attività di terapia privata o in cliniche, in uno di questi studi, almeno uno dei due partner è affetto da un disturbo depressivo. Tra gli undici studi condotti su adulti, uno di questi studi ha coinvolto coppie di donne omosessuali, mentre gli altri 12 studi, che comprendono sia i dieci della comunità locale sia le due ricerche con coppie, di cui almeno un partner con disturbi, sono tutti composti da coppie eterosessuali. Nove di questi studi, presenti nella metanalisi, includono tra i partecipanti alcune coppie che hanno partecipato a programmi di intervento coniugali (Bodenmann, 2005). I risultati della metanalisi evidenziano complessivamente l'esistenza di una forte relazione tra il coping diadico e il funzionamento della relazione di coppia.

Il coping diadico e la soddisfazione dell'individuo

Alcuni studi in particolare hanno evidenziato come il coping diadico potrebbe essere più efficace per un partner rispetto all'altro o come possa essere messo a beneficio della relazione ma a spese dell'individuo. In particolare una ricerca sul coping diadico di coppie in cui il marito è stato colpito da infarto al miocardio ha messo in luce come il protective buffering (mettere in guardia il partner per proteggerlo dai pericoli di una malattia cronica) delle mogli verso i mariti aumentava l'autoefficacia di quest'ultimi, mentre la stessa strategia viene percepita come un aumento di stress per le mogli, in particolare quando le strategie comunicative risultano inefficaci. (Coyne, Smith 1991).

Lo studio evidenzia come comportamenti di coppia, quali complimentarsi con l'altro su come è in grado di gestire la malattia, mangiare negli stessi momenti e lodare la propria partner o il proprio partner per gli sforzi compiuti, sono risultati molto utili, dimostrando l'importanza di insegnare ai coniugi strategie di coping comune. Sempre riguardo alle tipologie di comportamento, altri strumenti hanno verificato la differenza tra comportamenti di supporto e comportamenti di controllo, e comportamenti di minaccia e incoraggiamento. I risultati hanno indicato che, su base giornaliera, un comportamento

supportivo è positivamente associato con l'incremento di attività fisica, fondamentale per i malati di diabete, rispetto ai soggetti che attuano strategie di controllo. Minaccia e controllo sono stati invece entrambi associati con l'aderenza alla dieta (Schokker, et al 2010).

Gli effetti del coping diadico sul singolo possono avere risvolti negativi, nonostante esistano dei benefici sull'altro partner o sulla relazione di coppia. Può accadere che, nonostante i partner mettano in atto comportamenti di coping diadico, questo può essere percepito negativamente da uno dei due (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, Revenson, 2010). In linea di massima si può concludere che, nonostante l'equilibrio tra bisogni individuali e relazionali sia molto difficile e delicato, se il coping diadico viene posto in essere con strategie e modalità negative, come atteggiamenti di critica e di evitamento, questo porta l'altro a una percezione negativa; viceversa strategie di coping diadico positivo possono giovare alla relazione e ai singoli partner, in quanto la difficoltà e il problema o la situazione stressante non viene più percepita come mia o tua ma come nostra (Bodmann, 2005).

III.3 Obiettivi

Avendo come cornice di riferimento la letteratura sull'argomento riportata all'inizio di questo capitolo, gli obiettivi del presente capitolo sono:

- Esplorare le differenze di genere nell'utilizzo delle diverse strategie di coping, nella percezione di adattamento diadico e di qualità di vita, e nei vissuti di ansia di stato e depressione.
- analizzare gli effetti principali delle differenti strategie di coping (evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, sostegno sociale ed orientamento trascendente) sull'adattamento diadico, sulla qualità di vita e sulla salute psicologica delle coppie infertili.

- analizzare gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) sull'adattamento diadico, sulla qualità di vita e sulla salute psicologica delle coppie infertili.
- esplorare gli effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) con le differenti strategie di coping (evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, sostegno sociale ed orientamento trascendente) sull'adattamento diadico totale (DAS Tot), sulla qualità di vita (FQ Tot), e sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione).

III.4 Metodologia

a) Partecipanti

Lo studio è stato condotto tra ottobre 2014 e settembre 2016. Numerosi centri italiani di riproduzione assistita di Napoli (6 centri), Udine (1 centro) e Brescia (2 centri) sono stati contattati per ottenere la loro partecipazione al progetto e hanno tutti dato l'autorizzazione per la somministrazione di un questionario per l'infertilità alle coppie che in cura nei loro centri. I criteri di inclusione alla ricerca sono stati: a) coppie con una diagnosi di infertilità (infertilità maschile; infertilità femminile; infertilità combinata maschile e femminile o infertilità inspiegata); b) le coppie che si stavano sottoponendo a trattamenti medici per l'infertilità come l'inseminazione intrauterina (IUI), la fecondazione In vitro (IVF) o iniezione Cito-plasmatica di spermatozoi (ICSI); c) l'accordo di entrambi i membri della coppia a partecipare allo studio, con lo scopo di considerare la condivisione coppia del problema della infertilità come un'unità di ricerca. Circa 600 oggetti (entrambi i partner di 300 coppie) sono stati contattati dal loro ginecologo e gli è stato chiesto di partecipare alla ricerca prima del loro appuntamento. Tutti i soggetti che si rifiutavano di compilare il questionario non sono stati inclusi nel dataset finale; di

conseguenza, 29 coppie in cui l'uomo si è rifiutato di partecipare e 21 coppie in cui entrambi i partner non hanno dato il loro consenso alla compilazione del questionario, sono stati esclusi dalla presente ricerca. Il questionario della durata di 20-25 minuti (completato in un'unica sessione) è stato descritto e spiegato di volta in volta ad entrambi i membri delle coppie infertili in un ambiente tranquillo e silenzioso messo a disposizione dal centro medico ed io ero sempre presente e disponibile a rispondere ad eventuali domande sollevate dai partecipanti e a fornire delucidazioni e chiarimenti quando necessario.

Il presente studio è stato effettuato quindi con 500 coppie infertili (250 donne, *Age mean* = 34.12; *SD* = .292 – 250; uomini, *Age mean* = 34.48; *SD* = .306) reclutate presso centri di procreazione medicalmente assistita e presso studi ginecologici privati di Brescia, Udine e Napoli. Il 98% (N= 147) degli uomini ed il 69.3% (N= 104) delle donne ha un lavoro stabile. Riguardo il livello di formazione il 20.5% (N= 51) delle donne ed il 17.4% (N= 44) degli uomini ha un diploma di scuola media; il 52,4% (N= 131) delle donne ed il 42,3% (N= 110) degli uomini ha un diploma di scuola superiore mentre il 30,2% (N= 75) delle donne ed il 37.2% (N= 99) degli uomini è laureato. Tutte le coppie hanno una diagnosi di infertilità primaria; il 31, 5% (N= 79) delle coppie ha una diagnosi di tipo femminile, il 28.7% maschile (N= 72), il 25,3% diagnosi mista (N= 63) ed il 14.5% (N= 36) diagnosi sconosciuta. Infine, per quanto riguarda la durata dell'infertilità, essa oscilla da 1 anno a 13 anni (Media=3.0 anni; SD=2.60). È inferiore a tre anni nell'69,3% (N= 173) dei casi mentre è superiore nell' 30.7% (N= 77) dei casi. Le caratteristiche demografiche dei partecipanti e le informazioni relative all'infertilità sono riportate nella tabella 1.

Tab.1 Caratteristiche dei partecipanti. N=500

Characteristics	Value	<i>p</i> value
Male Age in years [n (%)]		
≤34	86 (34,5.%)	<0.001
>34	164 (65,5.0%)	
Female Age in years [n (%)]		
≤34	130 (52.2%)	0.021
>34	120 (47.8%)	
Male Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	44 (17.4%)	.353
Senior School	131 (52.4%)	
College	75 (30.2%)	
Female Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	51 (20.5%)	.532
Senior School	110 (42.3%)	
College	99 (37.2%)	
Type of Diagnosis [n (%)]		
Male Factor	72 (28.7%)	.933
Female Factor	79 (31.5%)	
Combined Factor	63 (25.3%)	
Unexplained	36 (14.5%)	
Type of Treatment [n (%)]		
IVF	144 (57.4%)	.968
ICSI	75 (30.2%)	
IUI	31 (12.4%)	
Previous Treatments [n (%)]		
No	121 (48.5%)	.513
Yes	129 (51.5%)	
Duration of infertility [n (%)]		
≤ 3 years	173 (69.3%)	<0.001
> 3 years	77 (30.7%)	

b) *Strumenti*

Ai fini della ricerca è stata predisposta una batteria composta da:

1) Una *scheda clinico-anagrafica* per rilevare: sesso; età; condizione di occupazione / non occupazione; durata dell'infertilità (anni); tipo di diagnosi di infertilità (maschile; femminile; mista; sconosciuta).

2) Il Coping Orientations to Problem Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Sica et al., 2008), un questionario self-report di 60 item su scala Likert a 4 punti che valuta le strategie di coping adottate dagli individui.

un questionario composto da 60 item su una scala Likert a 5 punti che va da uno (di solito non lo faccio) a quattro (lo faccio quasi sempre), che misura cinque strategie di coping: l'evitamento (ad es. diniego, umorismo, uso di droghe, distacco comportamentale, distacco psicologico; Cronbach' α = 0,70); Sostegno sociale (ad es. ricerca di informazioni, tentativi di comprensione, sfogo emotivo; Cronbach' α = 0,91); Atteggiamento positivo (ad es. accettazione, rilettura in chiave positiva; Cronbach' α = 0,76); Soluzione dei problemi (ad esempio soppressione, pianificazione, attività; Cronbach' α = 0,83) e volgersi alla religione (ad es. affidarsi alla preghiera; Cronbach' α = 0,85). Il punteggio totale oscilla da 1 a 240. Il COPE ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Sica et al., 2008).

3) Lo State-Trate Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su un scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate rispettivamente alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto. Lo strumento è utilizzato anche per valutare i livelli percepiti di ansia di stato collegate alla sterilità. La scala è costituita da 20 item valutati su una scala di 4 punti che vanno da uno (quasi mai) a quattro (molto spesso); il punteggio totale oscilla da 20 a 80. Lo STAI-Y è stato adattato in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche

soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,91$) e validità di costrutto adeguata (Pedrabissi & Santinello, 1989); il cut-off per la versione italiana della scala di ansia di stato sono, rispettivamente, 36.00 per pazienti di sesso maschile e 39.93 per le pazienti di sesso femminile.

4) L'*Edinburgh Depression Scale* (EDS; Cox J. et al, 1987; Benvenuti et al., 1999), un questionario self-report, ampiamente diffuso in ambito clinico e di ricerca, creato per la valutazione della sintomatologia depressiva in relazione al concepimento; esso consiste di 10 elementi valutati su una scala a 4 punti che vanno da zero (non sempre) a tre (la maggior parte delle volte); il punteggio totale oscilla da 0 a 30. L'EDS è stato adattato in italiano ed ha mostrato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,78$) e buona validità di costrutto (Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani & Cox, 1999); il cut-off della versione italiana è 9.

5) La *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976; Gentili et al., 2002): un questionario self-report che valuta attraverso 32 item su scala Likert a 6 punti il grado di adattamento di coppia, divisi in quattro sottoscale: soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva. Secondo Spanier (1976) l'adattamento coniugale è un processo che si sviluppa lungo un continuum che può essere valutato in qualsiasi momento della relazione. In particolare, essendo la DAS uno strumento self-report, essa valuta la rappresentazione che ciascun coniuge ha della propria relazione. I 32 item vengono valutati su una scala di 6 punti che va da zero (sempre in disaccordo) a cinque (sempre d'accordo); il punteggio totale varia da 0 a 160. La DAS è stata adattata in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach $\alpha = 0.93$) e buona validità di costrutto (Gentili, Contreas, Cassaniti & D'Arista, 2002); il cut-off per la versione italiana è di 115,7.

6) La versione italiana del Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL; Boivin et al., 2011) un strumento composto da 36 item che misurano il Core FertiQoL (24 item che comprendono 4 dimensioni: Emotional, 6 item, che indagano le emozioni ed i sentimenti di tristezza, risentimento e pena collegate all'infertilità; Mind-Body, 6 item, che esplorano l'impatto sulla salute fisica; Relational, 6 item che misurano la qualità della

relazione con il partner, e il livello di soddisfazione sessuale e di comunicazione e Sociale, 6 item, che indagano le aspettative, la percezione di supporto o esclusione rispetto al contesto sociale; α di Cronbach = 0.92); Treatment FertiQoL (10 item che misurano le dimensioni collegate all'accessibilità dei servizi; la qualità delle interazioni con i medici, e le conseguenze fisiche e psicologiche dei trattamenti; α di Cronbach = 0.81); Total FertiQoL (34 item; α di Cronbach = 0.92) e due item opzionali che misurano la qualità di vita globale e la salute fisica. I punteggi delle singole sottoscale di Core, Treatment and Total FertiQoL vengono calcolati moltiplicando il punteggio per $25/k$ dove k rappresenta il numero degli item per ogni singola sottoscala, per raggiungere un punteggio da 0 a 100. Punteggi più alti indicano livelli più alti di qualità di vita.

c) *Analisi statistiche*

In relazione alle domande ed agli obiettivi posti all'interno di questo capitolo, tutti i dati raccolti sono stati trattati utilizzando SPSS, Versione 21. Inizialmente sono state condotte le analisi descrittive sempre tenendo presente la variabile genere.

Tutte le variabili prese in considerazione nello studio sono state dicotomizzate, l'adattamento diadico totale, le diverse strategie di coping, la qualità di vita totale, l'ansia di stato e la Depressione sono stati dicotomizzati utilizzando i cut-off dei rispettivi studi di validazione;

è stata condotta un'analisi delle differenze dei punteggi medi delle diverse strategie di coping, dell'adattamento diadico, della qualità di vita, dell'ansia di stato e della depressione negli uomini e nelle donne (ANOVA test).

Successivamente una serie di regressioni logistiche (method: enter, first indicator contrast; entry criterion: $p < 0.05$; removal criterion: $p > 0.01$, e Hosmer e Lemeshow Goodness-of-fit statistic fissato a $p > 0.05$) sono state condotte per determinare gli effetti principali delle variabili indipendenti (evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, sostegno sociale, orientamento trascendente) e il potenziale effetto dei diversi tipi di diagnosi (maschile, femminile, mista, sconosciuta) nel predire i livelli percepiti di adattamento diadico, qualità di vita, ansia e depressione negli uomini e nelle donne infertili.

III.5 Risultati

Nella tabella 2 vengono riportati i risultati derivanti dall'analisi delle differenze tra i punteggi delle diverse strategie di coping, dell'adattamento diadico, della qualità di vita, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere (ANOVA Test).

Tabella 2. Differenze tra i punteggi medi delle diverse strategie di coping, dell'adattamento diadico, della qualità di vita, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere

	Female	Male	
	Mean±SD	Mean±S	<i>p</i> value
		D	
<i>Strategie di coping</i>			
Orientamento al problema	28.45±5.48	28.27±6.82	0.456
Evitamento	24.08±7.03	26.99±6.67	<0.001
Attitudini positive	27.41±6.59	27.06±6.71	0.673
Sostegno sociale	27.22±7.34	22.92±7.08	<0.001
Orientamento trascendente	19.74±4.49	19.33±4.52	0.582
<i>DAS Tot</i>	110.14±16.17	114.65±16.60	<0.001
<i>FQ Tot</i>	52.41±13.86	56.03±14.52	<0.001
<i>Ansia di stato</i>	45.44±10.41	40.18±9.80	<0.001
<i>Depressione</i>	12.12±5.56	8.43±4.65	<0.001

Si può osservare che gli uomini utilizzano in maniera significativamente maggiore la strategia dell'evitamento rispetto alle donne (Maschi M=26.99 SD=6.67; Femmine M=24.08 SD=7.03), mentre le donne ricorrono in maniera significativamente maggiore alla strategia del sostegno sociale rispetto agli uomini (Femmine M=27.22 SD=7.34; Maschi M=22.92 SD= 7.08).

Per quanto riguarda poi l'adattamento diadico (DAS Tot) e la qualità di vita (FQ Tot), si rileva che gli uomini hanno una percezione di adattamento diadico e di qualità di vita significativamente più alta rispetto alle donne (DAS Tot Maschi =114.65 SD=16.60 Femmine M=110.14 SD=16.17; FQ Tot Maschi M=56.03 SD=14.52 Femmine M=52.41 SD=13.86).

Infine, per quanto concerne la salute psicologica, è emerso che le donne percepiscono livelli di ansia di stato e di depressione, significativamente più alti rispetto agli uomini (Ansia di stato Femmine M=45.44 SD=10.41 Maschi M=40.18 SD=9.80; Depressione Femmine M= 12.12 SD=5.56 Maschi M=8.43 SD=4.65).

Dall'analisi degli effetti principali delle differenti strategie di coping (tab.3) sono emersi profili di associazione molto significativi sull'adattamento diadico.

Tabella 3 Effetti principali delle diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
DAS Tot.				
Evitamento	2.94*	1.46-4.71	2.33*	1.10-3.59
Attitudini positive	2.82*	1.67-5.14	1.69*	1.14-4.95
Orientamento al problema	2.93**	1.13-4.33	1.78	.76-3.72
Sostegno sociale	1.54	.82-2.88	2.91*	1.25-5.73
Orientamento trascendente	1.23	.56-2.11	1.84	.77-3.04
FQ Tot				
Evitamento	2.78*	1.57-4.89	3.23**	1.73-7.71
Attitudini positive	2.52*	1.28-4.82	3.21*	1.49-5.93
Orientamento al problema	2.54*	1.37-5.77	2.81*	1.92-6.31
Sostegno sociale	.64	.37-3.63	3.23*	1.84-6.22
Orientamento trascendente	1.23	.74-2.43	1.64	.89-2.57
Ansia di stato				
Evitamento	.36*	.16-.87	.52**	.24-.91
Attitudine positive	.51*	.35-.93	.57*	.24-.98
Orientamento al problema	.51**	.25-.94	.47**	.31-.89
Sostegno sociale	.44	.27-3.24	.40*	.26-.91
Orientamento trascendente	.51	.34-3.12	.63	.42-3.85
Depressione				
Evitamento	.32	.12-2.71	.62	.31-3.89
Attitudini positive	.45*	.22-.85	.55*	.33-.92
Orientamento al problema	.47	.28-2.91	.58	.34-3.88
Sostegno sociale	.42	.27-3.35	.34*	.17-.94
Orientamento trascendente	.48	.35-4.11	.58	.43-5.12

** p <0.001

Nello specifico l'evitamento si associa ad un incremento significativo dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita, sia degli uomini che delle donne (DAS Tot Maschi OR= 2.94 CI= 1.46-4.71 Femmine OR= 2.33 CI= 1.10-3.59; FQ Tot Maschi OR= 2.78 CI= 1.57-4.89 Femmine OR= 3.23 CI= 1.73-7.71) e riduce significativamente l'ansia di stato percepita in entrambi i sessi (Maschi OR= .36 CI= .16-.87 Femmine OR= .52 CI= .24-.91)

Prendendo in considerazione la strategia dell'Attitudine positiva, si rileva un'associazione con un incremento significativo dell'adattamento diadico totale e della

qualità di vita sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot. Maschi OR= 2.82 CI= 1.67-5.14 Femmine OR= 1.69 CI= 1.14-4.95; FQ Tot. Maschi OR= 2.52 CI= 1.28-4.82 Femmine OR= 3.21 CI= 1.49-5.93) e con una riduzione significativa dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione in entrambi i sessi (Ansia di stato Maschi OR= .51 CI= .35-.93 Femmine OR= .57 CI= .24-.98 Depressione Maschi OR= .45 CI= .22-.85 Femmine OR= .55 CI= .33-.92).

Dall'analisi degli effetti principali della strategia dell'orientamento al problema si osserva un'associazione con un incremento della qualità di vita percepita sia negli uomini che nelle donne (FQ Tot Maschi OR= 2.54 CI= 1.37-5.77 Femmine OR= 2.81 CI= 1.92-6.31), con un aumento dell'adattamento diadico percepito solo negli uomini (DAS Tot. OR= 2.93 CI= 1.13-4.33), con una riduzione dei livelli percepiti di ansia di stato in entrambi i sessi (Maschi OR= .51 CI= .25-.94 Femmine OR= .47 CI= .31-.89).

Prendendo in esame la strategia di coping del sostegno sociale, è emersa un'associazione con un incremento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepite solo nelle donne (DAS Tot. OR= 2.91 CI= 1.25-5.73; FQ Tot. OR= 3.23 CI= 1.84-6.22) e con una riduzione dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione sempre solo nelle donne (Ansia di stato OR= .40 CI= .26-.91 Depressione OR= .34 CI= .17-.94).

Infine per quanto concerne l'orientamento trascendente non sono emersi profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale prese in considerazione nel presente studio sia negli uomini che nelle donne.

La tabella 4 riporta gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi, sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

Tabella 4. Effetti principali dei diversi tipi di diagnosi, sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
DAS Tot.				
Diagnosi maschile	.35*	.18-.91	.57	.28-2.81
Diagnosi femminile	.41	.20-2.86	.37*	.18-.75
Diagnosi mista	.51*	.36-.89	.41*	.30-.79
Diagnosi sconosciuta	.47*	.35-.90	.36*	.20-.89
FQ Tot				
Diagnosi maschile	.58*	.37-.92	.63**	.43-.98
Diagnosi femminile	.52	.28-2.85	.41*	.29-.93
Diagnosi mista	.54*	.38-.97	.51*	.32-.95
Diagnosi sconosciuta	.43*	.31-.89	.40*	.24-.88
Ansia di stato				
Diagnosi maschile	2.36*	1.16-6.87	2.52**	1.24-4.91
Diagnosi femminile	1.51	.88-3.93	2.57*	1.26-7.98
Diagnosi mista	2.51*	1.25-5.94	2.47*	1.31-6.09
Diagnosi sconosciuta	3.44*	1.27-7.24	3.40*	1.26-6.91
Depressione				
Diagnosi maschile	2.32*	1.12-5.71	2.62*	1.31-4.89
Diagnosi femminile	2.45	.62-3.85	2.85*	1.33-6.92
Diagnosi mista	2.47	.80-3.91	2.58*	1.34-5.88
Diagnosi sconosciuta	3.42*	1.27-6.35	3.34*	1.17-6.94

** p <0.001

La diagnosi maschile si associa ad una riduzione dell'adattamento diadico totale negli uomini (OR=.35 CI=.18-.91) e ad una riduzione della qualità di vita percepita sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR=.58 CI=.37-.92; Femmine OR=.63 CI=.43-.98).

Per quanto riguarda la salute psicologica, la diagnosi maschile si associa ad un significativo aumento dei livelli di ansia di stato e di depressione percepiti, sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=2.36 CI=1.16-6.87 Femmine OR=2.52 CI=1.24-4.91; Depressione Maschi OR=2.32 CI=1.12-5.71 Femmine OR=2.62 CI=1.31-4.89).

La diagnosi femminile risulta essere associata ad una significativa riduzione dell'adattamento diadico nelle donne (OR=.37 CI=.18-.75), e ad una riduzione della qualità di vita percepita, sempre solo nelle donne (OR=.41 CI=.29-.93).

Per quanto riguarda la salute psicologica invece, la diagnosi femminile si associa ad un incremento significativo dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione sempre nelle donne (Ansia di stato OR=2.57 CI=1.26-7.98; Depressione OR=2.85 CI=1.33-6.92).

La diagnosi mista risulta essere associata ad una riduzione dell'adattamento diadico e della qualità di vita sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot Maschi OR=.51 CI=.36-.89; Femmine OR=.41 CI=.30-.79 FQ Tot Maschi OR=.54 CI=.38-.97; Femmine OR=.51 CI=.32-.95), ad un incremento significativo dell'ansia di stato percepita, in entrambi i sessi (Maschi OR=2.51 CI=1.25-5.94 Femmine OR=2.47 CI=1.31-6.09) e ad un aumento significativo dei vissuti depressivi percepiti, solo nelle donne (OR=2.58 CI=1.34-5.88).

Infine la diagnosi sconosciuta, risulta essere associata ad una riduzione significativa dei livelli percepiti di adattamento diadico e di qualità di vita, sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot Maschi OR=.47 CI=.35-.90 Femmine OR=.36 CI=.20-.89; FQ Tot Maschi OR=.43 CI=.31-.89 Femmine OR=.40 CI=.24-.88) e ad un significativo aumento dell'ansia di stato e della depressione percepita sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=3.44 CI=1.27-7.24 Femmine OR=3.40 CI=1.26-6.91; Depressione Maschi OR=3.42 CI=1.27-6.35 Femmine OR=3.34 CI=1.17-6.94).

Analizzando invece gli effetti combinati della diagnosi maschile con le diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione (tab.5), sono emersi profili di associazione significativi.

Tabella 5 Effetti combinati della diagnosi maschile con le diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

Das tot	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi maschile x evitamento	2.45*	1.35-4.91	1.89	.73-3.07
Diagnosi maschile x attitudine positiva	2.31*	1.93-5.72	2.26	.88-2.97
Diagnosi maschile x orientamento al problema	2.67*	1.57-4.52	2.75*	1.48-4.68
Diagnosi maschile x sostegno sociale	3.01	.73-5.14	2.78	.77-3.71
Diagnosi maschile x orientamento trascendente	2.75	.84-3.14	2.41	.68-3.19
FQ Tot				
Diagnosi maschile x evitamento	3.51*	1.77-5.82	2.18	.84-3.22
Diagnosi maschile x attitudine positiva	1.68	.91-3.45	2.22	.82-3.32
Diagnosi maschile x orientamento al problema	2.81*	1.74-5.89	2.27	.96-2.58
Diagnosi maschile x sostegno sociale	2.17	.92-3.19	2.83	.69-.3.80
Diagnosi maschile x orientamento trascendente	1.98	.84-3.13	2.32	.73-3.21
Ansia di stato				
Diagnosi maschile x evitamento	.56*	.27-.89	.72	.46-1.68
Diagnosi maschile x attitudine positiva	.64*	.34-.91	.48*	.23-.98
Diagnosi maschile x orientamento al problema	.55	.29-.88	.67	.41-1.83
Diagnosi maschile x sostegno sociale	.74	.40-1.94	.44	.23-2.36
Diagnosi maschile x orientamento trascendente	.63	.27-2.11	.58	.31-2.61
Depressione				
Diagnosi maschile x evitamento	.52**	.24-.91	.51	.36-2.84
Diagnosi maschile x attitudine positiva	.54*	.40-.88	.35	.15-2.42
Diagnosi maschile x orientamento al problema	.46*	.31-.93	.37	.23-2.51
Diagnosi maschile x sostegno sociale	.56	.27-2.42	.46	.25-2.83
Diagnosi maschile x orientamento trascendente	.41	.24-2.17	.36	.16-2.32

** p <0.001

Nel dettaglio, la diagnosi maschile combinata alla strategia dell'evitamento, si associa ad un significativo incremento dell'Adattamento diadico totale, della qualità di vita negli uomini (DAS Tot OR= 2.45 CI= 1.35-4.91; FQ Tot OR= 3.51 CI= 1.77-5.82) e ad una riduzione dei livelli di ansia di stato e di depressione percepiti, sempre solo negli uomini (Ansia di stato OR= .56 CI= .27-.89; Depressione OR= .52 CI= .24-.91).

Facendo riferimento agli effetti della diagnosi maschile combinata alla strategia di coping dell'attitudine positiva, si evidenzia un'associazione con un incremento dell'Adattamento diadico totale nei pazienti uomini (OR= 2.31 CI= 1.93-5.72), con una riduzione dell'ansia di stato percepita sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR= .64 CI= .34-.91; Femmine OR= .48 CI= .23-.98) e della depressione solo negli uomini (OR= .54 CI= .40-.88).

Osservando gli effetti della diagnosi maschile combinata alla strategia dell'orientamento al problema si rileva un significativo incremento dell'adattamento diadico totale sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR= 2.67 CI= 1.35-4.91 Femmine OR= 2.75 CI= 1.48-4.68), un aumento della qualità di vita percepita solo negli uomini (FQ Tot OR= 2.81 CI= 1.74-5.89) ed una significativa riduzione della depressione solo negli uomini (OR= .46 CI= .31-.93).

Infine dall'analisi della diagnosi maschile combinata alla strategia di coping del sostegno sociale e a quella dell'orientamento trascendente, in entrambi i casi, non sono emersi profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale prese in esame.

Dall'analisi degli effetti combinati della diagnosi femminile con le diverse strategie di coping (tab.6) sono emersi profili di associazione significativi sull'adattamento diadico, sulla qualità di vita, sull'ansia di stato e sulla depressione.

Tabella 6 Effetti combinati della diagnosi femminile con le diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

Das tot	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi femminile x evitamento	1.48	.29-2.88	1.64	.53-2.87
Diagnosi femminile x attitudine positiva	2.43*	1.61-4.87	2.92*	1.24-5.56
Diagnosi femminile x orientamento al problema	.56	.30-2.53	.38	.20-2.61
Diagnosi femminile x sostegno sociale	2.32	.77-3.92	2.85**	1.16-6.82
Diagnosi femminile x orientamento trascendente	1.42	.64-2.31	1.86	.43-3.02
FQ Tot				
Diagnosi femminile x evitamento	2.36*	1.29-4.75	2.56*	1.21-5.83
Diagnosi femminile x attitudine positiva	1.57	.82-2.95	2.35*	1.46-3.78
Diagnosi femminile x orientamento al problema	1.54	.37-2.58	2.41	.81-3.55
Diagnosi femminile x sostegno sociale	2.65	.68-3.35	2.51**	1.28-.5.89
Diagnosi femminile x orientamento trascendente	1.67	.56-2.52	2.09	.83-3.11
Ansia di stato				
Diagnosi femminile x evitamento	.49*	.22-.92	.55*	.26-.88
Diagnosi femminile x attitudine positiva	.55	.29-1.81	.52*	.28-.92
Diagnosi femminile x orientamento al problema	.61	.29-1.83	.44	.30-1.94
Diagnosi femminile x sostegno sociale	.61	.40-2.51	.38**	.19-.86
Diagnosi femminile x orientamento trascendente	.46	.22-2.52	.41	.18-2.94
Depressione				
Diagnosi femminile x evitamento	.41	.23-2.54	.61	.38-2.94
Diagnosi femminile x attitudine positiva	.52	.38-2.72	.37*	.20-.94
Diagnosi femminile x orientamento al problema	.42	.25-2.75	.32	.17-2.97
Diagnosi femminile x sostegno sociale	.58	.43-2.87	.46*	.20-.89
Diagnosi femminile x orientamento trascendente	.47	.22-2.75	.37	.15-2.93

** p < 0.001

Nello specifico, la diagnosi femminile, combinata alla strategia dell'evitamento, si associa ad un incremento significativo dei livelli percepiti di qualità di vita, sia negli uomini che nelle donne (FQ Tot Maschi OR= 2.36 CI= 1.29-4.75 Femmine OR= 2.56 CI= 1.21-5.83) e ad una riduzione dell'ansia di stato sempre in entrambi i sessi (Maschi OR= .49 CI= .22-.92 Femmine OR= .55 CI= .26-.88).

Osservando gli effetti della diagnosi femminile combinata alla strategia dell'attitudine positiva, è emersa un'associazione significativa con un aumento dell'adattamento diadico percepito sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot Maschi OR= 2.43 CI= 1.61-4.87 Femmine OR= 2.35 CI= 1.46-3.78), con un incremento della qualità di vita percepita, solo nelle donne (FQ Tot OR= 2.35 CI= 1.46-3.78) e con una riduzione significativa

dell'ansia di stato e della depressione, sempre solo nelle donne (Ansia di stato OR= .52 CI= .28-.92 Depressione OR= .37 CI= .20-.94).

Per quanto concerne la diagnosi femminile combinata alla strategia dell'orientamento al problema non sono emersi profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale prese in esame.

Dall'analisi degli effetti della diagnosi femminile combinata alla strategia di coping del sostegno sociale, è emersa un'associazione significativa con un aumento dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepita, solo nelle donne (DAS Tot OR= 2.85 CI= 1.16-6.82 FQ Tot OR= 2.35 CI= 1.46-3.78) e con una riduzione dell'ansia di stato e della depressione percepite sempre e solo nelle donne (Ansia di stato OR= .38 CI= .19-.86 Depressione OR= .46 CI= .20-.89).

Infine per quanto concerne la diagnosi femminile combinata alla strategia di coping dell'orientamento trascendente, non emergono profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale prese in esame.

Dall'analisi degli effetti combinati della diagnosi mista con le differenti strategie di coping, sono emersi profili di associazione significativi sull'adattamento diadico, sulla qualità di vita, sull'ansia di stato e sulla depressione (tab.7).

Tabella 7 Effetti combinati della diagnosi mista con le diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

Das tot	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi mista x evitamento	2.44*	1.81-4.21	2.62*	1.58-5.29
Diagnosi mista x attitudine positiva	2.53*	1.28-5.81	2.91*	1.82-6.42
Diagnosi mista x orientamento al problema	2.56*	1.57-5.98	2.71	.84-3.64
Diagnosi mista x sostegno sociale	1.87	.72-3.17	2.48**	1.24-6.91
Diagnosi mista x orientamento trascendente	1.67	.54-2.85	1.89	.59-3.04
FQ Tot				
Diagnosi mista x evitamento	2.38*	1.22-6.83	2.52*	1.27-4.92
Diagnosi mista x attitudine positiva	2.78*	1.33-5.92	2.59*	1.83-5.68
Diagnosi mista x orientamento al problema	2.57*	1.25-5.76	1.47	.86-3.58
Diagnosi mista x sostegno sociale	2.42	.82-3.89	2.51**	1.28-.5.81
Diagnosi mista x orientamento trascendente	2.15	.90-2.85	2.42	.85-3.23
Ansia di stato				
Diagnosi mista x evitamento	.47*	.22-.89	.53*	.35-.92
Diagnosi mista x attitudine positiva	.57*	.29-.91	.42*	.24-.88
Diagnosi mista x orientamento al problema	.58*	.33-.92	.60	.36-2.93
Diagnosi mista x sostegno sociale	.63	.28-2.88	.41**	.25-.86
Diagnosi mista x orientamento trascendente	.46	.30-2.53	.36	.21-2.97
Depressione				
Diagnosi mista x evitamento	.48*	.34-.95	.51*	.33-.97
Diagnosi mista x attitudine positiva	.51*	.32-.88	.39*	.29-.94
Diagnosi mista x orientamento al problema	.47	.32-2.79	.37	.19-2.55
Diagnosi mista x sostegno sociale	.60	.35-2.88	.43*	.16-.92
Diagnosi mista x orientamento trascendente	.43	.23-2.84	.53	.31-2.95

** p < 0.001

Nel dettaglio, la diagnosi mista combinata alla strategia dell'evitamento, si associa ad un significativo incremento dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita percepita, sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot Maschi OR= 2.44 CI= 1.81-4.21 Femmine OR= 2.62 CI= 1.58-5.29 FQ Tot Maschi OR= 2.31 CI= 1.93-5.72 Femmine OR= 2.31 CI= 1.93-5.72) e ad una riduzione significativa dell'ansia di stato e della depressione in entrambi i sessi (Ansia di stato Maschi OR= .47 CI= .22-.89 Femmine OR= .53 CI= .35-.92 Depressione Maschi OR= .48 CI= .34-.95 Femmine OR= .51 CI= .33-.97).

Osservando gli effetti della diagnosi mista combinata alla strategia dell'attitudine positiva, è emersa, un'associazione con un incremento significativo dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita percepita, sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot

Maschi OR= 2.53 CI= 1.28-5.81 Femmine OR= 2.91 CI= 1.82-6.42 FQ Tot Maschi OR= 2.78 CI= 1.33-5.92 Femmine OR= 2.59 CI= 1.83-5.68) e ad una riduzione significativa dell'ansia di stato e della depressione in entrambi i sessi (Ansia di stato Maschi OR= .57 CI= .29-.91 Femmine OR= .42 CI= .24-.88 Depressione Maschi OR= .51 CI= .32-.88 Femmine OR= .39 CI= .29-.94).

Prendendo in esame la diagnosi mista combinata alla strategia dell'orientamento al problema, è emersa un'associazione con un aumento significativo dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita percepita, solo negli uomini (DAS Tot OR= 2.56 CI= 1.57-5.98 FQ Tot OR= 2.57 CI= 1.25-5.76) e con una riduzione significativa dell'ansia di stato percepita, sempre solo negli uomini (OR= .58 CI= .33-.92).

Analizzando gli effetti della diagnosi mista combinata alla strategia del sostegno sociale, si evidenzia un'associazione con un incremento significativo dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita percepita solo nelle donne (DAS Tot OR= 2.48 CI= 1.24-6.91 FQ Tot OR= 2.51 CI= 1.28-5.81) e con una riduzione significativa dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, sempre solo nelle donna (Ansia di stato OR= .41 CI= .25-.86 Depressione OR= .43 CI= .16-.92).

Infine prendendo in esame gli effetti della diagnosi mista combinata alla strategia dell'orientamento trascendente, non sono emersi profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale osservate

Dall'analisi degli effetti combinati della diagnosi sconosciuta combinata alle diverse strategie di coping, sono emersi profili di associazione significativi con l'adattamento diadico totale, la qualità di vita, l'ansia di stato e la depressione (tab.8).

Tabella 8 Effetti combinati della diagnosi sconosciuta con le diverse strategie di coping sull'adattamento diadico, qualità della vita, ansia di stato e depressione.

Das tot	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi sconosciuta x evitamento	2.46*	1.25-6.87	2.58*	1.39-5.95
Diagnosi sconosciuta x attitudine positiva	2.41*	1.29-5.89	2.39	.17-2.46
Diagnosi sconosciuta x orientamento al problema	2.56*	1.31-6.94	2.39	.25-2.69
Diagnosi sconosciuta x sostegno sociale	2.39	.23-2.63	2.26*	1.19-6.85
Diagnosi sconosciuta x orientamento trascendente	2.53	.31-2.48	2.46	.32-2.64
FQ Tot				
Diagnosi sconosciuta x evitamento	2.39*	1.22-5.86	2.50*	1.29-4.92
Diagnosi sconosciuta x attitudine positiva	2.67*	1.39-4.98	2.58*	1.59-5.67
Diagnosi sconosciuta x orientamento al problema	2.81	.89-3.69	2.42	.82-3.59
Diagnosi sconosciuta x sostegno sociale	2.62	.39-3.58	2.59**	1.28-4.81
Diagnosi sconosciuta x orientamento trascendente	2.14	.75-3.42	2.34	.79-3.63
Ansia di stato				
Diagnosi sconosciuta x evitamento	.48*	.19-.89	.57*	.32-.95
Diagnosi sconosciuta x attitudine positiva	.61*	.38-.91	.46	.29-1.89
Diagnosi sconosciuta x orientamento al problema	.63*	.29-.92	.57	.33-1.82
Diagnosi sconosciuta x sostegno sociale	.61	.28-1.84	.43*	.26-.87
Diagnosi sconosciuta x orientamento trascendente	.45	.26-2.73	.38	.21-3.12
Depressione				
Diagnosi mista x evitamento	.53*	.31-.95	.41*	.22-.97
Diagnosi mista x attitudine positiva	.42*	.23-.89	.30*	.18-.94
Diagnosi mista x orientamento al problema	.48	.34-2.32	.37	.21-2.52
Diagnosi mista x sostegno sociale	.56	.25-2.86	.52*	.21-.92
Diagnosi mista x orientamento trascendente	.43	.23-2.62	.54	.31-2.78

** p <0.001

Analizzando gli effetti della diagnosi sconosciuta combinata alla strategia dell'evitamento, si evidenzia un'associazione con un incremento significativo dell'adattamento diadico totale e della qualità di vita percepita, sia negli uomini che nelle donne (DAS Tot Maschi OR= 2.46 CI= 1.25-6.87 Femmine OR= 2.58 CI= 1.39-5.95 FQ Tot Maschi OR= 2.39 CI= 1.22-5.86 Femmine OR= 2.50 CI= 1.29-4.92) e ad una riduzione significativa dell'ansia di stato e della depressione in entrambi i sessi (Ansia di stato Maschi OR= .48 CI= .19-.89 Femmine OR= .57 CI= .32-.95 Depressione Maschi OR= .53 CI= .31-.95 Femmine OR= .41 CI= .22-.97).

Prendendo in considerazione gli effetti della diagnosi sconosciuta combinata alla strategia dell'attitudine positiva, è emersa un'associazione con un aumento significativo della qualità di vita percepita sia negli uomini che nelle donne (FQ Tot Maschi OR= 2.67

CI= 1.39-4.98 Femmine OR= 2.58 CI= 1.59-5.67), con una riduzione significativa della depressione in entrambi i sessi (Depressione Maschi OR= .42 CI= .23-.89 Femmine OR= .30 CI= .18-.94), con un aumento significativo dell'adattamento diadico totale percepito, solo nei pazienti maschi (OR= 2.41 CI= 1.29-5.89) e con una riduzione significativa dell'ansia di stato percepita sempre solo negli uomini (OR= .61 CI= .38-.91).

Osservando gli effetti della diagnosi sconosciuta combinata alla strategia dell'orientamento al problema, è emersa un'associazione con un incremento dell'adattamento diadico totale percepito solo negli uomini (OR= 2.56 CI= 1.31-6.94) e con una significativa riduzione dell'ansia di stato sempre solo negli uomini (OR= .63 CI= .29-.92).

Per quanto concerne gli effetti della diagnosi sconosciuta combinata alla strategia del sostegno sociale, si rileva un'associazione con un aumento dei livelli percepiti di adattamento diadico totale e di qualità di vita nelle donne (DAS Tot OR= 2.26 CI= 1.19-6.85 FQ Tot OR= 2.59 CI= 1.28-4.81) e con una riduzione significativa dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, sempre solo nelle donne (Ansia di stato OR= .57 CI= .26-.87 Depressione OR= .52 CI= .21-.92).

Concludendo, per quanto riguarda invece gli effetti della diagnosi sconosciuta combinata alla strategia dell'orientamento trascendente, non sono emersi profili di associazione significativi con nessuna delle sottoscale oggetto d'esame.

III.6 Discussione

I risultati riportati nel presente capitolo, confermano l'influenza delle strategie di coping sull'adattamento diadico, sulla qualità di vita e sui livelli di ansia e depressione percepiti dalle coppie infertili .

In linea con buona parte della letteratura, i nostri dati rivelano che le donne utilizzano in maniera prevalente la strategia di coping del sostegno sociale (Ptacek, Smith, e Dodge 1994; Zani e Cicognani, 1999), mentre gli uomini ricorrono più frequentemente a quella dell'evitamento (Ben-Zur e Zeidner 1995; Steca, Accardo e Capanna, 2001).

Le donne del nostro campione riportano inoltre livelli significativamente maggiori di vissuti ansiosi e depressivi rispetto agli uomini nell'affrontare la crisi derivante dall'infertilità (Csemiczky et al., 2000; Moreira et al., 2005).

Per quanto concerne la qualità di vita percepita, le donne riportano livelli significativamente più bassi rispetto agli uomini (Monga et al., 2004; Rashidi et al., 2008).

Inoltre prendendo in considerazione l'adattamento diadico, sono sempre le donne a riportare livelli significativamente più bassi rispetto agli uomini (Pash et al., 2002; Peterson et al., 2006).

I nostri dati riguardanti gli effetti delle diverse strategie di coping sono in linea con la letteratura che rileva come in realtà, non esistano stili di *coping* adattivi o disadattivi a priori, le diverse strategie di *coping*, siano esse attive o passive, possono risultare efficaci in una situazione, potrebbero non esserlo in un'altra e modalità reattive che risultano positive, se usate moderatamente e temporaneamente, possono divenire negative se usate in modo esclusivo (Zeidner e Saklofske, 1996). Nel nostro campione, la strategia di coping dell'evitamento e quella dell'attitudine positiva, risultano essere associate ad un incremento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepite, e ad una riduzione significativa di ansia di stato e depressione, sia negli uomini che nelle donne; la strategia dell'orientamento al problema risulta essere associata solo negli uomini ad un aumento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepite, e ad una riduzione significativa di ansia di stato e depressione mentre la strategia del sostegno sociale nelle donne risulta essere associata ad un incremento

significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepite, e ad una riduzione significativa di ansia di stato e depressione.

Prendendo in considerazione invece il tipo di diagnosi emerge che la diagnosi maschile risulta essere associata ad una riduzione significativa dell'adattamento diadico e della qualità di vita, e ad un significativo incremento di ansia di stato e depressione, sia negli uomini che nelle donne; la diagnosi femminile, si associa ad una significativa riduzione dell'adattamento diadico e della qualità di vita percepite e ad un significativo aumento dei vissuti ansiosi e depressivi solo nelle donne; mentre la diagnosi mista e sconosciuta influenzano, l'adattamento diadico, la qualità di vita, e la salute psicologica sia degli uomini che delle donne.

I dati della presente ricerca, rivelano come la diagnosi di infertilità pur rappresentando una vera e propria crisi di vita sia per l'uomo che per la donna, venga vissuta alla pari di una *sentenza*, la frustrazione, lo stress emozionale e il disorientamento sono molto intensi nella donna anche quando la causa dell'infertilità non è attribuibile a lei (Stammer et al., 2002).

Dall'analisi delle differenti strategie di coping, combinate ai diversi tipi di diagnosi, è emerso che la strategia dell'evitamento e dell'attitudine positiva, in presenza di una diagnosi maschile si associano ad un incremento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita e riducono i livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, non soltanto nell'uomo ma anche nella donna (Bolger, DeLongis, Kessler e Wethington, 1989; Hagendoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra e Coyne, 2008; Repetti, 1989; Thompson e Bolger, 1999).

Le strategie di coping dell'evitamento, del sostegno sociale e dell'attitudine positiva, in presenza di una diagnosi di tipo femminile, si associano ad un incremento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita e riducono i livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, non soltanto nella donna, ma anche nell'uomo.

Le strategie di coping dell'evitamento e dell'attitudine positiva, in presenza di una diagnosi mista oppure sconosciuta risultano essere associate ad un incremento significativo dell'adattamento diadico e della qualità di vita e riducono i livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, sia negli uomini che nelle donne.

Questi risultati possono essere letti alla luce del ruolo del coping diadico per il funzionamento di coppia, esplorato in numerosi studi, che hanno messo in evidenza come un coping diadico positivo abbia importanti benefici per il benessere della relazione così come dei partner stessi. In particolare ci sono evidenze che mostrano come mettere in atto un coping positivo e offrire supporto al partner nei momenti di stress riduca significativamente l'esperienza di stress dei partner, incrementi la qualità coniugale e il benessere psicologico e fisico dei membri della coppia, sia in coppie che affrontano stress quotidiani (Bodenmann, Atkins, Schar e Poffet, 2010; Papp e Witt, 2010; Sullivan, Pasch, Johnson e Bradbury, 2010; Vilchinsky et al., 2010) sia in coppie che fanno fronte a malattie croniche (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli e Revenson, 2010; Schokker et al., 2010; Zimmermann, Scott e Heinrichs, 2010).

Infine, ricerche future potrebbero essere volte ad esplorare maggiormente la relazione tra il coping diadico e altri costrutti ad esso correlati. Gli studiosi della relazione di coppia hanno infatti recentemente richiamato l'attenzione della comunità scientifica sulla necessità di studiare processi relazionali sia negativi sia positivi per fornire una descrizione più completa del ruolo delle relazioni intime per il funzionamento umano (Fincham e Beach, 2010). Nel contesto della letteratura sul coping diadico, ritengo che la ricerca sulla relazione di coppia potrebbe beneficiare di un'indagine approfondita dei processi che le coppie mettono in atto quando devono affrontare sia eventi negativi che eventi positivi ed in particolare di un'analisi delle interconnessioni tra questi due processi. A questo proposito, la capitalizzazione (cioè il processo nel quale un partner comunica un evento positivo accadutogli all'altro, il quale può rispondere con azioni supportive che massimizzano i benefici dell'evento; si veda: Gable, Gonzaga, e Strachman, 2006) condivide con il processo di coping diadico numerose caratteristiche, sebbene nel contesto della comunicazione di eventi positivi e non stressanti. Il legame tra coping diadico e capitalizzazione meriterebbe particolare attenzione in quanto consentirebbe un resoconto più completo degli scambi tra i partner di fronte agli eventi della vita quotidiana e inoltre avrebbe importanti ricadute a livello operativo e di intervento con le coppie.

Capitolo IV

Effetti principali e combinati del tipo di diagnosi e della durata dell'infertilità sulla soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva e adattamento diadico totale

IV.1 La genitorialità trasformazioni e mutamenti nelle forme e nei significati

Come rileva Bartoletti (2011), l'immagine ideale di famiglia costruita socialmente è rinforzata da numerosi fattori che, in maniera più o meno esplicita, ne regolano il funzionamento e le scelte in un meccanismo di premi e punizioni in base al numero di figli. Anche Edelman, Humphrey e Owens (1994) rintracciano l'influenza di fattori che storicamente hanno rivestito un ruolo determinante nella scelta procreativa, da quello economico (in molte culture i figli continuano a rappresentare forza lavoro o un reddito in più nell'economia familiare), a quello legato al raggiungimento di uno status sociale, a fattori psicologici e identitari: la scelta di concepire e crescere un figlio continua a ricevere una forte spinta da bisogni soggettivi e sociali, o, alternativamente dal desiderio di evitare lo stress e la pressione sociale correlati al non averne. Per quanto soggetta a trasformazioni e mutamenti nelle forme e nei significati ad essa attribuiti, la genitorialità continua dunque ad essere definita come un evento chiave del ciclo di vita dell'individuo, una tappa essenziale per la coppia, un evento atteso e desiderato per la famiglia allargata a livello trigerazionale.

Le due "culture della procreazione" relative all'epoca moderna individuate da Gambini (2007), riguardano da un lato l'aspetto responsabile della scelta genitoriale, ovvero la possibilità che i genitori si offrono di affrontare la nascita dei figli in maniera consapevole, valutando aspetti legati al quando mettere al mondo un bambino, a quanti figli decidere di avere, in che momento della vita di coppia, nell'ottica di una maggiore attenzione ai diritti e ai bisogni dell'infanzia; dall'altro, emergono anche le caratteristiche della procreazione come scelta che risponde a un desiderio dell'individuo espresso sempre più in forma personale, affettiva e intimistica.

Già Erikson (1984) affermava che diventare genitore e crescere un figlio rappresentasse la più significativa crisi evolutiva dell'età adulta, crisi che, attraverso lo

scambio affettivo e l'espressioni di sentimenti legati all'attaccamento e all'accudimento, consente all'uomo e alla donna entrare nella linea generazionale, sperimentare la possibilità di assumersi responsabilità e di prendersi cura e su un piano trigerazionale, risolvere questioni legate a vincoli di lealtà: "l'intrinseco diritto e merito del bambino di ricevere cure è probabilmente il fattore più forte nel controbilanciare il senso di colpa del genitore per avere allentato i propri obblighi filiali di tutta una vita" (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1988).

L'infertilità di coppia è una malattia caratterizzata dall'assenza del bambino immaginato, è un simbolo di vuoto, è l'impossibilità di donare vita e di allargare l'universo dei propri affetti, è la mancata testimonianza familiare e sociale della scelta d'amore di una donna e di un uomo, è una ferita che colpisce l'identità individuale, è un lutto difficile da elaborare proprio per la mancanza di una perdita reale, è il sé proiettato nel futuro che viene meno.

IV.2 La sterilità nella coppia e le differenze di genere

In questo scenario ogni impedimento alla transizione alla genitorialità, primo tra tutti una diagnosi di sterilità, determina un blocco evolutivo di non sempre facile elaborazione e le cui conseguenze si declinano a livello individuale, di coppia e familiare.

"Anche le coppie più equilibrate, coese e funzionali, di fronte alla sterilità, si trovano a confrontarsi con le loro zone d'ombra e ad attraversare un periodo di instabilità determinata dalla necessità di rinegoziare un contratto, quello alla base della loro unione, che, a volte solo in modo implicito, ha sempre incluso il progetto genitoriale. Le specifiche caratteristiche della scoperta della sterilità che, nella maggior parte dei casi, avviene proprio nel momento in cui la coppia sta cercando di concepire un figlio, rende tale evento particolarmente stressante" (Salerno, 2010).

La sterilità è considerata un fattore di rischio per la salute mentale, il benessere generale della persona e la soddisfazione nella relazione di coppia (Edelmann, Humphrey e Owens, 1994; Peterson, Gold e Feingold, 2007; Salmela-Aro e Suikkari, 2008; Ardenti, 2011).

Gli studi sulla genitorialità ottenuta tramite procreazione mediamente assistita (PMA) descrivono le ricadute dello stato di sterilità e delle emozioni negative ad esso correlato, che spesso accompagnano la coppia per i lunghi anni tesi al raggiungimento della procreazione. Frances-Fisher e Lightsey (2003) sostengono che la relazione di coppia possa essere talmente influenzata dallo stress conseguente alla sterilità che anche l'espressione della genitorialità una volta nato il bambino, la modalità di accudimento, la relazione genitore figlio ne vengono negativamente condizionate.

In particolare, i costi emotivi, relazionali, sociali ed economici della sterilità influenzano profondamente l'autostima, il senso di self-efficacy, la percezione sociale, aumentando i sensi di colpa, di vergogna e rabbia e facilitando la costruzione dell'identità intorno a ciò che manca invece che ad attributi e caratteristiche positive (Greil, 1997). Sebbene sia importante valutare la sterilità come un problema di coppia considerato anche quanto la percezione di un partner sia strettamente e dialetticamente connessa alla percezione dell'altro, è altresì utile distinguere i vissuti femminili da quelli maschili poiché i correlati psicologici della diagnosi hanno manifestazioni differenti tra i due sessi e sottovalutarne le specificità non consente un'adeguata analisi del fenomeno ed opportune strategie di intervento. Sono infatti certamente comuni ai due sessi sentimenti di fallimento, inadeguatezza, vergogna, rabbia e senso di colpa (Parker e Alexander, 2004; Throsby e Gill, 2004), ma esistono evidenti differenze a partire dallo stereotipo più diffuso su questo tema ovvero che alla sterilità nell'uomo corrisponda una scarsa virilità o mascolinità: tra i dati scaturiti da ricerche in merito (Farri Monaco e Peila Castellani 1994; Sundby 1999; Gannon, Glover e Abel 2004) di particolare rilevanza appaiono quelli secondo i quali "la sterilità determina nell'uomo un vissuto di stigmatizzazione con gravi conseguenze a livello di autostima e autoefficacia. Anche nella reazione l'uomo si comporta diversamente dalla donna.

Sembra, infatti, che il primo impatto con il lutto conseguente alla diagnosi porti l'uomo a uno spostamento di energie e interessi su versanti altri della sua vita, spesso extrafamiliari (ad esempio nell'ambito del lavoro o delle attività sociali e/o sportive); egli, inoltre, tende più della partner a mantenere riservata la notizia e a reagire come farebbe rispetto ad altri eventi stressanti della sua vita. Una delle strategie utilizzate dagli uomini ha a che fare, infatti, con l'evitamento del problema, attraverso un atteggiamento

ironico, il rifiuto di parlarne, il tenersi occupato con altro” (Salerno, 2010). Anche Berg (1990 in Greil, 1997) riporta che l’uomo tende molto più della donna a presentare un’immagine di sé positiva anche quando lo stress che vive è alto e i vissuti di lutto e fallimento sono presenti tanto quanto nella donna.

Nella sua meta-analisi, Greil (1997) riferisce di numerosi studi che, analizzando ricadute psico-sociali nelle coppie sterili, enfatizzano un minore tasso di stress nei gruppi maschili rispetto alle partner, con particolare riferimento ad alcuni specifici indicatori: innanzitutto, mentre l’effetto della sterilità sulle donne è diretto, per gli uomini sembra mediato dalla relazione con la partner e dal significato che la stessa vi attribuisce; inoltre gli uomini sterili confrontati con le donne mostrano un più alto livello di autostima, sono meno depressi, meno auto-colpevolizzanti, definiscono la condizione di childlessness come “dolorosa ma accettabile”, mettono in atto minori strategie di evitamento di quei contesti nei quali è più facile incontrare famiglie con bambini piccoli, raramente prendono iniziative nell’area dei trattamenti (ricerca di informazioni, esami medici tesi ad individuare possibili cure, ecc) e appaiono più adattati e maggiormente soddisfatti della propria vita in generale. L’autore riporta che, interrogati sul significato dell’evento, gli uomini sterili, pur riconoscendone la serietà tendono a sminuirne la gravità, definendolo un evento destabilizzante ma non tragico, come invece fanno spesso le donne. Fisher, Baker e Hammarberg (2010) sostengono che ancor più della mancata paternità, è proprio lo stress determinato dall’idea di essere, o di venire percepito dagli altri, scarsamente virile a determinare la maggiore sofferenza per l’uomo sterile. In questo scenario, hanno certamente grande rilievo le aspettative connesse al genere e gli Autori trovano che lo stress causato dalla sterilità raggiunga la stessa intensità nei due sessi, mentre ciò che cambia è l’approccio all’idea di una vita senza figli che nelle donne appare più complesso da elaborare ed accettare.

Altri studi (Daniluk, 1997; Peterson, Gold e Feingold, 2007; Fisher, Baker e Hammarberg, 2010) evidenziano invece come la sofferenza maschile venga espressa diversamente o, a volte, non venga affatto manifestata determinando nella partner inconsapevolezza o grande difficoltà a comprendere quanto stia succedendo emotivamente all’uomo.

I vissuti di bassa autostima sono particolarmente evidenti nel confronto che gli uomini sterili fanno con uomini padri di figli verso i quali si sentono sempre perdenti, sessualmente inferiori, mancanti di qualcosa o inutili.

Peterson et al. (2006) analizzano le strategie di coping utilizzate da uomini e donne identificando per queste ultime soprattutto comportamenti tesi ad affrontare il problema, ad accettarne la responsabilità, a ricercare supporto sociale mentre i partner tendono maggiormente al distanziamento, all'auto-controllo e alla pianificazione di quelle che possono essere le soluzioni; le strategie di evitamento, per entrambi i sessi sembrano fortemente correlate con insoddisfazione coniugale, mentre la ricerca di supporto predice un migliore adattamento e soddisfazione di coppia.

Guardando alla coppia come unità, un'area di ricerca di particolare interesse riguarda le differenti reazioni dei partner in base a chi dei due sia causa dell'infertilità: alcuni studiosi trovano che mentre gli uomini sembrano soffrire di più nel caso in cui la sterilità sia dovuta a una loro patologia, le donne mostrano uguali livelli di stress sia nel caso in cui la causa sia legata a loro disfunzionalità che quando dipende dal partner (Lorber e Bandlamudi, 1993 in Greil, 1997).

Di contro, altri dati riportano una maggiore sofferenza nelle coppie ove è l'uomo la causa del problema, con medesimi livelli di insoddisfazione di coppia in entrambi i partner (Salmela-Aro e Suikkari, 2008).

L'infertilità di coppia è caratterizzata da colpa e vergogna per l'impossibilità di compiere il proprio destino biologico e pone gli individui in una dimensione di incompiutezza che investe tutte le aree della vita, affettiva, relazionale e lavorativa. E' anche una prova di forza, che si realizza nel percorso tortuoso per raggiungere l'obiettivo di cui la Dea Scienza sembra oggi sempre più poter farsi garante, e nel riscegliersi come coppia, oltre il progetto figlio sognato e fallito - o anche realizzato - dopo tanti tentativi che inevitabilmente hanno snaturato e/o ristrutturato il senso dello stare insieme. Il significato della rinuncia e l'epoca in cui si verifica, fin da subito o dopo pochi o tanti tentativi, è molto profondo e permea di sé tutte le dinamiche dell'esistenza.

L'infertilità come "crisi di vita", infatti, ha delle conseguenze psico-relazionali che dipendono essenzialmente dall'effetto tempo, cioè dalla durata del problema e dal numero di indagini e procedure volte a risolvere il problema, e dal grado di distress

vissuto da entrambi i componenti della coppia, a sua volta fortemente influenzato dal contesto socio-culturale di riferimento (Menning, 1975; Flamigni et al., 2001).

Non vi è dubbio che la malattia del generare comporta un profondo riassetto della relazione di coppia, soprattutto dell'espressione della sessualità tra eroicità e procreazione.

L'incapacità di generare è un "non evento" critico dell'evoluzione dell'identità maschile e femminile con un impatto più marcato nella donna che è "normalmente" creatrice di vita (Baldaro Verde, Nappi, 2001).

IV.3 L'impatto della sterilità sull'adattamento psico-sociale dell'uomo

Nonostante la mole di studi in tema di riproduzione e generatività, sia nei loro aspetti normativi (gravidanza, parto, attaccamento genitore-bambino) che disfunzionali (sterilità, nascite premature, interruzioni di gravidanza) concentrati quasi esclusivamente sulla donna, sono oggi in crescita riflessioni teoriche e ricerche empiriche sulla paternità, con particolare riferimento a tre tematiche: la costruzione culturalmente determinata della figura del padre (dal "nuovo padre" al "padre assente"), il cambiamento nel coinvolgimento del padre nell'accudimento e nella crescita dei figli, le trasformazioni della nuova coppia a doppia carriera e le conseguenze sulla figura paterna.

Throsby e Gill (2004) sostengono che queste aree e prospettive di studio escludono dall'analisi il significato profondo che l'uomo attribuisce alla divenire padre e alla paternità e per questo risultano parziali e incomplete.

Come afferma Agostiniani (2009), sebbene le trasformazioni socio-culturali abbiano determinato il declino dell'immagine paterna tradizionale a favore di un modello parentale di stampo materno, "con l'arrivo dei figli, il maschio è però obbligato a inventarsi un ruolo paterno" (ibidem, 27).

Badolato (1993) con una interessante riflessione sul vissuto maschile nel tempo dell'attesa, definisce la mente del padre gravida di pensieri ed emozioni nuove e descrive la complessità della trasformazione richiesta al futuro padre che, da un lato, vede sancita e confermata la propria mascolinità, dall'altro deve far ricorso alle proprie parti femminili

che gli consentiranno di accudire, proteggere e contenere emotivamente la partner a sua volta impegnata nel contenimento del feto.

Altri autori (Gannon, Glover e Abel, 2004) sottolineano che mentre la maternità è la prima caratteristica che le donne utilizzano per definire loro stesse e con la quale vengono definite dagli altri, per gli uomini la paternità sembra solo uno dei ruoli nei quali si riconoscono e vengono riconosciuti; al contempo, altri studi focalizzati su gruppi di uomini sterili hanno invece evidenziato il ruolo centrale che, per l'identità di genere di questi soggetti, riveste il non essere padre, come se la percezione dell'importanza della paternità risulti più evidente quando questa è impossibile da raggiungere. Anche le ricerche sulle nuove forme familiari e di coppia (cfr. Goodwin, 2009; Salerno, 2010) evidenziano come il ruolo maschile sia in grande trasformazione, a partire proprio dalla funzione paterna che oggi sembra ricoprire uno spazio ampio nella vita dell'uomo: si definisce infatti procreative consciousness l'esperienza soggettiva dell'uomo relativa ai temi della procreazione e procreative responsibility la consapevolezza del suo ruolo in tema di scelte contraccettive, inizio della gravidanza, eventuale interruzione della stessa (Marsiglio, Lohan e Culley, 2013); l'uomo è sempre più visibile a cominciare dall'area del desiderio, dalla sua presenza attiva nell'accudimento del bambino sin dalla nascita, dalla possibilità di ricoprire ruoli fino a pochi anni fa esclusivamente femminili.

Aarseth (2009), attraverso il concetto di degendering, descrive un interscambio delle funzioni e dei ruoli paterni e materni in merito ai compiti di cura che determina la cosiddetta intimate fatherhood nella quale la relazione padre-figlio si caratterizza per alcuni elementi fondamentali quali presenza, vicinanza, espressione delle emozioni, reciprocità e relazione diadica (Bosoni, 2011; Raciti, 2016). Pur tuttavia nella società occidentale contemporanea la figura del padre continua ad essere assimilato al cliché femminile, secondo un fenomeno che gli psicoanalisti definiscono maternalizzazione del ruolo paterno (Busciolano et al., 2013).

Queste nuove figure, oggi ironicamente definiti "mammi", incarnano il concetto di paternità intesa come fatto sociale (Ventimiglia, 1994) e non più soltanto come fatto privato: diventano dunque i portavoce del fenomeno che contrappone tradizione e modernità e che, con difficoltà, tende al mutamento sociale sulla scia indissolubile delle eredità storiche (Ruspini, Zajczyk, 2008; Raciti, 2016).

Andolfi (2001) in questo dibattito precisa che tradizionali prestazioni e compiti femminili ora assunti e fatti propri dai padri non significano uguaglianza di atteggiamenti tra padre e madre ma mantengono una specificità se espressi dall'uomo o dalla donna. Nell'ottica della medicina di genere (Baggio, Basili e Lenzi, 2014), che si basa sull'idea che l'essere uomo o donna abbia un'influenza e condizioni sia l'esordio che il decorso delle malattie, nonché gli aspetti diagnostici, i possibili trattamenti, la prognosi e la cura con importanti ricadute anche in ambito preventivo, si è assistito negli ultimi anni ad un crescente interesse per la salute dell'uomo e per la specificità di alcune patologie fortemente influenzate dal genere sessuale del paziente che ne è affetto. Una tra queste è per l'appunto la sterilità maschile, che rappresenta oggi una vera e propria sfida al concetto di mascolinità diffuso nelle società occidentali. In verità, entrando nello specifico tema oggetto del presente contributo, le ricerche internazionali relative all'esperienza dell'uomo nei casi di sterilità, childfreeness, interventi di PMA e in generale sulle tematiche legate alla procreazione è ancora oggi piuttosto limitata.

Uno dei motivi è proprio legato alla falsa associazione tra fertilità e mascolinità che ha reso la sterilità maschile per alcuni anni un tabù, alimentato dal fatto che l'uomo senza figli appare agli altri e si auto-percepisce anche meno potente sessualmente con i conseguenti vissuti di vergogna e frustrazione; inoltre, è più facile che la sterilità maschile venga associata a un problema nell'area della prestazione sessuale, riferendosi, ad esempio, a una disfunzionalità erettile, mentre quella femminile nell'opinione comune si lega a una sindrome organica (Edelmann, Humphrey e Owens, 1994; Gannon, Glover e Abel, 2004).

Due recenti e interessanti rassegne di ricerche (Fisher e Hammarberg, 2012; Culley, Hudson e Lohan, 2013) si interrogano sulle cause di tale carenza di studi; in particolare, gli Autori evidenziano quanto poco si conosca in merito ai vissuti dell'uomo nell'ambito delle scelte riproduttive, al suo ruolo nelle decisioni della donna di intraprendere o meno una gravidanza, dei suoi vissuti di fronte alla diagnosi di sterilità, sebbene sia alta la percentuale di coppie nelle quali essa dipende esclusivamente da problematiche maschili. Tra i pochi dati emersi, l'infertilità per gli uomini rappresenta un evento critico importante che attiva uno specifico set di difficoltà emotive legate al genere. In particolare, gli uomini percepiscono la propria forza e la propria virilità come minacciate,

con dei vissuti di impotenza nel raggiungere la paternità (Becker, 2000; Daniluk, 2001; Greil, 1991; Meerabeau, 1991; Nachtigall, Becker e Wozny, 1992; Throsby, Gill, 2004; Daniluk, 1997). Sempre a proposito dell'influenza delle caratteristiche attribuite, spesso in maniera stereotipica, al ruolo femminile e a quello maschile, Moura-Ramos et al. (2012) sostengono che per comprendere le ricadute della diagnosi di sterilità sull'uomo e sulla donna è necessario contestualizzarle rispetto a significato che per quella specifica cultura assume il concetto di madre e di padre; in generale, i comportamenti relativi alla sfera sessuale, procreativa, all'unione matrimoniale e alla sua dissoluzione sono regolati socialmente e culturalmente; nello specifico: "i livelli di fecondità di una società o di specifici gruppi sociali al suo interno, dipendono infatti da una molteplicità di variabili che si presentano in interpretazioni complesse, e che sono state efficacemente classificate per rendere conto della loro interazione, ma anche di potenziali contraddizioni e paradossi" (Bartoletti, 2011).

In questo senso, in contesti più tradizionalisti e meno culturalmente avanzati porterebbero esasperare l'importanza della genitorialità soprattutto per la donna perché più intrinsecamente legata al concetto di femminilità e, conseguentemente, ritenere più devastante il non poter transitare alla condizione di madre, rispetto a quanto possa accadere all'uomo, culturalmente meno connesso alla necessità procreativa.

Nello specifico, gli studi si interrogano sulle variabili maggiormente intervenienti sul valore e sul significato che gli individui attribuiscono alla genitorialità e che spiegano il livello di stress nelle persone affette da sterilità. Gli Autori si concentrano sullo status socioeconomico e sulla collocazione territoriale (urbana vs rurale) e, pur non riscontrando alcuna differenza di genere in termini di valore attribuito alla genitorialità, trovano differenze significative rispetto al significato che la sterilità riveste per l'uomo e la donna.

In generale, un basso status socio-economico e l'appartenenza ad un contesto rurale sono associati a una minore accettazione dell'assenza dei figli e una maggiore esigenza di transitare allo status genitoriale come evento critico evolutivo per la coppia e per la donna in modo particolare.

Altri studi (Dear e Merali, 2002) hanno rintracciato un più alto livello di stress nelle coppie sterili con un grado di istruzione più basso ed appartenenti ad un ceto

socioculturale inferiore che sembrano anche mostrare maggiori difficoltà nei vissuti scaturiti dal ricorso alle tecniche di PMA.

IV.4 Interventi psicologici nel percorso di PMA e durata dell'infertilità

Il dolore mentale si può trasformare in psicopatologia solo se non viene accolto, contenuto e condiviso. Questa riflessione clinica è importante in ogni fase del percorso PMA, sicuramente nel fallimento, ma anche nel successo. Nel percorso PMA occorre infatti un lavoro integrato ed interdisciplinare che si prenda cura dei partner della coppia nella loro interezza, come corpi, menti ed emozionalità. E' necessario, all'interno della tecnologia e delle procedure biomediche più avanzate, che si creino spazi fisici, temporali e mentali in cui sia possibile aiutare la coppia a mantenere il contatto con il proprio mondo interno, perché possano attingere alle proprie risorse emotive, essere protagonisti e responsabili, perché sia agevolato il passaggio dalla "fecondazione" alla "procreazione" (Riccardi e Monti, 2003).

Lo scopo del trattamento dell'infertilità in un'ottica interdisciplinare ristabilisce uno spazio per il reale (biotecnologie) ed uno per l'immaginario (vissuti, relazioni, fantasie). Lo spazio dell'immaginario non riguarda solo gli psicologi, anzi, attraversa, in modo più o meno conscio, tutta l'esperienza delle coppie infertili nelle varie fasi PMA e negli incontri con tutti gli operatori, soprattutto con i medici e con i biologi (Schmidt *et al.*, 2003; Riccardi e Monti, 2003).

La legislazione, in questo senso, offre un'opportunità: le linee Guida della legge 40/2004 (pubblicate nel 2008) riconoscono la necessità di supportare psicologicamente la coppia durante l'iter diagnostico e terapeutico e indicano che ogni centro per la PMA debba assicurare la presenza di un adeguato sostegno psicologico alla coppia, predisponendo la possibilità di una consulenza da parte di uno psicologo adeguatamente formato nel settore. Le difficoltà spesso rilevate nell'efficacia degli interventi derivano da carenza di personale specificamente preparato, dalla necessità di un maggior confronto tra esperienze diverse ed istituzionalmente separate, ma soprattutto dalla necessità di una maggiore integrazione tra personale medico e personale psicologico. Nella maggior parte dei centri, gli psicologi infatti effettuano solo consulenze separate dal resto dell'attività

clinica PMA, rischiando di confermare nei pazienti un'esperienza di scissione tra sofferenza fisica e psichica, tra corpo e mente (Fagandini *et al.*, 2006).

Il sostegno psicologico alla coppia sterile può essere richiesto in diversi momenti e acquista differenti significati in base alla fase che la coppia sta attraversando; il momento della diagnosi, ad esempio, richiama la necessità di sostenere la coppia di fronte a un lutto che, come abbiamo visto, riguarda entrambi in maniera diversa; in seguito, accompagnare la coppia nell'elaborazione comporta il supporto al rilancio di un patto di coppia che la sterilità rischia di infrangere; la fase di adattamento spesso coincide con quella nella quale si prendono importanti decisioni come rivolgersi alla procreazione medicalmente assistita o prendere in considerazione l'adozione. Di certo, la *sindrome da sterilità* richiede, nella maggioranza dei casi, un supporto psicologico che necessita di formazione specifica dato che non è equiparabile a nessun'altra forma di lutto che psicologi, counsellors o psicoterapeuti possono incontrare nella loro pratica clinica (Peterson, Gold e Feingold, 2007; Ardeni, 2011).

Le tematiche più frequenti affrontate nei percorsi di sostegno psicologico individuali e di coppia attengono ad aspetti depressivi o ansiosi sia dell'uomo che della donna, problemi di ristrutturazione dell'identità destabilizzata dalla condizione di sterilità, problematiche relative alla relazione tra i partner che possono riguardare l'esacerbazione di tensioni e conflitti pre-esistenti, spesso legati alla sfera sessuale che viene investita di nuovi significati o che deve ritrovare una dimensione fine a se stessa e sganciata dalla funzione procreativa. A tali tematiche, se ne affiancano altre che aprono riflessioni sugli aspetti affettivi dell'organizzazione, i vissuti emotivi dei diversi ruoli professionali, le modalità comunicative tra gli operatori sanitari e le coppie.

Rispetto all'attività di consulenza psicologica, si possono evidenziare tre passaggi fondamentali per cui accompagnare una coppia durante la PMA: la fase decisionale: ovvero, quella che precede l'inizio del trattamento in cui viene offerta l'informazione su tutti i risvolti emotivi e relazionali della decisione di intraprendere il percorso; la fase del sostegno: quella che accompagna la coppia nei momenti di difficoltà e di decisioni difficili durante la PMA; la fase terapeutica: la coppia o il singolo vengono aiutati a far fronte alle conseguenze negative della diagnosi di infertilità o dell'eventuale fallimento del trattamento (La Sala, 2006).

Tuttavia, nonostante esistano indicazioni specifiche sul ruolo dello psicologo nei centri PMA, al momento attuale non esiste una formazione specifica per chi vuole approfondire questo settore.

La richiesta di consulenza e di supporto psicologico deve essere una libera scelta delle coppie ma l'opportunità deve essere allo stesso tempo accessibile in tutte le fasi dell'approccio diagnostico e terapeutico dell'infertilità ed, eventualmente, anche dopo che il processo di trattamento è stato completato, sia in caso di insuccesso che di gravidanza e nascita (Boivin, 2003; Boivin e Schimdt, 2005).

La complessità del percorso della PMA necessita di considerare il contesto emotivo e relazionale non solo della coppia che accede al percorso ma anche degli operatori sanitari che l'accompagnano. Sarebbero necessari quindi, anche per migliorare la comunicazione con le coppie, incontri periodici tra gli operatori medici, biologi, infermieri, psicologi per confrontarsi e condividere i risultati delle ricerche svolte, riflettere sul lavoro clinico e analizzare situazioni particolarmente problematiche.

Obiettivo centrale di tutte le tipologie di intervento psicologico rimane il sostenere il desiderio di genitorialità, cercando di leggere i rischi fisici e psichici della PMA, sollecitando una cultura della "normale complessità" della nascita e del concepimento e restituirla ai genitori perchè possano davvero sentirsi protagonisti attivi del loro progetto di procreazione (Fagandini *et al.*, 2006).

IV.5 Obiettivi

Avendo come cornice di riferimento la letteratura sull'argomento riportata all'inizio di questo capitolo, gli obiettivi del presente capitolo sono:

- Esplorare le differenze di genere nella percezione delle differenti sottoscale dell'adattamento diadico (Consenso diadico, Soddisfazione Diadica, Coesione diadica, Espressione affettiva, Das Tot) e nei vissuti di ansia di stato e depressione.
- analizzare gli effetti principali del tipo di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) e della durata dell'infertilità (> 3 anni)

sulle sottoscale dell'adattamento diadico (Consenso diadico, Soddisfazione Diadica, Coesione diadica, Espressione affettiva, Das Tot) e sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione);

- esplorare gli effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) con la durata dell'infertilità (> 3 anni) sulle sottoscale dell'adattamento diadico (Consenso diadico, Soddisfazione Diadica, Coesione diadica, Espressione affettiva, Das Tot) e sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione).

IV.6 Metodologia

a) Partecipanti

Lo studio è stato condotto tra ottobre 2014 e settembre 2016. Numerosi centri italiani di riproduzione assistita di Napoli (6 centri), Udine (1 centro) e Brescia (2 centri) sono stati contattati per ottenere la loro partecipazione al progetto e hanno tutti dato l'autorizzazione per la somministrazione di un questionario per l'infertilità alle coppie che in cura nei loro centri. I criteri di inclusione alla ricerca sono stati: a) coppie con una diagnosi di infertilità (infertilità maschile; infertilità femminile; infertilità combinata maschile e femminile o infertilità inspiegata); b) le coppie che si stavano sottoponendo a trattamenti medici per l'infertilità come l'inseminazione intrauterina (IUI), la fecondazione In vitro (IVF) o iniezione Cito-plasmatica di spermatozoi (ICSI); c) l'accordo di entrambi i membri della coppia a partecipare allo studio, con lo scopo di considerare la condivisione coppia del problema della infertilità come un'unità di ricerca. Circa 600 oggetti (entrambi i partner di 300 coppie) sono stati contattati dal loro ginecologo e gli è stato chiesto di partecipare alla ricerca prima del loro appuntamento. Tutti i soggetti che si rifiutavano di compilare il questionario non sono stati inclusi nel dataset finale; di conseguenza, 29 coppie in cui l'uomo si è rifiutato di partecipare e 21 coppie in cui entrambi i partner non hanno dato

il loro consenso alla compilazione del questionario, sono stati esclusi dalla presente ricerca. Il questionario della durata di 20-25 minuti (completato in un'unica sessione) è stato descritto e spiegato di volta in volta ad entrambi i membri delle coppie infertili in un ambiente tranquillo e silenzioso messo a disposizione dal centro medico ed io ero sempre presente e disponibile a rispondere ad eventuali domande sollevate dai partecipanti e a fornire delucidazioni e chiarimenti quando necessario.

Il presente studio è stato effettuato quindi con 500 coppie infertili (250 donne, *Age mean* = 34.12; *SD* = .292 – 250; uomini, *Age mean* = 34.48; *SD* = .306) reclutate presso centri di procreazione medicalmente assistita e presso studi ginecologici privati di Brescia, Udine e Napoli. Il 98% (N= 147) degli uomini ed il 69.3% (N= 104) delle donne ha un lavoro stabile. Riguardo il livello di formazione il 20.5% (N= 51) delle donne ed il 17.4% (N= 44) degli uomini ha un diploma di scuola media; il 52,4% (N= 131) delle donne ed il 42,3% (N= 110) degli uomini ha un diploma di scuola superiore mentre il 30,2% (N= 75) delle donne ed il 37.2% (N= 99) degli uomini è laureato. Tutte le coppie hanno una diagnosi di infertilità primaria; il 31, 5% (N= 79) delle coppie ha una diagnosi di tipo femminile, il 28.7% maschile (N= 72), il 25,3% diagnosi mista (N= 63) ed il 14.5% (N= 36) diagnosi sconosciuta. Infine, per quanto riguarda la durata dell'infertilità, essa oscilla da 1 anno a 13 anni (Media=3.0 anni; SD=2.60). è inferiore a tre anni nell'69,3% (N= 173) dei casi mentre è superiore nell' 30.7% (N= 77) dei casi. Le caratteristiche demografiche dei partecipanti e le informazioni relative all'infertilità sono riportate nella tabella 1.

Tab.1 Caratteristiche dei partecipanti. N=500

Characteristics	Value	<i>p</i> value
Male Age in years [n (%)]		
≤34	86 (34,5%)	<0.001
>34	164 (65,5.0%)	
Female Age in years [n (%)]		
≤34	130 (52.2%)	0.021
>34	120 (47.8%)	
Male Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	44 (17.4%)	.353
Senior School	131 (52.4%)	
College	75 (30.2%)	
Female Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	51 (20.5%)	.532
Senior School	110 (42.3%)	
College	99 (37.2%)	
Type of Diagnosis [n (%)]		
Male Factor	72 (28.7%)	.933
Female Factor	79 (31.5%)	
Combined Factor	63 (25.3%)	
Unexplained	36 (14.5%)	
Type of Treatment [n (%)]		
IVF	144 (57.4%)	.968
ICSI	75 (30.2%)	
IUI	31 (12.4%)	
Previous Treatments [n (%)]		
No	121 (48.5%)	.513
Yes	129 (51.5%)	
Duration of infertility [n (%)]		
≤ 3 years	173 (69.3%)	<0.001
> 3 years	77 (30.7%)	

b) Strumenti

Ai fini della ricerca è stata predisposta una batteria composta da:

- 1) Una *scheda clinico-anagrafica* per rilevare: sesso; età; condizione di occupazione/ non occupazione; durata dell'infertilità (anni); tipo di diagnosi di infertilità (maschile; femminile; mista; sconosciuta).

- 2) Lo *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996)*, un questionario self-report di 40 item su un scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate rispettivamente alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto. Lo strumento è utilizzato anche per valutare i livelli percepiti di ansia di stato collegate alla sterilità. La scala è costituita da 20 item valutati su una scala di 4 punti che vanno da uno (quasi mai) a quattro (molto spesso); il punteggio totale oscilla da 20 a 80. Lo STAI-Y è stato adattato in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,91$) e validità di costrutto adeguata (Pedrabissi & Santinello, 1989); il cut-off per la versione italiana della scala di ansia di stato sono, rispettivamente, 36.00 per pazienti di sesso maschile e 39.93 per le pazienti di sesso femminile.

- 3) L'*Edinburgh Depression Scale (EDS; Cox J. et al, 1987; Benvenuti et al., 1999)*, un questionario self-report, ampiamente diffuso in ambito clinico e di ricerca, creato per la valutazione della sintomatologia depressiva in relazione al concepimento; esso consiste di 10 elementi valutati su una scala a 4 punti che vanno da zero (non sempre) a tre (la maggior parte delle volte); il punteggio totale oscilla da 0 a 30. L'EDS è stato adattato in italiano ed ha mostrato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,78$) e buona validità di costrutto (Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani & Cox, 1999); il cut-off della versione italiana è 9.

- 4) La *Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976; Gentili et al., 2002)*: un questionario self-report che valuta attraverso 32 item su scala Likert a 6 punti il grado di

adattamento di coppia, divisi in quattro sottoscale: soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva. Secondo Spanier (1976) l'adattamento coniugale è un processo che si sviluppa lungo un continuum che può essere valutato in qualsiasi momento della relazione. In particolare, essendo la DAS uno strumento self-report, essa valuta la rappresentazione che ciascun coniuge ha della propria relazione. I 32 item vengono valutati su una scala di 6 punti che va da zero (sempre in disaccordo) a cinque (sempre d'accordo); il punteggio totale varia da 0 a 160. La DAS è stata adattata in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach $\alpha = 0.93$) e buona validità di costrutto (Gentili, Contrearras, Cassaniti & D'Arista, 2002); il cut-off per la versione italiana è di 115,7.

c) *Analisi statistiche*

In relazione alle domande ed agli obiettivi posti all'interno di questo capitolo, tutti i dati raccolti sono stati trattati utilizzando SPSS, Versione 21. Inizialmente sono state condotte le analisi descrittive sempre tenendo presente la variabile genere.

Tutte le variabili prese in considerazione nello studio sono state dicotomizzate, l'adattamento diadico totale, l'ansia di stato e la Depressione sono stati dicotomizzati utilizzando i cut-off dei rispettivi studi di validazione;

la durata dell'infertilità è stata dicotomizzata facendo riferimento alla media del nostro campione ($M= 3.0$ anni).

È stata condotta un'analisi delle differenze dei punteggi medi delle diverse sottoscale dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione negli uomini e nelle donne (ANOVA test);

Successivamente una serie di regressioni logistiche (method: enter, first indicator contrast; entry criterion: $p < 0.05$; removal criterion: $p > 0.01$, e Hosmer e Lemeshow Goodness-of-fit statistic fissato a $p > 0.05$) sono state condotte per determinare gli effetti principali delle variabili indipendenti (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista, diagnosi sconosciuta) e il potenziale effetto moderatore della durata dell'infertilità (> 3 anni) nel predire i livelli percepiti di adattamento diadico, ansia e depressione negli uomini e nelle donne infertili.

IV.7 Risultati

Nella tabella 2 vengono riportate le differenze tra i punteggi delle diverse sottoscale dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere.

Tabella 2. Differenze tra i punteggi medi delle diverse sottoscale dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere

	Female	Male	
	Mean±SD	Mean±S	<i>p</i> value
		D	
<i>DAS</i>			
Consenso diadico	51.03±10.42	52.14±10.82	0.516
Soddisfazione diadica	37.28±7.07	40.92±7.67	<0.001
Coesione diadica	14.41±5.52	15.08±5.71	0.638
Espressione affettiva	8.22±2.34	10.12±2.08	<0.001
DAS Tot	110.14±16.17	114.65±16.60	<0.001
<i>Ansia di stato</i>	45.44±10.41	40.18±9.80	<0.001
<i>Depressione</i>	12.12±5.56	8.43±4.65	<0.001

Nello specifico, emerge che le donne percepiscono in maniera significativamente minore soddisfazione diadica e minore espressione affettiva rispetto agli uomini (Soddisfazione diadica Femmine OR=37.38 CI=7.07 Maschi OR=40.92 CI=7.67; Espressione affettiva Femmine OR=8.22 CI=2.34 Maschi OR=10.12 CI=2.08).

Per quanto riguarda poi l'adattamento diadico (DAS Tot) si rileva che gli uomini hanno una percezione di adattamento diadico e di qualità di vita significativamente più alta rispetto alle donne (DAS Tot Maschi =114.65 SD=16.60 Femmine M=110.14 SD=16.17)

Infine, per quanto concerne la salute psicologica, è emerso che le donne percepiscono livelli di ansia di stato e di depressione, significativamente più alti rispetto agli uomini (Ansia di stato Femmine M=45.44 SD=10.41 Maschi M=40.18 SD=9.80; Depressione Femmine M= 12.12 SD=5.56 Maschi M=8.43 SD=4.65).

Dall'analisi degli effetti principali è emerso che i diversi tipi di diagnosi hanno profili di associazione molto interessanti con l'adattamento diadico sia negli uomini che nelle donne (tab.3).

Tabella 3. Effetti principali dei diversi tipi di diagnosi e della durata dell'infertilità sulla soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva e adattamento diadico totale.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Soddisfazione diadica				
Diagnosi maschile	.87*	.42-.98	.32	.21-1.53
Diagnosi femminile	.78	.60-2.61	.62*	.44-.94
Diagnosi mista	.42*	.31-.79	.39**	.21-.72
Diagnosi sconosciuta	.46*	.31-.85	.43*	.19-.84
Durata infertilità	.48*	.29-.97	.33**	.17-.78
Coesione diadica				
Diagnosi maschile	.71	.50-2.17	.28	.12-1.57
Diagnosi femminile	.57	.31-1.79	.31*	.22-.86
Diagnosi mista	.42	.21-1.84	.49	.18-1.64
Diagnosi sconosciuta	.46*	.34-.95	.43*	.28-.91
Durata infertilità	.52**	.35-.83	.37**	.22-.79
Consenso diadico				
Diagnosi maschile	.45	.22-1.93	.34	.25-2.73
Diagnosi femminile	.64	.35-2.45	.57*	.33-.92
Diagnosi mista	.42	.28-1.92	.41	.19-1.82
Diagnosi sconosciuta	.46	.33-1.85	.40	.19-1.62
Durata infertilità	.53*	.39-.93	.32**	.19-.77
Espressione effettiva				
Diagnosi maschile	.54*	.23-.82	.29	.11-2.64
Diagnosi femminile	.44	.32-2.68	.50	.38-2.27
Diagnosi mista	.49**	.25-.95	.35**	.22-.88
Diagnosi sconosciuta	.40**	.29-.93	.38*	.23-.92
Durata infertilità	.42*	.31-.89	.33**	.24-.90
Das totale				
Diagnosi maschile	.35*	.18-.91	.57	.28-2.81
Diagnosi femminile	.41	.20-2.86	.37*	.18-.75
Diagnosi mista	.51*	.36-.89	.41*	.30-.79
Diagnosi sconosciuta	.47*	.35-.90	.36*	.20-.89
Durata infertilità	.55*	.34-.93	.37**	.19-.78

** p <0.001

Nello specifico, la diagnosi maschile risulta essere associata ad una riduzione della soddisfazione diadica, dell'espressione affettiva e dell'adattamento diadico totale solo negli uomini infertili (Soddisfazione diadica OR= .87 CI=-.42-.98; Espressione affettiva OR= .54 CI=-.23-.82; Adattamento diadico OR= .35 CI=-.18-.91).

Per quanto riguarda la diagnosi femminile, sono emersi profili di associazione interessanti con una riduzione della Soddisfazione diadica, Coesione diadica, Consenso diadico, ed Adattamento diadico totale solo nelle donne (Soddisfazione diadica OR= .62 CI=-44-.94; Coesione diadica OR= .31 CI=-22-.86; Consenso diadico OR= .57 CI=-33-.92; Adattamento diadico OR= .37 CI=-18-.75).

Prendendo in considerazione la diagnosi mista, emerge una significativa associazione con una riduzione della Soddisfazione diadica, dell'espressione affettiva e dell'Adattamento diadico totale sia negli uomini che nelle donne (Soddisfazione diadica Maschi OR= .42 CI=-31-.79; Femmine OR= .39 CI=-21-.72; Espressione affettiva Maschi OR= .49 CI=-25-.95; Femmine OR= .35 CI=-22-.88; Adattamento diadico Maschi OR= .51 CI=-36-.89; Femmine OR= .41 CI=-30-.79).

Facendo riferimento alla diagnosi sconosciuta, essa risulta essere associata ad una riduzione significativa della Soddisfazione diadica, della Coesione diadica, dell'Espressione affettiva e dell'Adattamento diadico totale sia negli uomini che nelle donne (Soddisfazione diadica Maschi OR= .46 CI=-31-.85; Femmine OR= .43 CI=-19-.84; Coesione diadica Maschi OR= .46 CI=-34-.95; Femmine OR= .43 CI=-28-.91; Espressione affettiva Maschi OR= .40 CI=-29-.93; Femmine OR= .38 CI=-23-.92; Adattamento diadico Maschi OR= .47 CI=-35-.90; Femmine OR= .36 CI=-20-.89).

Infine la durata dell'infertilità risulta essere associata ad una riduzione significativa di tutte le sottoscale dell'adattamento diadico in entrambi i sessi (Soddisfazione diadica Maschi OR= .48 CI=-29-.97; Femmine OR= .33 CI=-17-.78; Coesione diadica Maschi OR= .52 CI=-35-.83; Femmine OR= .37 CI=-22-.79; Consenso diadico Maschi OR= .53 CI=-39-.93; Femmine OR= .32 CI=-19-.97; Espressione affettiva Maschi OR= .42 CI=-31-.89; Femmine OR= .33 CI=-24-.90; Adattamento diadico Maschi OR= .55 CI=-34-.93; Femmine OR= .37 CI=-19-.78).

Per quanto riguarda l'analisi degli effetti dei diversi tipi di diagnosi combinati alla durata dell'infertilità, sono emersi significativi profili di associazione con l'adattamento diadico delle coppie infertili (tab.4).

Tabella 4. Effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi con la durata dell'infertilità sulla soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva e adattamento diadico totale.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Soddisfazione diadica				
Diagnosi maschile x durata	.47*	.32-.94	.39	.20-2.34
Diagnosi femminile x durata	.71	.53-2.69	.56*	.41-.89
Diagnosi mista x durata	.48*	.32-.91	.37**	.19-.90
Diagnosi sconosciuta x durata	.40*	.29-.85	.39*	.18-.84
Coesione diadica				
Diagnosi maschile x durata	.65*	.42-.97	.79	.42-2.56
Diagnosi femminile x durata	.72	.56-1.89	.30*	.21-.87
Diagnosi mista x durata	.48*	.25-.94	.41*	.28-.91
Diagnosi sconosciuta x durata	.44*	.30-.89	.39*	.19-.81
Consenso diadico				
Diagnosi maschile x durata	.64*	.45-.93	.71	.55-2.83
Diagnosi femminile x durata	.71	.53-2.51	.52*	.34-.93
Diagnosi mista x durata	.48	.32-2.97	.62	.39-1.89
Diagnosi sconosciuta x durata	.49*	.31-.88	.36*	.22-.85
Espressione effettiva				
Diagnosi maschile x durata	.51*	.25-.89	.49	.31-2.73
Diagnosi femminile x durata	.62	.39-2.81	.43*	.31-.91
Diagnosi mista x durata	.49	.28-2.51	.52	.36-2.87
Diagnosi sconosciuta x durata	.42*	.30-.86	.38*	.19-.88
Das totale				
Diagnosi maschile x durata	.33**	.19-.89	.55*	.29-.98
Diagnosi femminile x durata	.65	.46-2.66	.33*	.18-.89
Diagnosi mista x durata	.53*	.38-.93	.45*	.33-.91
Diagnosi sconosciuta x durata	.42**	.33-.89	.38*	.20-.87

** p < 0.001

Nel dettaglio, la diagnosi maschile, combinata alla durata è associata ad una riduzione della Soddisfazione diadica, della Coesione diadica, del Consenso diadico e dell'espressione affettiva solo negli uomini (Soddisfazione diadica OR= .47 CI=-.32-.94; Coesione diadica OR= .65 CI=-.42-.97; Consenso diadico OR= .64 CI=-.45-.93; Espressione affettiva OR= .51 CI=-.25-.89) e ad una riduzione dell'adattamento

diadico totale sia negli uomini che nelle donne (Adattamento diadico Maschi OR= .33 CI=-19-.89; Femmine OR= .55 CI=-29-.98).

Prendendo invece in considerazione la diagnosi femminile combinata alla durata dell'infertilità, sono emersi profili di associazioni significativi con tutte le sottoscale dell'adattamento diadico solo nelle donne (Soddisfazione diadica OR= .56 CI=-41-.89; Coesione diadica OR= .30 CI=-21-.87; Consenso diadico OR= .52 CI=-34-.93; Espressione affettiva OR= .43 CI=-31-.91; Adattamento diadico OR= .33 CI=-18-.89).

La diagnosi mista combinata alla durata dell'infertilità si associa ad una riduzione significativa della Soddisfazione diadica, della coesione diadica e dell'adattamento diadico totale sia negli uomini che nelle donne Soddisfazione diadica Maschi OR= .48 CI=-32-.91; Femmine OR= .37 CI=-19-.90; Coesione diadica Maschi OR= .48 CI=-25-.94; Femmine OR= .41 CI=-28-.91; Adattamento diadico Maschi OR= .53 CI=-38-.93; Femmine OR= .38 CI=-20-.87).

Infine, per quanto riguarda la diagnosi sconosciuta combinata alla durata dell'infertilità, sono emersi profili di associazione significativi con tutte le sottoscale dell'adattamento diadico sia negli uomini che nelle donne (Soddisfazione diadica Maschi OR= .40 CI=-29-.85; Femmine OR= .39 CI=-18-.84; Coesione diadica Maschi OR= .44 CI=-30-.89; Femmine OR= .39 CI=-19-.81; Consenso diadico Maschi OR= .49 CI=-31-.88; Femmine OR= .36 CI=-22-.85; Espressione affettiva Maschi OR= .42 CI=-30-.86; Femmine OR= .38 CI=-19-.88; Adattamento diadico Maschi OR= .42 CI=-33-.89; Femmine OR= .38 CI=-20-.87).

Nella tabella 5 vengono riportati i risultati relativi agli effetti principali del tipo di diagnosi e della durata dell'infertilità sull' ansia di stato e sulla depressione.

Tabella 5 Effetti principali dei diversi tipi di diagnosi e della durata dell'infertilità sull'ansia di stato e sulla depressione.

Ansia di stato	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi maschile	2.89*	1.26-4.93	1.63*	1.21-2.52
Diagnosi femminile	1.18	.64-2.65	3.61*	1.49-6.92
Diagnosi mista	2.21*	1.25-3.69	3.33**	1.63-5.74
Diagnosi sconosciuta	3.45*	1.81-5.52	4.31*	2.32-7.43
Durata infertilità	1.43	.87-2.74	2.35**	1.73-4.71
Depressione				
Diagnosi maschile	2.74**	1.52-5.74	1.24	.75-3.59
Diagnosi femminile	1.72	.86-3.92	3.38*	1.78-6.82
Diagnosi mista	1.47	.78-3.82	2.47*	1.62-4.69
Diagnosi sconosciuta	3.61*	1.46-5.98	3.84*	2.81-7.92
Durata infertilità	2.57**	1.55-3.88	2.76**	1.82-5.74

** p <0.001

Nello specifico, la diagnosi maschile si associa ad un significativo aumento dell'ansia di stato negli uomini e nelle donne (Maschi OR=2.89 CI=1.26-4.93 Femmine OR=1.63 CI=1.21-2.52) e di depressione solo negli uomini (OR=2.74 CI=1.52-5.74). La diagnosi femminile si associa ad un aumento significativo dei livelli di ansia di stato e di depressione solo nelle donne (Ansia di stato OR=3.61 CI=1.49-6.92 Depressione OR=3.38 CI=1.78-6.82). La diagnosi mista si associa ad un incremento significativo dei livelli di ansia di stato negli uomini e nelle donne (Maschi OR=2.21 CI=1.25-3.69 Femmine OR=3.33 CI=1.63-5.74) e di depressione solo nelle donne (OR=2.47 CI=1.62-4.69).

La diagnosi sconosciuta, infine, si associa ad un aumento significativo dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=3.45 CI=1.81-5.52 Femmine OR=4.31 CI=2.32-7.43 Depressione Maschi OR=3.61 CI=1.46-5.98 Femmine OR=3.84 CI=2.81-7.92).

In conclusione, prendendo in considerazione gli effetti della durata dell'infertilità è emersa un'associazione con un incremento significativo dei livelli di ansia di stato nelle

donne infertili (OR=2.35 CI=1.73-4.71) e di depressione in entrambi i sessi (Maschi OR=2.57 CI=1.55-3.88 Femmine OR=2.76 CI=1.82-5.74).

I risultati degli effetti combinati del tipo di diagnosi con la durata dell'infertilità sull'ansia di stato e sulla depressione sono riportati nella tabella 6.

Tabella 6. Effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi con la durata dell'infertilità sull'ansia di stato e sulla depressione.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Ansia di stato				
Diagnosi maschile x durata	2.91*	1.63-5.93	1.68*	1.52-3.78
Diagnosi femminile x durata	1.45	.68-2.69	3.73*	1.54-6.23
Diagnosi mista x durata	2.53*	1.75-3.86	3.12**	1.82-5.46
Diagnosi sconosciuta x durata	3.03*	1.82-5.84	3.73*	2.78-6.91
Depressione				
Diagnosi maschile x durata	2.72**	1.67-5.89	1.41	.73-3.08
Diagnosi femminile x durata	1.65	.88-3.85	3.82*	1.87-7.24
Diagnosi mista x durata	1.36	.82-3.89	2.72*	1.89-4.92
Diagnosi sconosciuta x durata	3.65*	1.64-6.07	3.89*	2.92-7.84

** p <0.001

La diagnosi maschile combinata alla durata, si associa ad un aumento significativo dei livelli di ansia di stato percepiti, sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR=2.91 CI=1.63-5.93 Femmine OR=1.68 CI=1.52-3.78) e di depressione solo negli uomini (OR=2.72 CI=1.67-5.89). La diagnosi femminile, combinata alla durata dell'infertilità, si associa ad un aumento significativo dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, solo nelle donne (Ansia di stato OR=3.73 CI=1.54-6.23 Depressione OR=3.82 CI=1.87-7.24). La diagnosi mista, combinata alla durata dell'infertilità, si associa ad un incremento significativo dei livelli di ansia di stato sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR=2.53 CI=1.75-3.86 Femmine OR=3.12 CI=1.82-5.46) e di depressione solo nelle donne (OR=2.72 CI=1.89-4.92).

Concludendo, la diagnosi sconosciuta, combinata alla durata dell'infertilità, si associa ad un aumento significativo dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=3.03 CI=1.82-5.84 Femmine OR=3.73 CI=2.78-6.91 Depressione Maschi OR=3.65 CI=1.64-6.07 Femmine OR=3.89 CI=2.92-7.84).

IV.8 Discussione

I risultati riportati nel presente capitolo, confermano l'influenza dei diversi tipi di diagnosi sull'adattamento diadico, e sui livelli di ansia e depressione percepiti dalle coppie infertili .

Dall'analisi dei risultati riportati in questa ricerca, è emerso che, le donne del nostro campione riportano inoltre livelli significativamente maggiori di vissuti ansiosi e depressivi rispetto agli uomini nell'affrontare la crisi derivante dall'infertilità (Csemiczky et al., 2000; Moreira et al., 2005).

Inoltre prendendo in considerazione l'adattamento diadico, sono sempre le donne a riportare livelli significativamente più bassi rispetto agli uomini (Pash et al., 2002; Peterson et al., 2006).

Per quanto concerne gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi sulla percezione di adattamento diadico, si può rilevare come la diagnosi maschile riduca la percezione di adattamento diadico negli uomini, la diagnosi femminile riduca significativamente la percezione di adattamento diadico nelle donne, mentre la diagnosi mista e quella sconosciuta riducono significativamente i livelli percepiti di adattamento diadico sia negli uomini che nelle donne.

Osservando infine gli effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi con la durata dell'infertilità, sono emersi profili di associazione significativi con tutte le sottoscale dell'adattamento diadico prese in considerazione nel presente studio.

Numerosi studi in letteratura riportano che la durata dell'infertilità ed il conseguente percorso terapeutico riduce l'adattamento diadico e la soddisfazione di coppia, a maggior ragione se il percorso diagnostico- terapeutico è lungo e costellato da numerosi insuccessi, influisce molto negativamente sulla soddisfazione della relazione di coppia e sulla soddisfazione sessuale (Daniluk, 1987; Berg, 1991; Raphael Leff, 2010, Ozkan et al., 2015).

La sterilità di coppia è sempre un disturbo bio-psico-relazionale che va affrontato come tale. L'aver un figlio soddisfa indubbiamente la componente narcisistica "onnipotente", presente in ogni individuo, in quanto conferma l'identità biologica e permette ai genitori di avere un "oggetto" su cui trasferire la possibilità di realizzare sogni e desideri, ma assicura anche al bambino una madre ed un padre in grado di rispettarne i bisogni e di

favorirne lo sviluppo. Il fallimento naturale alla procreazione, sia in presenza di cause organiche che intrapsichiche, si accompagna nella maggior parte dei casi a conflitti e tensioni sul piano relazionale e sessuale di cui occorre tener conto per l'adeguatezza delle cure. Soprattutto la decisione di ricorrere alla fecondazione assistita richiede un'attenta analisi dell'adattamento emotivo dei due partner per evitare pericolose scissioni tra la richiesta di un figlio "ad ogni costo" e la reciproca "scelta d'amore" di cui gli operatori del settore diventano gli artefici.

Dalla letteratura emerge innanzitutto che le coppie con problemi di infertilità presentano un'importante componente emotiva legata a tale condizione patologica e alle sue implicazioni nella vita dei soggetti.

Si tratta infatti di una condizione che provoca la comparsa di un senso di inadeguatezza e di fallimento e che viene vissuta dagli individui come un'importante perdita. L'infertilità rappresenta dunque un importante evento stressante nella vita ed è fondamentale che venga valutata la risposta ad essa e che si aiuti la coppia ad accettare tale condizione e ad affrontarla.

Il trattamento più adeguato deve prendere in considerazione la reazione dei soggetti di fronte a tale diagnosi e l'impatto sulla loro vita.

L'intervento terapeutico nei confronti dovrà facilitare la consapevolezza della propria identità, permettere il controllo sulla propria vita e ridefinire il soggetto in termine non solo riproduttivi.

Inoltre è necessario rafforzare la relazione di coppia. La diagnosi di infertilità ha un impatto importante sulla donna e sul suo partner e i suoi risvolti emotivi non possono non essere presi in considerazione ed adeguatamente trattati.

In conclusione, la ricerca ha evidenziato che, l'implementazione di un adeguato intervento terapeutico deve tener conto del fatto che la durata dell'infertilità rappresenta un fattore di rischio molto importante; anche laddove le condizioni mediche lo consentano, i trattamenti medici ripetuti e continuativi devono necessariamente procedere in parallelo al sostegno psicologico e ad un consenso informato consapevole del rischio psicopatologico e di logoramento del legame di coppia in cui si può incorrere con il perdurare del problema dell'infertilità.

Capitolo V

Eventi stressanti nella vita dei pazienti infertili ed il tipo di diagnosi: effetti principali e combinati su qualità di vita, ansia di stato, depressione e adattamento diadico.

V.1 L'anamnesi e la raccolta dei dati bio-psico-sociali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattie o di infermità" (World Health Organization, 2007).

Questa definizione mette in evidenza le molteplici dimensioni (anatomiche, fisiologiche e psicologiche) della salute e l'importanza di fornire un'adeguata cura per affrontarli tutti e non solo per curare la malattia.

Nei trattamenti per l'infertilità, questo è particolarmente importante per diversi motivi. In primo luogo, il trattamento standard della fertilità non curerà la causa dell'infertilità stessa, ma cercherà solo di aiutare i pazienti a raggiungere la genitorialità. Pertanto, la maggior parte delle persone potrà trovarsi ancora a dover gestire le conseguenze psicologiche dell'infertilità nella loro vita. In secondo luogo, è ormai ben accertato che molti pazienti infertili hanno difficoltà a gestire l'iter diagnostico ed i trattamenti solitamente molto lunghi e l'incertezza del raggiungimento della genitorialità (Klonoff-Cohen, et al., 2007; Boivin e Lancaster, 2010).

La maggior parte dei pazienti sperimenta inoltre, un certo grado di disagio emotivo durante il trattamento (Verhaak, et al., 2010; Knoll et al., 2009; Karatas et al., 2011) e circa il 23% li interrompe prematuramente a causa del peso percepito del trattamento (Peterson et al., 2009). Infine, circa un terzo dei pazienti sospenderà i trattamenti senza conseguire la gravidanza o la nascita di un bambino (Pinborg, et al., 2009) e potrà riscontrare molte difficoltà nell'adattarsi ai loro mancati obiettivi di genitorialità (Verhaak et al., 2010; Wischmann, et al., 2012).

Anche quando una gravidanza è raggiunta, si sperimenta maggiore ansia circa la salute del feto (Hammarberg, et al., 2008). Fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità alle coppie infertili implica non solo la creazione di condizioni di trattamenti medici ottimali

per i pazienti per ottenere la genitorialità, ma anche fornire il sostegno necessario ai pazienti per la gestione di queste e altre implicazioni derivanti dall'infertilità e dal suo trattamento e conoscere le singole storie delle vite degli individui che costituiscono la coppia e che possono avere causato stress e disagio in passato. Solo facendo così possiamo garantire una sana ed adeguata esperienza del trattamento della fertilità.

Il termine anamnesi deriva dal greco "anamimnesko" e significa letteralmente "reminiscenza, ricordo, memoria" (Del Corno e Lang, 2002a; Kemmler, 1970). L'anamnesi può essere genericamente definita come l'insieme delle informazioni sulla vita di una persona, ottenute col colloquio o in altro modo (Meili, 1975; citato da Novaga, 1979, p. 5).

Il metodo della raccolta anamnestica non nasce in ambito psicologico, ma era utilizzato già nel V secolo a.C. in medicina da Ippocrate di Cos, che nel trattato Prognostico aveva distinto tra anamnesis, la ricostruzione del passato allo scopo di comprendere il presente, diagnosi, l'analisi dei sintomi descritti per ricondurli a una malattia e prognosis, la previsione sui successivi sviluppi della malattia (Cardinale e Turtur, 2003).

Fin dal II secolo d.C. Galeno di Pergamo ha ripreso il metodo ippocratico ed adottato il concetto di anamnesi come fase fondamentale del processo diagnostico. È dunque un metodo molto antico, storicamente di appartenenza dell'ambito medico, che è stato adottato dalla psichiatria e dalla psicologia nella seconda metà del XIX secolo grazie agli studi dei casi di Janet, Breuer e Freud (Ellenberger, 1970).

L'anamnesi è stata dunque considerata in modo diverso a seconda delle discipline che ne hanno fatto uso: se in medicina essa costituisce uno dei principali strumenti di conoscenza del paziente, in psichiatria non sempre viene considerata rilevante. L'importanza che si attribuisce all'anamnesi dipende largamente dal concetto di diagnosi cui si fa riferimento.

L'anamnesi è infatti considerata uno strumento utile in un approccio diagnostico di tipo Interpretativo-Esplicativo, in cui l'obiettivo non è unicamente la descrizione di un sintomo ma il processo che ha portato l'individuo a svilupparlo e in cui, di conseguenza, viene dato molto peso alla ricostruzione dell'etiopatogenesi e della storia del paziente.

La raccolta dei dati si iscrive quindi in un processo diagnostico che considera il disturbo mentale con un'ottica bio-psico-sociale, sostenendo la necessità di esplorare le possibili influenze sulla psicopatologia a diversi livelli.

Saranno indagati anche gli aspetti più “pratici” dell'anamnesi: vengono indicate le aree di indagine e le fonti di informazione nell'anamnesi, sottolineandone la molteplicità come prodotto della considerazione dell'individuo come persona intera, con un corpo e una psiche, e inserita in un contesto familiare e ambientale. Verranno poi trattati gli aspetti relazionali dell'anamnesi, mettendo in risalto l'importanza di costruire un rapporto positivo e di collaborazione con il paziente e di instaurare un'alleanza diagnostica, che consente una condivisione degli obiettivi tra clinico e paziente.

In medicina e psichiatria classica, la raccolta dei dati anamnestici è a lungo stata guidata dal modello di malattia e diagnosi di riferimento, generalmente un modello medico e meccanicistico. Come vedremo in modo più approfondito, la novità apportata da alcuni approcci psichiatrici e dalla psicologia clinica risiede nella maggiore importanza attribuita all'individuo, che ha spostato l'attenzione dalla classificazione della patologia, con l'obiettivo di raggruppare in una stessa categoria i pazienti con quadri sintomatici simili, alla spiegazione del funzionamento del singolo paziente. Poiché il funzionamento non può essere ridotto meramente ad un elenco di sintomi, è necessario indagare tutti gli aspetti della vita del paziente che hanno contraddistinto il suo percorso evolutivo fino al momento della richiesta di aiuto.

Il termine diagnosi deriva dalle parole greche *dià*, una particella che significa sia “attraverso” che “separazione”, e *gnosis*, conoscenza (Peebles, 2012); la diagnosi può essere quindi genericamente intesa come la conoscenza analitica di un oggetto.

L'utilizzo di ogni procedura diagnostica ha alla base una condizione di malfunzionamento alla quale porre rimedio, qualora sia possibile, attraverso un intervento di qualche genere (Del Corno e Lang, 2002b).

Nella case history, come proposta da Menninger (1952), l'obiettivo è quello di una raccolta il più possibile esaustiva di dati: è esplorato il problema attuale, che ha portato il paziente in consultazione, la sua storia familiare, con particolare riferimento alle relazioni del paziente e a come queste hanno influito più o meno profondamente sul suo disagio, la storia evolutiva del paziente. In quest'ultima sono incluse tutte le informazioni

riguardanti l'anamnesi fisiologica, quindi il raggiungimento delle varie tappe evolutive nell'infanzia e nell'adolescenza e l'anamnesi scolastica. Per quanto riguarda l'età adulta, si approfondiscono la carriera lavorativa, le attività ricreative, le relazioni interpersonali e lo sviluppo sessuale.

Non è naturalmente esclusa la storia medica del paziente.

Il processo diagnostico è definito l'iter che il paziente percorre insieme al clinico allo scopo di rilevare e circoscrivere l'ampiezza e l'entità del/dei disturbi lamentati, attribuire loro un significato ed individuare le possibili strategie di cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare, laddove possibile, la causa che ha provocato la sofferenza che lui e/o i familiari lamentano (Balestri, Orefice, Pandolfi, 2002).

L'anamnesi consiste nella raccolta di tutti i dati sociali, psicologici, fisiologici, biografici, ambientali, motivazionali, che permettono di fornire un'importante traccia esplicativa al caso che si sta osservando (Novaga, 1979).

Nel momento in cui la diagnosi nosografica, basata su un insieme di segni e sintomi, è considerata insufficiente a comprendere approfonditamente il percorso evolutivo che ha portato alla condizione attuale del paziente, le notizie sulla sua storia di vita tornano a occupare una posizione fondamentale (Del Corno e Lang, 2002a).

L'obiettivo principale dell'anamnesi è quindi la comprensione del funzionamento globale del paziente, basandosi sui dati che si riescono a raccogliere e sul modo in cui vengono riportati.

V.2 Gli eventi stressanti e la reazione individuale dei soggetti

Una definizione moderna indica *lo stress come "uno stato di tensione dell'organismo, in cui vengono attivate difese per far fronte a una situazione di minaccia"* (Cooper & Marshall, 1976).

Lo stress viene definito *acuto*, quando si riferisce a situazioni di carattere intenso ma transitorio, oppure *cronico*, nel caso che la condizione si protragga nel tempo logorando gradualmente le capacità di adattamento e di resistenza dell'organismo. Si distingue poi uno stress *positivo*, occasione comunque di esperienze costruttive e appaganti, da uno

stress *negativo*, fonte di difficoltà e sofferenze che spingono l'individuo ad assumere atteggiamenti difensivi fisici e psichici fino a comportare, nei casi più gravi, lo sviluppo di malattie.

Nello stress psicologico la reazione individuale dipende dal significato conscio o inconscio che si attribuisce all'avvenimento anche se vi sono categorie di eventi che possono essere considerati molto impegnativi per la maggior parte degli esseri umani.

Secondo Engel (1962), *gli eventi che assumono un valore psicologicamente stressante per la maggior parte degli esseri umani sono legati alle seguenti cause:*

- *Una perdita o una minaccia di perdita.* La perdita di una persona, una cosa o un'idea che sia divenuta una parte del Sé e abbia assunto un ruolo insostituibile nell'appagamento dei bisogni, può determinarsi nella realtà o solo nell'immaginazione.

Una *perdita reale* può riguardare sia la morte di un essere umano o di un animale che la perdita di una parte del corpo o di una funzione relativa ad esso, oppure di un bene prezioso (come la casa o il proprio patrimonio), così come la caduta di un ideale politico o religioso, il fallimento di un progetto, un mutamento del tenore di vita. Nella *perdita immaginaria* l'individuo è afflitto da una fantasia che non ha riscontro con la realtà. Si tratta di persone che, in genere, non si sentono amate e che vivono rapporti umani poco gratificanti, nonostante la loro tendenza a sviluppare relazioni di profonda dipendenza. In questo clima psicologico anche una piccola difficoltà interpersonale, come un banale litigio o un rifiuto, può essere vissuto come un doloroso abbandono.

- *Un danno o una minaccia di danno.* Ogni individuo, durante il proprio sviluppo, sperimenta un gran numero di situazioni che vive come pericolose in quanto provocano un danno, fisico o morale, e sollecitano dolore, angoscia, frustrazione o rabbia. Per ognuna di esse si formano rappresentazioni psichiche, basate su ricordi ed emozioni, che hanno il significato adattativo di metterci in guardia contro il

ripetersi di un'esperienza traumatica originaria. Alcune situazioni, come il trovarsi di fronte ad esperienze impreviste o nuove responsabilità, l'affrontare esami o il percepire sensazioni somatiche sconosciute e inaspettate, sono comuni alla maggior parte degli esseri umani. Altre situazioni vengono percepite come pericolose solo da un numero limitato di persone. E' il caso delle fobie, dove la sproporzione tra la reazione individuale e la reale pericolosità dell'evento o dell'oggetto (uno spazio chiuso, un animale, il buio ecc.) è particolarmente evidente, derivando da una relazione di natura simbolica con un conflitto psichico inconscio.

- *La frustrazione di una pulsione.* Quando un bisogno non trova la possibilità di essere appagato, nell'individuo si genera una tensione che lo spinge a comportamenti finalizzati alla diminuzione del disagio intrapsichico e alla soddisfazione del bisogno stesso. Le situazioni che possono affliggere l'essere umano impedendo una soddisfazione pulsionale adeguata sono le più varie riguardando non solo i bisogni essenziali alla sopravvivenza, come la necessità di cibo, acqua, aria, luce e spazio, oppure quelli legati alle pulsioni sessuali. I derivati di queste pulsioni raggiungono la coscienza sotto forma di sogni, fantasie, desideri, comportamenti oppure sintomi, come ossessioni, deliri, allucinazioni, somatizzazioni.

Nella maggior parte delle situazioni lo stress può essere affrontato adeguatamente tramite comportamenti e difese psicologiche che consentono un sufficiente deflusso e scarica della tensione emotiva.

In questo modo, la frustrazione determinata dall'evento non diventa motivo di malattia ma si esaurisce in uno stato di momentaneo malessere che non altera l'equilibrio generale dell'organismo.

Gli studi di Holmes e Rahe (1967), inoltre, hanno raggruppato in una scala gerarchica i vari tipi di cambiamenti della vita umana sperimentati come stressanti.

Il test di Holmes-Rahe è una scala che va da 0 (nessuno stress) a 100 (massimo stress possibile) prendendo in considerazione un insieme di eventi psicosociali stressanti che possono capitare a qualunque individuo nella nostra società. E' il caso, però, di ricordare che gli effetti dell'esposizione agli eventi stressanti non sono uguali per tutti gli individui, non tutte le persone reagiscono nella stessa modalità al medesimo evento.

Vediamo adesso nel dettaglio *quali sono i 42 eventi che Holmes e Rahe, come risultato delle loro ricerche, stimarono essere eventi stressanti*. La scala di Holmes e Rahe parte dagli eventi maggiormente stressanti fino a quelli considerati essere meno portatori di stress.

Evento stressante	Intensità dello stress	Evento stressante	Intensità dello stress
1. Morte del coniuge	100	2. Divorzio	70
3. Separazione	65	4. Prigione	65
5. Morte di un parente stretto	65	6. Menopausa	60
7. Malattia personale	55	8. Matrimonio	55
9. Perdita del lavoro	50	10. Ricongiunzione coniugale	45
11. Pensionamento	45	12. Malattia di un familiare	43
13. Lavoro intenso	42	14. Gravidanza/mancata gravidanza	40
15. Difficoltà sessuali	35	16. Arrivo di un nuovo membro nella famiglia	35
17. Cambio della mansione lavorativa	35	18. Mutamento della situazione economica	35
19. Morte di un amico	35	20. Contrasti insoliti con il partner	32
21. Stipula di un'ipoteca	31	22. Rifiuto di un prestito	30
23. Trasloco di un figlio da casa	29	24. Problemi con la legge	29
25. Conquista personale (lavorativa, economica, sociale)	26	26. Inizio o cessazione del lavoro del partner o coniuge	26
27. Inizio o fine della scuola	26	28. Cambiamento delle condizioni sociali	25
29. Cambiamento delle abitudini personali (dieta, sport, cattive abitudini)	23	30. Problemi con un superiore sul lavoro	22
31. Cambiamento degli orari lavorativi	20	32. Cambiamento di residenza	20
33. Cambiamento di scuola	20	34. Cambiamento degli hobby	18
35. Periodo pre-mestruale	15	36. Cambiamento di fede religiosa	15
37. Richiesta di un prestito esiguo	15	38. Cambio del ritmo sonno-veglia	15
39. Variazione delle abitudini alimentari	13	40. Vacanza	11
41. Grandi feste (Natale, Pasqua)	10	42. Piccole infrazioni alla legge	10

V.3 Il ruolo degli eventi psicosociali stressanti

Il pensiero ed il questionario di Tewes Wischmann che ne deriva (FLS, 1998), si iscrive all'interno di un'ampia letteratura sugli effetti degli eventi stressanti.

Il ruolo degli eventi psicosociali stressanti (o "life events", come ormai vengono comunemente chiamati anche in italiano) nello scatenamento della patologia psichica è generalmente ammesso dalla maggior parte dei clinici anche se, com'è facile intuire, è arduo stabilire quali, tra gli infiniti eventi, possono assumere il ruolo di "stressor" ed il loro significato specifico per ciascun individuo. D'altra parte sarebbe difficile immaginare che l'uomo, vivendo in un contesto sociale con il quale interagisce e con il quale stabilisce legami affettivi, possa passare indenne attraverso a tutte le modificazioni, a tutti i cambiamenti — traumatici e non — ai quali l'ambiente sociale va incontro. Ed infatti è convinzione comune ed antica che gli stress psicosociali possano essere causa di malattia mentale.

In realtà, studi recenti hanno dimostrato che è molto difficile documentare una relazione causale tra life events e malattia mentale e, a ben vedere, è difficile pensare ad una vera e propria causalità diretta tra questi due fattori; è stato proposto perciò da diversi Autori un modello di relazione circolare tra evento e manifestazione psicopatologica, piuttosto che un modello di relazione lineare causa-effetto (Lteif e Mavissakalian, 1995).

È evidente che la vulnerabilità ai life events è estremamente variabile, per cui è molto più ragionevole pensare che le circostanze che intervengono nella vita individuale possono avere un significato di causalità nel determinismo di un disturbo psichico solo se agiscono su di una determinata organizzazione personologica. È ragionevole pensare, infatti, che esperienze traumatizzanti che hanno agito nell'infanzia di un individuo, possano generare in lui una particolare vulnerabilità nei confronti di peculiari situazioni il cui verificarsi, poi, nell'età adulta può portare alla rottura del suo equilibrio psichico, ma che le stesse situazioni, per quanto traumatizzanti, non provochino problemi psichiatrici in chi tale vulnerabilità non l'ha sviluppata.

Le ricerche disponibili, d'altronde, dimostrano senza ombra di dubbio che in presenza di life events dello stesso tipo solo alcuni soggetti sviluppano una determinata patologia psichiatrica (Kessler, 1989).

A tutto questo dobbiamo aggiungere che la ricerca in questo settore è resa ancora più complessa da una serie di problemi metodologici di cui citiamo qui alcuni dei più importanti e/o frequenti senza ulteriori approfondimenti che ci porterebbero lontani dall'argomento in discussione in questa sede:

- difficoltà di delimitare l'effetto dell'evento da quello di altre variabili e di altri avvenimenti; definizione del rapporto tra evento e distanza temporale rispetto all'insorgenza del disturbo psichiatrico; individuazione dei "falsi negativi" (di quei soggetti che hanno subito un evento ma tendono o a non ammetterlo, o a dimenticarlo, o a scotomizzarlo) e dei "falsi positivi" (di coloro, cioè, che enfatizzano il significato degli eventi per trovare una causa e per dare un significato alla loro patologia); ruolo dell'attesa per gli eventi prevedibili; difficoltà di discriminazione tra evento controllato ed evento non controllato dal soggetto, ed altro ancora.

Sulla base dei risultati di una serie di studi, Holmes e Rahe avevano proposto, nel 1967, una sorta di "standardizzazione" del peso dei life events nel senso che il "significato totale" di un evento sarebbe composto da una quota "di gruppo" (il significato, cioè, che sia l'individuo che gli altri membri del suo gruppo sociale attribuiscono all'evento), che è abbastanza stabile e che rappresenta mediamente i 2/3 del significato totale, e da una quota "personale", molto più variabile e polimorfa.

Secondo Faravelli (1985), nei pazienti psichiatrici la quota "personale" dei life events aumenta nettamente a discapito di quella "di gruppo", fino addirittura all'inversione delle proporzioni.

Le scale di life events più diffuse sono di due tipi, *scale normative* e *scale soggettive*. Le *scale normative* hanno alla base la tecnica utilizzata da Holmes e Rahe appena descritta: agli eventi ritenuti mediamente più importanti e più frequenti è stato assegnato un "peso" derivandolo da studi sulla popolazione generale e su campioni di pazienti psichiatrici, peso che rappresenta il potenziale impatto medio dell'evento sul soggetto. Per quanto un procedimento di questo genere possa apparire superficiale o grossolano (uno stesso evento, ad esempio, può avere significato diverso per soggetti diversi o addirittura per lo stesso soggetto in tempi diversi!), è anche vero però che, a parte l'esistenza di una sorta di gerarchia spontanea di importanza degli eventi, nello studio dei gruppi le differenze interindividuali tendono ad annullarsi portando ad un valore medio

che non si discosta significativamente dai valori di taratura. Peraltro, la validità di queste metodiche è stata dimostrata dai numerosi studi sul rapporto tra life events e malattia, sia psichica che somatica.

Alla tecnica normativa, si contrappone quella *soggettiva* nella quale è il soggetto che, individuato l'evento stressante, ne valuta l'importanza che ha avuto per lui in quella circostanza.

Questa tecnica si presta, peraltro, al rischio che la ricerca degli eventi sia pesantemente condizionata dal fatto di avere (o avere avuto) la malattia: il soggetto che ha una faringite darà valore di evento all'aver preso freddo, mentre l'amico, che pure ha preso freddo assieme a lui ma non ha accusato alcun disturbo, darà dell'evento una valutazione completamente diversa.

Una tecnica che cerca di sottrarsi ai limiti della normatività e della soggettività è quella *contestuale*, proposta da Brown (1974): nel corso di un'intervista strutturata vengono raccolti gli eventi nella loro sequenza cronologica ed in rapporto al contesto in cui si sono svolti.

È importante tenere presente che, ormai, i life events sono diventati parte integrante del sistema diagnostico-classificatorio multiassiale dell'APA, il DSM. Nel DSM-III (1980) e nel DSM-III-R (1987) l'Asse IV richiedeva una valutazione della *gravità degli eventi psicosociali stressanti* su una scala da 1 (nessuno) a 6 (catastrofico), valutazione che avrebbe dovuto tener conto "dello stress che una persona media in condizioni simili e di simile contesto socioculturale subirebbe dal particolare evento psicosociale stressante". Venivano anche suggeriti i tipi di eventi da prendere in considerazione, da quelli coniugali a quelli genitoriali, da quelli interpersonali in generale a quelli occupazionali, da quelli occupazionali a quelli finanziari, da quelli legali a quelli sanitari, eccetera.

Il DSM-IV (1994), invece, richiede di indicare, fra gli eventi raggruppati in 9 categorie, quello/i importante/i in rapporto all'insorgenza, alla ricaduta o all'esacerbazione del disturbo mentale, ma non la loro gravità. Le categorie considerate sono:

- Problemi con il gruppo di supporto principale - Per es., morte di un membro della famiglia; problemi di salute in famiglia; disgregazione della famiglia per separazione,

divorzio, o allontanamento; allontanamento da casa; nuovo matrimonio da parte di un genitore; infertilità; abuso sessuale o fisico; iperprotezione da parte dei genitori; incuria verso un bambino; disciplina inadeguata; disaccordo con i fratelli; nascita di un fratello.

- Problemi legati all'ambiente sociale - Per es., morte o perdita di un amico; inadeguato supporto sociale; vivere da soli; difficoltà di acculturazione; discriminazione; adattamento ai cambiamenti di vita (come il pensionamento).
- Problemi di istruzione - Per es., analfabetismo; problemi scolastici; disaccordo con gli insegnanti o con i compagni di classe; ambiente scolastico inadeguato.
- Problemi lavorativi - Per es., disoccupazione; minaccia di perdere il lavoro; orario di lavoro stressante; condizioni di lavoro difficili; insoddisfazione lavorativa; cambiamento di lavoro; disaccordo con il principale o con i colleghi di lavoro.
- Problemi abitativi - Per es., essere senza-tetto; alloggio inadeguato; quartiere pericoloso; disaccordi con i vicini o con il padrone di casa.
- Problemi economici - Per es., povertà estrema; condizione finanziaria inadeguata; supporto assistenziale inadeguato.
- Problemi di accesso ai servizi sanitari - Per es., servizi sanitari inadeguati; indisponibilità di trasporti per le strutture sanitarie; assicurazione sanitaria inadeguata.
- Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità - Per es., arresto; incarcerazione; cause legali; essere vittima di un crimine.
- Altri problemi psicosociali ed ambientali - Per es., esposizioni a catastrofi, guerre, altre aggressioni; disaccordo con fornitori di assistenza non familiari come avvocato, assistente sociale o medico; indisponibilità di agenzie di servizio sociale.

Non si riscontrano modifiche sostanziali nell'ultima versione del manuale.

Non possiamo chiudere questo paragrafo senza fare un breve cenno ai cosiddetti fattori protettivi verso i quali, negli ultimi anni, si è appuntata l'attenzione di alcuni Autori. L'ipotesi è che, accanto ai life events ed in loro contrapposizione, alcuni eventi psicosociali possano avere un ruolo protettivo.

Secondo gli Autori che hanno avanzato questa ipotesi (Needles e Ambramson, 1990)., determinate condizioni psicosociali, come la presenza di figure di riferimento efficienti a cui rivolgersi in particolari momenti della vita, l'esistenza di una "rete sociale", costituita

da legami significativi di vario tipo (affettivi, culturali, professionali, eccetera), l'acquisizione di adeguate strategie di *coping*, cioè di gestione della situazione, potrebbero antagonizzare con maggiore o minore efficacia l'azione di esperienze e di eventi psicotraumatici. Questi fattori potrebbero entrare in gioco anche quando la patologia si è comunque manifestata contribuendo alla sua risoluzione.

V.4 Le strategie di coping

Le strategie di coping sono state descritte e classificate in vari modi, e questo dimostra l'effettiva molteplicità delle modalità a disposizione del soggetto. In generale, le risposte di coping comprendono sia tutte le decisioni e le azioni adottate da un individuo di fronte a un evento stressante, sia le emozioni a esse connesse.

Il tentativo di identificare le diverse dimensioni costitutive degli sforzi di coping non ha dato risultati definitivi; tuttavia, un certo numero di dimensioni fondamentali emerge da tutte le ricerche. In primo luogo, la maggior parte degli studi indica che le strategie di coping svolgono due funzioni principali: ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (*coping focalizzato sul problema*) e contenere le reazioni emozionali negative (*coping focalizzato sulle emozioni*).

Il primo tipo di coping trova espressione in due fattori, denominati generalmente coping attivo e pianificazione.

Il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (ad esempio, negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione) e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo; si veda, Amirkhan, 1990; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Endler e Parker, 1993; Monat e Lazarus, 1991; Lyne e Roger, 2000; Zani e Cicognani, 1999).

Un secondo filone di ricerca ha distinto strategie finalizzate all'approccio rispetto a strategie finalizzate all'evitamento (ad esempio, le dimensioni di «monitoring» e «blunting» studiate da Miller, 1987).

In generale, maggiore è il senso di controllo esperito dall'individuo e maggiore è il ricorso a strategie finalizzate all'approccio.

C'è una certa concordanza nel considerare la natura del coping finalizzato all'approccio più adattiva rispetto a un coping di evitamento. Quest'ultimo potrebbe essere utile nel breve termine, nel caso di presenza di eventi incontrollabili; tuttavia, è stato rilevato come nel lungo termine le risposte di evitamento non permettano di raccogliere informazioni utili sul problema compromettendo il ricorso a risorse utili (Atala e Carter, 1993; Stanton e Snider, 1993).

Infine, una terza prospettiva ha enfatizzato soprattutto il ruolo della ricerca del *sostegno sociale*, che per Lazarus (1996) rappresenta una dimensione comune a molte strategie di coping.

V.5 Aspetti disposizionali del coping e variabili demografiche

Una seconda questione riguarda la natura più o meno disposizionale delle strategie di coping. Nonostante esista un generale accordo sul fatto che le persone scelgono le strategie di coping in base alla natura della situazione, di fatto la ricerca e gli strumenti di misura hanno enfatizzato la natura disposizionale dei processi di coping (Mc Crae e Costa, 1986; Carver e Scheier, 1994).

Enfatizzare la natura disposizionale dei processi di coping significa partire dal presupposto che esistano degli stili di base, cioè delle strategie abituali usate dagli individui indipendentemente dalle situazioni. Gli stili di base sarebbero più o meno diretta espressione di variabili di personalità. Tra queste, due sono state particolarmente studiate.

Kobasa (1979) ha elaborato il concetto di *hardiness* per definire una costellazione di caratteristiche di personalità che proteggono l'individuo dagli effetti dannosi dello stress: controllo (convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita), impegno (senso di risolutezza, coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita) e senso di sfida (aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita).

Le persone con un alto livello di hardiness sembrano adottare una filosofia di vita che limita l'impatto debilitante di alcuni eventi stressanti.

Studi recenti sembrano confermare che le persone con elevato livello di hardiness vedano la propria vita con maggior positività e maggior grado di controllo (Beasley, Thompson e Davidson, 2003; Feifel e Strack, 1999). Per quanto riguarda la *propensione all'ottimismo*, Scheier e Carver (1987) hanno ipotizzato che le persone ottimiste hanno una maggiore probabilità di considerare i problemi alla propria portata e quindi di perseverare per raggiungere i propri scopi anche in situazioni di difficoltà. Gli ottimisti, inoltre, hanno maggiori probabilità di impegnarsi in forme di coping focalizzate sul problema, mentre i pessimisti tendono a far ricorso alla negazione e al distanziamento come strategie di coping. Queste relazioni sono state confermate empiricamente, ed è stata riscontrata una diversità negli stili di coping in relazione all'ottimismo. Ad esempio, si è dimostrato che l'ottimismo è correlato positivamente con un coping orientato al compito e alla ricerca di sostegno sociale, mentre è negativamente correlato a un coping orientato alle emozioni e all'evitamento (Hatchett e Park, 2004).

Altri aspetti di personalità che possono favorire uno stile stabile di coping riguardano la propensione a cercare un sostegno sociale; inoltre, certe caratteristiche individuali potrebbero influenzare la stessa percezione che le persone hanno dei livelli di sostegno sociale. Ad esempio, è stato rilevato che persone con alti livelli di nevroticismo tendono a riferire livelli più bassi di sostegno percepito. Inoltre, queste persone hanno maggior probabilità di riferire livelli più elevati di eventi esistenziali stressanti e di sintomi psicologici e somatici.

Costa, Somerfield e Mc Crae (1996) hanno studiato la relazione esistente fra le dimensioni di personalità misurate dai Big Five e il coping: l'instabilità emotiva sembra associarsi con la tendenza ad attribuire colpe a se stessi o agli altri e al coping focalizzato sulle emozioni, l'estroversione con la ricerca di sostegno sociale, l'apertura con la ricerca di nuove informazioni, prospettive e soluzioni, la coscienziosità con la perseveranza negli sforzi e la ricerca di significato personale e, infine, la gradevolezza con la condiscendenza.

In questa prospettiva, quindi, alcune caratteristiche stabili di personalità influenzerebbero l'adozione di determinati stili di coping influenzando la valutazione cognitiva degli eventi da parte dell'individuo (Magnus, Diener, Fujita e Pavot, 1993).

Coping e variabili demografiche

Tradizionalmente le strategie centrate sulle emozioni sono state attribuite con più frequenza alle donne (Ptacek, Smith, e Dodge 1994), mentre è stato rilevato che gli uomini utilizzano strategie centrate sulla soluzione del problema, negazione e utilizzo di alcol e droga in misura maggiore delle donne (Ben-Zur e Zeidner 1995; Steca, Accardo e Capanna, 2001). In realtà questi risultati vengono considerati come frutto di un artefatto. La differenza di genere nell'adozione delle strategie di coping viene attribuita da diversi autori come il risultato delle differenze nelle situazioni stressanti affrontate dagli uomini e dalle donne.

Le donne, infatti, affronterebbero maggiormente situazioni stressanti associate alla famiglia e alla salute, mentre gli uomini, situazioni più legate al lavoro e alla situazione economica (Matud, 2004; Stefani, 2004). Occorre, comunque sottolineare che, parallelamente ai cambiamenti nei ruoli di genere, si stanno appianando anche le differenze nelle strategie di coping utilizzate (Felsen, 1998; Matud, 2004).

Abbiamo invece scarse informazioni circa il rapporto tra l'età e l'utilizzo delle strategie di coping. È stato evidenziato che gli adolescenti utilizzano più comunemente strategie di coping disadattive per fronteggiare situazioni stressanti comuni e, non a caso, costituiscono una popolazione a elevato rischio per lo sviluppo di problemi psicologici e comportamentali (Hampel e Petermann, 2005; Wilson, Pritchard e Revalee, 2005).

Non vi è dubbio, comunque, che la relazione tra età e strategie di coping è un settore della ricerca ancora da esplorare.

V.6 Il costrutto dell'adjustment e la qualità della vita di coppia

La relazione di coppia implica un legame intimo tra due persone (Raffagnino, 2008) e rappresenta un aspetto importante della vita affettiva degli esseri umani.

La possibilità di costruire legami con i propri simili accompagna l'uomo per tutta l'esistenza, esprimendo un bisogno fondamentale della sua natura sociale, e la relazione di coppia, a sua volta, come legame significativo, si configura più in particolare come una realtà che crea "una sorta di ordine nel quale si può esperire la vita come avente un senso" (Berger, Hacket e Millar, 1972, p. 419).

Questa considerazione sembra essere confermata da un'ampia parte della letteratura, che vede la possibilità di vivere una felice vita di coppia come un rafforzativo per la propria crescita individuale, mentre la rottura di un rapporto rappresenta stress, disagio, e a volte può portare a vere e proprie patologie (Pienta, Hayward e Jenkins, 2000; Bookwala, 2005; Cutright e Fernquist, 2005).

Un altro aspetto da tenere in considerazione nella relazione di coppia è l'intimità, che qualifica una relazione con caratteristiche di coinvolgimento emotivo e di profonda conoscenza interiore di sé e dell'altro. Tra gli aspetti che comprendono il concetto di intimità troviamo la sessualità, la fiducia, l'amore, il sostegno, la vicinanza, la condivisione; tutti aspetti centrali nella conoscenza della dinamica della coppia.

La ricerca e il lavoro clinico con le coppie hanno avuto un grande sviluppo in tutti gli orientamenti della psicologia: nel movimento psicoanalitico (Norsa e Zavattini, 1997; Clulow, 2001; Eiguer, 2008; Grier, 2005), all'interno della prospettiva psicosociale e sistemica (Grich e Fincham, 1990; Cigoli, 1998; Noller e Feeney, 2002) e nella teoria dell'attaccamento.

Ciascun orientamento, nei propri ambiti, con i propri metodi e i propri modelli di riferimento, ha cercato di comprendere le variabili che intervengono nel regolare la vita di coppia (Velotti e Ronconi, 2007).

Per comprendere e valutare la relazione di coppia è importante dunque considerare i differenti punti di vista da cui può essere osservata come sue parziali rappresentazioni che devono essere reciprocamente integrate le une con le altre.

Se osserviamo la relazione dal punto di vista individuale, possiamo rilevare il modo personale di vivere il legame da parte di ognuno dei due partner e il contributo di ognuno nei termini della sua storia personale, culturale e sociale.

L'incontro e la strutturazione di un legame presuppongono che le due persone siano in relazione, comunichino tra di loro e agiscano l'una nei confronti dell'altra (punto di vista interpersonale) e, attraverso questi contatti interpersonali ripetuti nel tempo, costruiscano, appunto, la loro unione intima (punto di vista relazionale-intersoggettivo).

La coppia è qualcosa di più della somma delle singolarità, è un'unità organizzata, coerente, definita e delimitata dalla realtà circostante, ma in continua interazione con essa (punto di vista sistemico).

Inoltre, la realtà non è statica, ma ha una storia e un'evoluzione nel tempo (punto di vista evolutivo) (Raffagnino, 2008).

Il tentativo di comprendere le variabili che intervengono a regolare la vita di coppia ha costituito sin dagli inizi del secolo scorso un'area di ricerca al centro dell'interesse degli studiosi. Dobbiamo a Gilbert Hamilton nel 1929 il primo studio sulla "soddisfazione matrimoniale", e dieci anni dopo l'uscita del suo primo saggio prese forma per la prima volta il concetto di adattamento coniugale (*marital adjustment*).

Questo concetto risentiva però della mancanza di una definizione univoca: in quegli anni, infatti, la ricerca sulla relazione di coppia si concentrava sul concetto di *adjustment* inteso come stabilità della relazione, utilizzando come indicatore principale la soddisfazione tra i coniugi, e facendola coincidere con l'intensità e il coinvolgimento reciproco (Santona e Zavattini, 2008). Solo verso la fine degli anni settanta si arrivò a una concezione più articolata della qualità della relazione di coppia (Lewis e Spanier, 1979), dove si pose l'accento sulle varie dimensioni che caratterizzano e modellano gli aspetti intrinseci della relazione (Fincham, Beach e Kemp-Fincham, 1997). Per molti anni tuttavia vi è stato un grande disaccordo fra gli studiosi rispetto a questioni di ordine sia teorico sia metodologico; la prima questione è riconducibile alla mancanza di un impianto teorico di riferimento nello studio dei differenti aspetti della relazione di coppia. Il secondo aspetto è dato dalla mancanza di una definizione univoca: si è parlato di "felicità", "stabilità", "complicità", "coesione", "consenso" in maniera del tutto intercambiabile, creando così non poca confusione concettuale. È stata, in modo

particolare, la soddisfazione di coppia, che valuta la felicità o infelicità percepita dai partner nella relazione, il fattore studiato con maggiore frequenza (Scabini, 1978). Spesso, infatti, i termini “soddisfazione” e “*adjustment*” sono stati sovrapposti, assottigliando così le differenze esistenti tra il costrutto generale (*adjustment*) e l’indice di soddisfazione.

Rispetto a ciò, si può affermare che in una relazione ci sono due tipi di “soddisfazione”, ascrivibili ai due diversi partner:

La ricerca ha dimostrato che una maggiore soddisfazione per la propria relazione in uno dei due compagni è più facilmente corrispondente a maggiore soddisfazione anche nell’altro, ma la correlazione tra la soddisfazione dei mariti e quella delle mogli è lontana dall’essere coincidente (Spanier e Cole, 1975, p. 124).

L’*adjustment* di coppia, o genericamente qualità della relazione, può essere inteso sia come una proprietà individuale (percezione del sentimento individuale), sia come indice diadico (percezioni del sentimento di coppia).

La definizione di Glenn (1998) può chiarire ulteriormente tale duplicità:

Da una parte abbiamo la percezione del sentimento individuale, ossia la valutazione dei sentimenti riferiti dal singolo partner (felicità, soddisfazione...), e dall’altra parte abbiamo la percezione del sentimento di coppia e le valutazioni riguardo alle modalità di comunicazione e/o di conflitto caratteristiche della coppia (p. 818).

Partendo da questo presupposto si parlerà di “soddisfazione di coppia” intendendo uno degli aspetti specifici della relazione e si parlerà di *adjustment* per indicare il rappresentativo del funzionamento complessivo della stessa (Spanier, 1979).

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che quest’ultimo concetto è da intendersi in maniera dinamica, mentre la “soddisfazione” è intesa come costrutto statico, uno degli esiti conseguenti al processo stesso dell’*adjustment* (Spanier e Cole, 1974).

Fu Spanier a dare una definizione univoca di adattamento di coppia, inteso come

l'indice della qualità della relazione, nell'ambito di un processo che muta lungo tutto il ciclo di vita e in quanto tale misurabile in più momenti dell'evoluzione del rapporto di coppia (Spanier, 1976, p. 20).

È dunque la ricerca costante di un equilibrio tra stabilità e flessibilità che i due partner raggiungono nel negoziare i possibili cambiamenti, le angosce individuali, sentimenti di insoddisfazione, coesione e accordo sui problemi ritenuti importanti legati alla vita di coppia (Spanier, Lewis e Cole, 1975).

V.7 Obiettivi

Avendo come cornice di riferimento la letteratura sull'argomento riportata all'inizio di questo capitolo, gli obiettivi della presente ricerca sono:

- Esplorare le differenze di genere nella percezione delle differenti sottoscale della qualità di vita (Emotional, Mind- Body, Relational, Social, Environment, Tolerability), dell'adattamento diadico (DAS Tot), e nei vissuti di ansia di stato e depressione.
- analizzare gli effetti principali dei problemi familiari, delle malattie infantili e delle difficoltà di gravidanza sulle differenti sottoscale della qualità di vita (Emotional, Mind- Body, Relational, Social, Environment, Tolerability), sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione) e sull'adattamento diadico (Das Tot);
- analizzare gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) sulle differenti sottoscale della qualità di vita (Emotional, Mind- Body, Relational, Social, Environment, Tolerability), sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione) e sull'adattamento diadico (Das Tot);
- esplorare gli effetti combinati dei diversi tipi di diagnosi (diagnosi maschile, diagnosi femminile, diagnosi mista e diagnosi sconosciuta) con i problemi familiari, le malattie infantili e le difficoltà di gravidanza sulle differenti sottoscale della qualità di vita

(Emotional, Mind- Body, Relational, Social, Environment, Tolerability), sulla salute psicologica delle coppie infertili (ansia di stato e depressione) e sull' adattamento diadico (Das Tot);

V.8 Metodologia

a) Partecipanti

Lo studio è stato condotto tra ottobre 2014 e settembre 2016. Numerosi centri italiani di riproduzione assistita di Napoli (6 centri), Udine (1 centro) e Brescia (2 centri) sono stati contattati per ottenere la loro partecipazione al progetto e hanno tutti dato l'autorizzazione per la somministrazione di un questionario per l'infertilità alle coppie che in cura nei loro centri. I criteri di inclusione alla ricerca sono stati: a) coppie con una diagnosi di infertilità (infertilità maschile; infertilità femminile; infertilità combinata maschile e femminile o infertilità inspiegata); b) le coppie che si stavano sottoponendo a trattamenti medici per l'infertilità come l'inseminazione intrauterina (IUI), la fecondazione In vitro (IVF) o iniezione Cito-plasmatica di spermatozoi (ICSI); c) l'accordo di entrambi i membri della coppia a partecipare allo studio, con lo scopo di considerare la condivisione coppia del problema della infertilità come un' unità di ricerca. Circa 600 oggetti (entrambi i partner di 300 coppie) sono stati contattati dal loro ginecologo e gli è stato chiesto di partecipare alla ricerca prima del loro appuntamento. Tutti i soggetti che si rifiutavano di compilare il questionario non sono stati inclusi nel dataset finale; di conseguenza, 29 coppie in cui l'uomo si è rifiutato di partecipare e 21 coppie in cui entrambi i partner non hanno dato il loro consenso alla compilazione del questionario, sono stati esclusi dalla presente ricerca. Il questionario della durata di 20-25 minuti (completato in un'unica sessione) è stato descritto e spiegato di volta in volta ad entrambi i membri delle coppie infertili in un ambiente tranquillo e silenzioso messo a disposizione dal centro medico ed io ero sempre presente e disponibile a rispondere ad eventuali domande sollevate dai partecipanti e a fornire delucidazioni e chiarimenti quando necessario.

Il presente studio è stato effettuato quindi con 500 coppie infertili (250 donne, *Age mean* = 34.12; *SD* = .292 – 250; uomini, *Age mean* = 34.48; *SD* = .306) reclutate presso centri di procreazione medicalmente assistita e presso studi ginecologici privati di Brescia, Udine e Napoli. Il 98% (N= 147) degli uomini ed il 69.3% (N= 104) delle donne ha un lavoro stabile. Riguardo il livello di formazione il 20.5% (N= 51) delle donne ed il 17.4% (N= 44) degli uomini ha un diploma di scuola media; il 52,4% (N= 131) delle donne ed il 42,3% (N= 110) degli uomini ha un diploma di scuola superiore mentre il 30,2% (N= 75) delle donne ed il 37.2% (N= 99) degli uomini è laureato. Tutte le coppie hanno una diagnosi di infertilità primaria; il 31, 5% (N= 79) delle coppie ha una diagnosi di tipo femminile, il 28.7% maschile (N= 72), il 25,3% diagnosi mista (N= 63) ed il 14.5% (N= 36) diagnosi sconosciuta. Infine, per quanto riguarda la durata dell'infertilità, essa oscilla da 1 anno a 13 anni (Media=3.0 anni; SD=2.60). è inferiore a tre anni nell'69,3% (N= 173) dei casi mentre è superiore nell' 30.7% (N= 77) dei casi. Le caratteristiche demografiche dei partecipanti e le informazioni relative all'infertilità sono riportate nella tabella 1.

Tabella 1 Caratteristiche dei partecipanti. N=500

Characteristics	Value	p value
Male Age in years [n (%)]		
≤34	86 (34,5%)	<0.001
>34	164 (65,5.0%)	
Female Age in years [n (%)]		
≤34	130 (52.2%)	0.021
>34	120 (47.8%)	
Male Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	44 (17.4%)	.353
Senior School	131 (52.4%)	
College	75 (30.2%)	
Female Educational Level [n (%)]		
Junior Middle School	51 (20.5%)	.532
Senior School	110 (42.3%)	
College	99 (37.2%)	
Type of Diagnosis [n (%)]		
Male Factor	72 (28.7%)	.933
Female Factor	79 (31.5%)	
Combined Factor	63 (25.3%)	
Unexplained	36 (14.5%)	
Type of Treatment [n (%)]		
IVF	144 (57.4%)	.968
ICSI	75 (30.2%)	
IUI	31 (12.4%)	
Previous Treatments [n (%)]		
No	121 (48.5%)	.513
Yes	129 (51.5%)	
Duration of infertility [n (%)]		
≤ 3 years	173 (69.3%)	<0.001
> 3 years	77 (30.7%)	

b) Strumenti

Ai fini della ricerca è stata predisposta una batteria composta da:

1) Una *scheda clinico-anagrafica* per rilevare: sesso; età; condizione di occupazione / non occupazione; durata dell'infertilità (anni); tipo di diagnosi di infertilità (maschile; femminile; mista; sconosciuta).

2) Il Coping Orientations to Problem Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Sica et al., 2008), un questionario self-report di 60 item su scala Likert a 4 punti che valuta le strategie di coping adottate dagli individui.

un questionario composto da 60 item su una scala Likert a 5 punti che va da uno (di solito non lo faccio) a quattro (lo faccio quasi sempre), che misura cinque strategie di coping: l'evitamento (ad es. diniego, umorismo, uso di droghe, distacco comportamentale, distacco psicologico; Cronbach' α = 0,70); Sostegno sociale (ad es. ricerca di informazioni, tentativi di comprensione, sfogo emotivo; Cronbach' α = 0,91); Atteggiamento positivo (ad es. accettazione, rilettura in chiave positiva; Cronbach' α = 0,76); Soluzione dei problemi (ad esempio soppressione, pianificazione, attività; Cronbach' α = 0,83) e volgersi alla religione (ad es. affidarsi alla preghiera; Cronbach' α = 0,85). Il punteggio totale oscilla da 1 a 240. Il COPE ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Sica et al., 2008).

3) Lo State-Trate Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su un scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate rispettivamente alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto. Lo strumento è utilizzato anche per valutare i livelli percepiti di ansia di stato collegate alla sterilità. La scala è costituita da 20 item valutati su una scala di 4 punti che vanno da uno (quasi mai) a quattro (molto spesso); il punteggio totale oscilla da 20 a 80. Lo STAI-Y è stato adattato in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche

soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,91$) e validità di costrutto adeguata (Pedrabissi & Santinello, 1989); il cut-off per la versione italiana della scala di ansia di stato sono, rispettivamente, 36.00 per pazienti di sesso maschile e 39.93 per le pazienti di sesso femminile.

4) L'*Edinburgh Depression Scale* (EDS; Cox J. et al, 1987; Benvenuti et al., 1999), un questionario self-report, ampiamente diffuso in ambito clinico e di ricerca, creato per la valutazione della sintomatologia depressiva in relazione al concepimento; esso consiste di 10 elementi valutati su una scala a 4 punti che vanno da zero (non sempre) a tre (la maggior parte delle volte); il punteggio totale oscilla da 0 a 30. L'EDS è stato adattato in italiano ed ha mostrato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach' $\alpha = 0,78$) e buona validità di costrutto (Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani & Cox, 1999); il cut-off della versione italiana è 9.

5) La *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976; Gentili et al., 2002): un questionario self-report che valuta attraverso 32 item su scala Likert a 6 punti il grado di adattamento di coppia, divisi in quattro sottoscale: soddisfazione diadica, coesione diadica, consenso diadico, espressione affettiva. Secondo Spanier (1976) l'adattamento coniugale è un processo che si sviluppa lungo un continuum che può essere valutato in qualsiasi momento della relazione. In particolare, essendo la DAS uno strumento self-report, essa valuta la rappresentazione che ciascun coniuge ha della propria relazione. I 32 item vengono valutati su una scala di 6 punti che va da zero (sempre in disaccordo) a cinque (sempre d'accordo); il punteggio totale varia da 0 a 160. La DAS è stata adattata in italiano ed ha rivelato proprietà psicometriche soddisfacenti (Cronbach $\alpha = 0.93$) e buona validità di costrutto (Gentili, Contrearras, Cassaniti & D'Arista, 2002); il cut-off per la versione italiana è di 115,7.

6) La versione italiana del Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL; Boivin et al., 2011) un strumento composto da 36 item che misurano il Core FertiQoL (24 item che comprendono 4 dimensioni: Emotional, 6 item, che indagano le emozioni ed i sentimenti di tristezza, risentimento e pena collegate all'infertilità; Mind-Body, 6 item, che esplorano l'impatto sulla salute fisica; Relational, 6 item che misurano la qualità della

relazione con il partner, e il livello di soddisfazione sessuale e di comunicazione e Sociale, 6 item, che indagano le aspettative, la percezione di supporto o esclusione rispetto al contesto sociale; α di Cronbach = 0.92); Treatment FertiQoL (10 item che misurano le dimensioni collegate all'accessibilità dei servizi; la qualità delle interazioni con i medici, e le conseguenze fisiche e psicologiche dei trattamenti; α di Cronbach = 0.81); Total FertiQoL (34 item; α di Cronbach = 0.92) e due item opzionali che misurano la qualità di vita globale e la salute fisica. I punteggi delle singole sottoscale di Core, Treatment and Total FertiQoL vengono calcolati moltiplicando il punteggio per $25/k$ dove k rappresenta il numero degli item per ogni singola sottoscala, per raggiungere un punteggio da 0 a 100. Punteggi più alti indicano livelli più alti di qualità di vita.

7) Un questionario sugli eventi stressanti della vita della coppia messo a punto da Tewes Wischmann nel 1998 è volto ad indagare sia le caratteristiche socio-demografiche dei genitori della coppia (età, livello di istruzione, professione), sia degli eventuali fratelli (età, sesso, livello di istruzione, professione, numero di figli). Questo strumento inoltre esplora le condizioni dei genitori della coppia (separazione, divorzio, morte, anno in cui è avvenuto l'evento). Fanno parte del questionario altre tre domande aperte collegate ad eventi (precedenti ed attuali) della famiglia di origine, all'infanzia del soggetto stesso e ad eventuali difficoltà con la gravidanza affrontate in famiglia (bambini nati morti, gravidanze indesiderate, aborti).

Per ognuna di queste tre domande aperte, viene chiesto al soggetto di indicare il periodo in cui l'evento si è verificato e l'intensità dello stress derivante dall'evento stesso su una scala da 1 (lievemente stressante) a 7 (estremamente stressante).

c) Analisi statistiche

In relazione alle domande ed agli obiettivi posti all'interno di questo capitolo, tutti i dati raccolti sono stati trattati utilizzando SPSS, Versione 21. Inizialmente sono state condotte le analisi descrittive sempre tenendo presente la variabile genere.

Successivamente è stata effettuata un'analisi delle differenze dei punteggi medi delle diverse sottoscale della qualità di vita, dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione negli uomini e nelle donne (ANOVA test).

Tutte le variabili prese in considerazione nello studio sono state dicotomizzate facendo riferimento alle medie del nostro campione, il livello di istruzione è stato suddiviso in Alto (Laurea) e basso (fino al diploma di scuola superiore), i problemi familiari, le malattie infantili e le difficoltà di gravidanza sono state dicotomizzate in Alto (Si) e Basso (No), l'adattamento diadico totale, le sottoscale del FertiQol, l'ansia e la Depressione sono stati dicotomizzati utilizzando i cut-off dei rispettivi studi di validazione; infine, la durata dell'infertilità è stata dicotomizzata facendo riferimento alla media del nostro campione ($M= 3.0$ anni). Successivamente una serie di regressioni logistiche (method: enter, first indicator contrast; entry criterion: $p < 0.05$; removal criterion: $p > 0.01$, e Hosmer e Lemeshow Goodness-of-fit statistic fissato a $p > 0.05$) sono state condotte per determinare gli effetti principali delle variabili indipendenti (problemi familiari, malattie infantili e difficoltà di gravidanza) e il potenziale effetto moderatore del tipo di diagnosi nel predire i livelli percepiti di qualità di vita, ansia e depressione negli uomini e nelle donne infertili.

V.9 Risultati

Dall'analisi delle differenze tra i punteggi delle diverse sottoscale della qualità di vita, dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere (tab. 2) è emerso che le donne percepiscono livelli significativamente più bassi degli uomini di FQ Mind-Body (Femmine M=52.18 SD=23.07 Maschi M=57.92 SD=23.67) e percepiscono una minore tollerabilità ai trattamenti medici rispetto agli uomini (Femmine M=56.42 SD=20.21 Maschi M=59.85 SD=20.86).

Tabella 2. Differenze tra i punteggi medi delle diverse sottoscale della qualità di vita, dell'adattamento diadico, dell'ansia di stato e della depressione in base al genere

	Female	Male	<i>p</i> value
	Mean±SD	Mean±S D	
<i>FertiQoL</i>			
FQ Emotional	43.56±20.65	44.40±21.25	0.762
FQ Mind-Body	52.18±23.07	57.92±23.67	<0.001
FQ Relational	65.41±19.52	66.09±19.13	0.581
FQ Social	50.22±20.41	50.12±20.08	0.631
FQ Environment	60.54±19.65	61.64±20.01	0.536
FQ Tolerability	56.42±20.21	59.85±20.86	<0.001
<i>DAS Tot</i>	110.14±16.17	114.65±16.60	<0.001
<i>Ansia di stato</i>	45.44±10.41	40.18±9.80	<0.001
<i>Depressione</i>	12.12±5.56	8.43±4.65	<0.001

Per quanto riguarda poi l'adattamento diadico (DAS Tot) si rileva che gli uomini hanno una percezione di adattamento diadico e di qualità di vita significativamente più alta rispetto alle donne (DAS Tot Maschi =114.65 SD=16.60 Femmine M=110.14 SD=16.17)

Infine, per quanto concerne la salute psicologica, è emerso che le donne percepiscono livelli di ansia di stato e di depressione, significativamente più alti rispetto agli uomini (Ansia di stato Femmine M=45.44 SD=10.41 Maschi M=40.18 SD=9.80; Depressione Femmine M= 12.12 SD=5.56 Maschi M=8.43 SD=4.65).

Dall'analisi degli effetti principali dei Problemi familiari, delle Malattie infantili e delle Difficoltà di gravidanza sulla qualità di vita percepito (tab.3) è emerso che i problemi familiari riducono significativamente la qualità di vita emozionale percepita (Maschi OR =.51 CI =.47-.97 Femmine OR =.34 CI =.22-.83), la qualità di vita legata al mente/corpo (Maschi OR =.73 CI =.52-.84 Femmine OR =.21 CI =.12-.87), quella relazionale (Maschi OR =.43 CI =.16-.77 Femmine OR =.34 CI =.25-.73) e quella sociale (Maschi OR =.53 CI=.28-.71 Femmine OR =.22 CI =.16-.74) sia negli uomini che nelle donne. Non emergono invece effetti significativi sulla qualità di vita connessa all'ambiente medico e sulla tollerabilità dei trattamenti.

Tabella 3. Effetti principali dei Problemi familiari, delle Malattie infantili e delle Difficoltà di gravidanza sulla Qualità di vita.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
FQ Emotional				
Problemi familiari	.51*	.47-.97	.34**	.22-.83
Malattie infantili	.78	.63-2.61	.65	.48-1.94
Difficoltà gravidanza	.52**	.36-.71	.38**	.25-.69
FQ Mind-Body				
Problemi familiari	.73*	.52-.84	.21**	.12-.87
Malattie infantili	.57*	.32-.78	.32*	.24-.69
Difficoltà gravidanza	.52**	.30-.75	.48**	.12-.83
FQ Relational				
Problemi familiari	.43*	.16-.77	.34**	.25-.73
Malattie infantili	.64	.35-2.64	.73	.46-2.92
Difficoltà gravidanza	.51**	.25-.94	.47**	.31-.89
FQ Social				
Problemi familiari	.53*	.28-.71	.22*	.11-.74
Malattie infantili	.44	.32-2.68	.55	.34-2.27
Difficoltà gravidanza	.46**	.23-.94	.32**	.16-.91
FQ Environment				
Problemi familiari	.32	.21-2.03	.54	.28-2.85
Malattie infantili	.45*	.24-.85	.32*	.19-.69
Difficoltà gravidanza	.53*	.33-.79	.48*	.36-.76
FQ Tolerability				
Problemi familiari	.74	.12-2.42	.45	.22-2.69
Malattie infantili	.56**	.13-.98	.43*	.21-.87
Difficoltà gravidanza	.54*	.24-.78	.41**	.19-.83

** p <0.001

Per quanto riguarda le malattie infantili, dall'analisi degli effetti principali si è evidenziato che queste ultime influenzano significativamente la qualità di vita legata alla

sfera mente/corpo, riducendola (Maschi OR =.57 CI =.31-.78 Femmine OR =.32 CI =.24-.69), allo stesso modo, le malattie infantili riducono la qualità di vita percepita legata all'ambiente medico e la tollerabilità dei trattamenti (FQ Environment Maschi OR =.45 CI =.24-.85 Femmine OR =.32 CI =.19-.69 FQ Tolerability Maschi OR =.56 CI =.13-.98 Femmine OR =.43 CI =.21-.87) in entrambi i sessi.

Non emergono invece effetti significativi sulla qualità di vita emozionali, relazionale e sociale.

Le difficoltà di gravidanza risultano invece essere associate ad una significativa riduzione della qualità di vita emozionale, mente/corpo, relazionale, sociale (FQ Emotional Maschi OR =.52 CI =.36-.71 Femmine OR =.38 CI =.25-.79 FQ Mind-Body Maschi OR =.52 CI =.30-.75 Femmine OR =.48 CI =.12-.83 FQ Relational Maschi OR =.51 CI =.25-.94 Femmine OR =.47 CI =.31-.89 FQ Social Maschi OR =.46 CI =.23-.94 Femmine OR =.31 CI =.16-.91) sia negli uomini che nelle donne; allo stesso modo, le difficoltà di gravidanza riducono la qualità di vita percepita legata all'ambiente medico e la tollerabilità dei trattamenti allo stesso modo, (FQ Environment Maschi OR =.45 CI =.24-.85 Femmine OR =.48 CI =.36-.76 FQ Tolerability Maschi OR =.54 CI =.24-.78 Femmine OR =.41 CI =.19-.83) in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda gli effetti principali dei Problemi familiari, delle Malattie infantili, e delle Difficoltà di gravidanza, sulla salute psicologica e sull'adattamento diadico delle coppie infertili (tab.4), è emerso che i Problemi familiari incrementano

significativamente i livelli di ansia e depressione negli uomini e nelle donne (Ansia di stato Maschi OR =1.85 CI =1.21-4.89 Femmine OR =2.64 CI =1.36-5.63 Depressione Maschi OR =1.81 CI =1.22-3.32 Femmine OR =2.28 CI =1.13-4.88). I problemi familiari riducono significativamente l'adattamento diadico nelle donne (OR =.57 CI =.11-.88) mentre non si evidenziano effetti significativi sugli uomini. Per quanto riguarda le malattie infantili, non si riscontrano effetti significativi né sulla salute psicologica, né sull'adattamento diadico in entrambi i sessi. Le difficoltà di gravidanza invece sono significativamente correlate ad un incremento dei livelli di Ansia di stato e di Depressione in entrambi i sessi (Ansia di stato Maschi OR =2.43 CI =1.51-4.91 Femmine OR =2.61 CI =1.67-6.51 Depressione Maschi OR =2.47 CI =1.30-4.76 Femmine OR =3.53 CI =1.27-5.96) e riduce significativamente i livelli di adattamento diadico sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR =.61 CI =.24-.82 Femmine OR =.55 CI =.32-.75).

Tabella 4. Effetti principali dei Problemi familiari, delle Malattie infantili e delle Difficoltà di gravidanza su Ansia di stato, Depressione e Adattamento diadico.

	Maschi		Femmine	
Ansia di stato	OR	95% CI	OR	95% CI
Problemi familiari	1.85*	1.21-4.89	2.64*	1.36-5.63
Malattie infantili	1.51	.34-2.82	1.43	.27-3.78
Difficoltà gravidanza	2.43*	1.51-4.91	2.61**	1.67-6.51
Depressione				
Problemi familiari	1.81*	1.22-3.32	2.28**	1.13-4.88
Malattie infantili	1.03	.41-1.84	1.57	.46-3.79
Difficoltà gravidanza	2.47**	1.30-4.76	3.53**	1.27-5.96
Das Tot.				
Problemi familiari	.46	.23-1.46	.57**	.11-.88
Malattie infantili	.63	.28-2.84	.34	.15-2.62
Difficoltà gravidanza	.61**	.24-.82	.55**	.32-.75

** p <0.001

La tabella 5 riporta gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi sulla qualità di vita percepita dalle coppie infertili.

Tabella 5. Effetti principali dei diversi tipi di diagnosi sulla qualità di vita.

FQ Emotional	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi Maschile	.40*	.45-.96	.45**	.22-.93
Diagnosi Femminile	.75	.63-2.81	.35*	.18-.84
Diagnosi Mista	.51**	.36-.91	.38**	.23-.89
Diagnosi sconosciuta	.46*	.22-.87	.35*	.19-.83
FQ Mind-Body				
Diagnosi Maschile	.72	.55-2.43	.81	.42-2.97
Diagnosi Femminile	.57	.32-2.78	.31*	.24-.79
Diagnosi Mista	.54**	.30-.95	.48**	.15-.83
Diagnosi sconosciuta	.34*	.21-.83	.31*	.20-.81
FQ Relational				
Diagnosi Maschile	.41*	.18-.97	.37	.25-2.75
Diagnosi Femminile	.66	.37-2.68	.41*	.26-.92
Diagnosi Mista	.50**	.26-.94	.44**	.31-.89
Diagnosi sconosciuta	.37*	.24-.91	.34*	.20-.85
FQ Social				
Diagnosi Maschile	.47*	.28-.77	.65	.41-2.64
Diagnosi Femminile	.56	.32-2.69	.35*	.14-.87
Diagnosi Mista	.44**	.23-.94	.33**	.16-.92
Diagnosi sconosciuta	.38*	.25-.89	.32*	.21-.89
FQ Environment				
Diagnosi Maschile	.32	.21-2.43	.54	.29-2.85
Diagnosi Femminile	.57	.33-2.86	.45*	.32-.94
Diagnosi Mista	.45	.24-2.77	.32*	.19-.89
Diagnosi sconosciuta	.53*	.33-.91	.48*	.36-.86
FQ Tolerability				
Diagnosi Maschile	.54*	.32-.92	.45	.22-2.79
Diagnosi Femminile	.67	.43-2.98	.41*	.21-.87
Diagnosi Mista	.57	.36-2.53	.47*	.31-.94
Diagnosi sconosciuta	.54*	.24-.89	.41**	.19-.85

** p <0.001

Nello specifico, la diagnosi maschile si associa ad una riduzione della qualità di vita relazionale, sociale e della tollerabilità dei trattamenti negli uomini (FQ Relational OR= .41 CI=.18-.97; FQ Social OR= .47 CI=.28-.77; FQ Tolerability OR= .54 CI=.32-.92) e ad una riduzione della qualità di vita emozionale in entrambi i sessi (FQ Emotional Maschi OR= .40 CI=.45-.96 Femmine OR= .45 CI=.22-.93).

Per quanto riguarda la diagnosi femminile invece, emergono associazioni significative con una riduzione di tutte le sottoscale che connotano la qualità di vita solo nelle donne (FQ Emotional OR= .35 CI=.18-.84; FQ Mind- Body OR= .31 CI=.24-.79; FQ Relational OR= .41 CI=.26-.92; FQ Social OR= .35 CI=.14-.87; FQ Environment OR= .45 CI=.32-.94; FQ Tolerability OR= .41 CI=.21-.87).

Osservando invece gli effetti della diagnosi mista, sia negli uomini che nelle donne emergono associazioni significative con una riduzione della qualità di vita percepita emozionale, mente-corpo, relazionale e sociale (FQ Emotional Maschi OR= .51 CI=.36-.91 Femmine OR= .38 CI=.23-.89; FQ Mind- Body Maschi OR= .54 CI=.30-.95 Femmine OR= .48 CI=.15-.83; FQ Relational Maschi OR= .50 CI=.26-.94 Femmine OR= .44 CI=.31-.89; FQ Social Maschi OR= .44 CI=.23-.94 Femmine OR= .33 CI=.16-.92) e ad una riduzione della qualità di vita ambientale e della tollerabilità dei trattamenti solo nelle donne (FQ Environment OR= .32 CI=.19-.89; FQ Tolerability OR= .47 CI=.31-.94).

Infine, prendendo in considerazione gli effetti della diagnosi sconosciuta, quest'ultima risulta essere associata ad una significativa riduzione di tutte le sottoscale della qualità di vita prese in esame in questa ricerca (FQ Emotional Maschi OR= .46 CI=.22-.87 Femmine OR= .35 CI=.19-.83; FQ Mind- Body Maschi OR= .34 CI=.21-.83 Femmine OR= .31 CI=.20-.81; FQ Relational Maschi OR= .37 CI=.24-.91 Femmine OR= .34 CI=.20-.85; FQ Social Maschi OR= .38 CI=.25-.89 Femmine OR= .32 CI=.21-.89; FQ Environment Maschi OR= .53 CI=.33-.91 Femmine OR= .48 CI=.36-.86; FQ Tolerability Maschi OR= .54 CI=.24-.89 Femmine OR= .41 CI=.19-.85).

La tabella 6 riporta gli effetti principali dei diversi tipi di diagnosi sull'ansia di stato e sulla depressione.

Tabella 6. Effetti principali dei diversi tipi di diagnosi sull'ansia di stato, sulla depressione e sull'adattamento diadico

	Maschi		Femmine	
Ansia di stato	OR	95% CI	OR	95% CI
Diagnosi Maschile	2.43*	1.45-6.96	2.45*	1.22-4.93
Diagnosi Femminile	2.76	.63-2.88	3.35*	1.18-7.84
Diagnosi Mista	2.31**	1.36-4.91	2.38**	1.23-5.89
Diagnosi sconosciuta	3.46*	1.22-7.87	3.35*	2.19-8.83
Depressione				
Diagnosi Maschile	2.72*	1.55-6.43	2.81	.42-3.97
Diagnosi Femminile	2.57	.32-3.78	3.31*	1.24-6.79
Diagnosi Mista	2.54**	1.30-5.95	2.48**	1.15-5.83
Diagnosi sconosciuta	3.34*	1.21-7.83	3.31*	1.20-8.81
DAS Tot				
Diagnosi Maschile	.45*	.23-.89	.56*	.32-.98
Diagnosi Femminile	.65	.43-2.32	.43*	.24-.91
Diagnosi Mista	.52	.32-2.56	.43	.31-2.85
Diagnosi sconosciuta	.43*	.22-.89	.35*	.16-.87

** p < 0.001

Nel dettaglio, la diagnosi maschile risulta essere associata ad un aumento significativo dell'ansia di stato percepita sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR=2.43 CI=1.45-6.96 Femmine OR=2.45 CI=1.22-4.93), ad un significativo incremento della depressione solo negli uomini (OR=2.72 CI=1.55-6.43) e ad una riduzione significativa dell'adattamento diadico sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR=.45 CI=.23-.89 Femmine OR=.56 CI=.32-.98).

Per quanto riguarda la diagnosi femminile, emergono profili di associazione significativi con un incremento di ansia di stato e di depressione solo nelle donne (Ansia di stato OR=3.35 CI=1.18-7.84 Depressione OR=3.31 CI=1.24-6.79) e con una riduzione significativa dell'adattamento diadico sempre nelle donne (OR=.43 CI=.24-.91).

Prendendo in considerazione invece la diagnosi mista, quest'ultima risulta essere associata ad un significativo aumento dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=2.31 CI=1.36-4.91 Femmine

OR=2.38 CI=1.23-5.89 Depressione Maschi OR=2.54 CI=1.30-5.95 Femmine OR=2.48 CI=1.15-5.83).

Infine, per quanto riguarda la diagnosi sconosciuta, quest'ultima risulta essere associata ad un significativo incremento dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione, sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR=3.46 CI=1.22-7.87 Femmine OR=3.35 CI=2.19-8.83 Depressione Maschi OR=3.34 CI=1.21-7.83 Femmine OR=3.31 CI=1.20-8.81) e con una riduzione significativa dell'adattamento diadico in entrambi i sessi (Maschi OR=.43 CI=.22-.89 Femmine OR=.35 CI=.16-.87).

Dall'analisi degli effetti combinati dei problemi familiari con i differenti tipi di diagnosi è emerso che i problemi familiari associati con la diagnosi maschile (tab.7) riducono significativamente la qualità di vita emozionale, mente/corpo negli uomini (FQ Emotional OR =.42 CI =.24-.82 FQ Mind-Body OR =.35 CI =.27-.78), non emergono invece interazioni significative con la qualità di vita relazionale, sociale, l' ambiente medico e la tollerabilità dei trattamenti; prendendo in considerazione l'associazione dei problemi con la diagnosi femminile si evidenzia una riduzione della qualità di vita emozionale nelle donne (OR =.32 CI =.18-.64), non si riscontrano invece effetti significativi sulle altre sottoscale della qualità di vita percepita.

Tabella 7. Effetti combinati dei Problemi familiari con i diversi tipi di diagnosi sulla Qualità di vita.

FQ Emotional	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Problemi familiari x diagnosi maschile	.42*	.24-.82	.64	.53-2.89
Problemi familiari x diagnosi femminile	.43	.21-1.87	.32*	.18-.64
Problemi familiari x diagnosi mista	.52	.35-2.95	.37	.24-1.69
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.38**	.27-.91	.28**	.17-.71
FQ Mind-Body				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.35*	.27-.78	.51	.24-1.82
Problemi familiari x diagnosi femminile	.65	.31-2.92	.52	.52-2.63
Problemi familiari x diagnosi mista	.58	.28-2.65	.47	.26-2.51
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.61**	.32-.88	.53**	.26-.81
FQ Relational				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.42	.18-2.89	.52	.16-2.82
Problemi familiari x diagnosi femminile	.63	.28-2.31	.40	.21-1.82
Problemi familiari x diagnosi mista	.85	.25-1.92	.66	.31-1.78
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.64**	.21-.85	.42**	.21-.76
FQ Social				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.66	.43-2.95	.81	.32-2.72
Problemi familiari x diagnosi femminile	.57	.43-2.71	.31	.22-2.04
Problemi familiari x diagnosi mista	.49	.33-2.39	.34	.16-2.35
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.61*	.55-.84	.44**	.11-.72
FQ Environment				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.55	.36-2.23	.65	.45-2.51
Problemi familiari x diagnosi femminile	.51	.32-2.85	.36	.13-1.89
Problemi familiari x diagnosi mista	.76	.45-2.43	.44	.32-1.99
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.64	.36-1.85	.52*	.26-.92
FQ Tolerability				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.89	.41-2.72	.91	.71-2.06
Problemi familiari x diagnosi femminile	.53	.31-2.16	.47	.32-2.63
Problemi familiari x diagnosi mista	.46	.24-1.12	.36	.14-2.25
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.54*	.35-.89	.29**	.12-.75

** p <0.001

Dall'analisi degli effetti combinati dei problemi familiari associati alla diagnosi mista non emergono risultati significativi con nessuna delle sottoscale della qualità di vita percepita. I problemi familiari associati alla diagnosi sconosciuta influiscono

significativamente sia negli uomini che nelle donne sulla qualità di vita percepita; sia negli uomini che nelle donne infatti, si riscontra una riduzione della qualità di vita emozionale, mente/corpo, relazionale e sociale (FQ Emotional Maschi OR =.38 CI =.27-.91 Femmine OR =.28 CI =.17-.71 FQ Mind-Body Maschi OR =.61 CI =.32-.88 Femmine OR =.53 CI =.26-.81 FQ Relational Maschi OR =.64 CI =.21-.85 Femmine OR =.42 CI =.21-.76 FQ Social Maschi OR =.61 CI =.55-.84 Femmine OR =.44 CI =.11-.72).

Per quanto riguarda gli effetti sull'ambiente medico e sulla tollerabilità dei trattamenti è emerso che la i problemi familiari associati alla diagnosi sconosciuta riducono la qualità di vita percepita connessa all'ambiente medico solo nelle donne (OR =.52 CI =.26-.91), mentre riducono la percezione della tollerabilità dei trattamenti medici in entrambi i sessi (Maschi OR =.54 CI =.35-.89 Femmine OR =.29 CI =.12-.75).

Analizzando invece gli effetti dei problemi familiari associati alla diagnosi sulla salute psicologica e sull'adattamento diadico (tab.8) è emerso che i problemi familiari associati alla diagnosi maschile non hanno effetti significativi né sull'ansia di stato, né sulla depressione, né sull'adattamento diadico.

Tabella 8. Effetti combinati dei problemi familiari con i diversi tipi di diagnosi sull'ansia di stato, depressione e adattamento diadico.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Ansia di stato				
Problemi familiari x diagnosi maschile	1.88	.71-3.72	1.24	.84-2.06
Problemi familiari x diagnosi femminile	1.52	.61-3.16	1.97**	1.32-4.63
Problemi familiari x diagnosi mista	2.16	.54-3.12	3.06	.84-4.25
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	2.34*	1.63-4.88	3.41*	1.72-5.91
Depressione				
Problemi familiari x diagnosi maschile	1.89	.41-2.72	1.56	.71-2.06
Problemi familiari x diagnosi femminile	1.53	.51-2.16	1.90*	1.22-5.12
Problemi familiari x diagnosi mista	2.16	.54-3.12	3.06	.84-4.25
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	2.42*	1.78-5.16	3.48*	1.29-6.13
Das tot.				
Problemi familiari x diagnosi maschile	.83	.41-2.72	.92	.51-2.03
Problemi familiari x diagnosi femminile	.53	.22-1.67	.38*	.17-.83
Problemi familiari x diagnosi mista	.66	.44-3.12	.46	.31-2.25
Problemi familiari x diagnosi sconosciuta	.64**	.36-.91	.41**	.25-.82

** p <0.001

I problemi familiari, associati alla diagnosi femminile risultano invece avere effetti significativi sulla salute psicologica e sull'adattamento diadico solo nelle donne. Nel dettaglio aumentano i livelli di ansia di stato e di depressione (Ansia di stato 1.97 CI =1.32-4.63 Depressione Femmine OR =1.90 CI =1.22-5.12) e si riduce la percezione di adattamento diadico (OR =.38 CI =.17-.83).

Osservando gli effetti dei problemi familiari associati alla diagnosi mista, non sono emersi risultati significativi né sulla salute psicologica, né sull'adattamento diadico in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda invece, gli effetti dei problemi familiari associati alla diagnosi sconosciuta, è emerso un significativo aumento nei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR =2.34 CI =1.63-4.88 Femmine OR =3.41 CI =1.72-5.91 Depressione Maschi OR =2.42 CI =1.78-5.16

Femmine OR =3.48 CI =1.29-6.13) e riduce i livelli di adattamento diadico percepiti in entrambi i sessi (Maschi OR =.64 CI =.38-.91 Femmine OR =.41 CI =.25-.82).

Prendendo in considerazione l'analisi degli effetti combinati delle malattie infantili associate al tipo di diagnosi (tab.9), si è rilevato che le malattie infantili combinate al tipo di diagnosi maschile si associa ad una riduzione della qualità di vita emozionale, sociale, l'ambiente medico e la tollerabilità dei trattamenti solo negli uomini (FQ Emotional OR =.51 CI =.31-.78 FQ Social OR =.61 CI =.40-.85 FQ Environment OR =.52 CI =.31-.85 FQ Tolerability OR =.53 CI =.42-.74); nessun risultato significativo è emerso per quanto riguarda la qualità di vita mente/corpo, relazionale e sociale.

Tabella 9. Effetti combinati delle Malattie infantili con i diversi tipi di diagnosi sulla Qualità di vita

FQ Emotional	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Malattie infantili x diagnosi maschile	.51*	.31-.78	.75	.51-2.92
Malattie infantili x diagnosi femminile	.73	.52-1.73	.52	.32-2.43
Malattie infantili x diagnosi mista	.62	.33-2.51	.42	.30-1.79
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.45*	.23-.86	.27**	.13-.75
FQ Mind-Body				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.51	.28-2.85	.64	.47-1.89
Malattie infantili x diagnosi femminile	.55	.33-2.76	.42	.33-2.22
Malattie infantili x diagnosi mista	.48*	.29-.78	.36*	.21-.73
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.71**	.30-.96	.51**	.24-.87
FQ Relational				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.47	.29-2.17	.57	.36-2.31
Malattie infantili x diagnosi femminile	.61	.21-2.39	.43	.24-1.85
Malattie infantili x diagnosi mista	.80	.28-2.96	.72	.35-1.58
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.61*	.29-.83	.44**	.24-.78
FQ Social				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.61*	.40-.85	.70	.39-1.93
Malattie infantili x diagnosi femminile	.52	.43-2.79	.36	.28-2.18
Malattie infantili x diagnosi mista	.48	.31-2.64	.33	.20-2.56
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.58*	.43-.84	.44**	.16-.75
FQ Environment				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.52*	.31-.85	.69	.41-2.52
Malattie infantili x diagnosi femminile	.59	.33-1.88	.38*	.15-.89
Malattie infantili x diagnosi mista	.72	.41-2.82	.47	.30-2.49
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.62*	.31-.84	.51**	.23-.81
FQ Tolerability				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.53*	.42-.74	.94	.73-2.12
Malattie infantili x diagnosi femminile	.57	.41-2.45	.44*	.29-.78
Malattie infantili x diagnosi mista	.42	.22-2.84	.37	.17-2.57
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.56**	.32-.88	.28**	.15-.78

** p <0.001

Osservando l'analisi degli effetti delle malattie infantili combinate alla diagnosi femminile sono emersi significativi profili di associazione con la qualità di vita legata all'ambiente medico ed alla tollerabilità dei trattamenti (FQ Environment OR =.38 CI =.15-.89 FQ Tolerability OR =.44 CI =.29-.78), non sono emersi risultati significativi con le altre sottoscale della qualità di vita. Dall'analisi degli effetti delle malattie infantili combinate alla diagnosi mista si rilevano associazioni significative sulla qualità di vita percepita legata alla sfera mente/corpo sia negli uomini che nelle donne (Maschi OR =.48 CI =.29-.78 Femmine OR =.36 CI =.21-.73), nessun'altra associazione significativa è emersa con le rimanenti sottoscale connesse alle qualità di vita.

Prendendo in considerazione l'analisi degli effetti delle malattie infantili combinate alla diagnosi sconosciuta, i risultati rivelano profili di associazione significativi per tutte le singole sottoscale correlate alla qualità di vita sia negli uomini che nelle donne; nello specifico si evidenziano associazioni con una riduzione della qualità di vita emozionale, mente/corpo, relazionale e sociale (FQ Emotional Maschi OR =.45 CI =.23-.86 Femmine OR =.27 CI =.13-.75 FQ Mind-Body Maschi OR =.71 CI =.30-.96 Femmine OR =.51 CI =.24-.87 FQ Relational Maschi OR =.61 CI =.29-.83 Femmine OR =.44 CI =.24-.78 FQ Social Maschi OR =.58 CI =.43-.84 Femmine OR =.44 CI =.16-.75). si evidenzia inoltre anche una significativa riduzione della qualità di vita legata all'ambiente medico e della tollerabilità dei trattamenti in entrambi i sessi (Maschi FQ Environment OR =.62 CI =.31-.84 FQ Tolerability OR =.51 CI =.23-.81 Femmine FQ Environment OR =.56 CI =.32-.88 FQ Tolerability OR =.28 CI =.15-.78).

Facendo riferimento agli effetti delle malattie infantili combinate con il tipo di diagnosi si sono evidenziati diversi profili di associazione con la salute psicologica e l'adattamento diadico (tab.10).

Tabella 10. Effetti combinati delle malattie infantili con i diversi tipi di diagnosi su Ansia di stato, Depressione e Adattamento diadico.

Ansia di stato	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Malattie infantili x diagnosi maschile	1.63	.79-3.21	1.21	.82-2.63
Malattie infantili x diagnosi femminile	1.22	.66-3.24	1.83**	1.21-5.32
Malattie infantili x diagnosi mista	2.02	.44-3.27	3.62	.81-4.11
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	2.02*	1.33-4.54	3.15*	1.81-5.93
Depressione				
Malattie infantili x diagnosi maschile	2.72*	1.49-3.88	1.62	.66-2.03
Malattie infantili x diagnosi femminile	1.33	.57-2.62	1.98*	1.31-4.37
Malattie infantili x diagnosi mista	2.05	.59-3.24	3.65	.81-4.52
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	2.49*	1.61-4.93	3.33*	1.82-6.92
Das tot.				
Malattie infantili x diagnosi maschile	.81	.40-2.67	.69	.53-2.12
Malattie infantili x diagnosi femminile	.67	.29-1.63	.37	.20-2.24
Malattie infantili x diagnosi mista	.69	.42-2.26	.44	.28-3.56
Malattie infantili x diagnosi sconosciuta	.63**	.32-.88	.40**	.19-.79

** p <0.001

Nello specifico, le malattie infantili, combinate al tipo di diagnosi maschile risultano associate ad un incremento dei livelli di depressione solo nell'uomo (OR =2.72 CI =1.49-3.88), non emergono ulteriori profili di associazione significativi.

Per quanto concerne la malattie infantili, combinate alla diagnosi femminile, si riscontra un aumento dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione solo nelle pazienti donne (Ansia di stato OR =1.83 CI =1.21-5.32 Depressione OR =1.98 CI =1.31-4.37), non emergono associazioni significative con l'adattamento diadico.

Osservando gli effetti delle malattie infantili combinate alla diagnosi mista nessun profilo di associazione significativo emerge né per quanto riguarda la salute psicologica, né per l'adattamento diadico.

Per quanto riguarda gli effetti delle malattie infantili combinate alla diagnosi sconosciuta, i risultati mostrano una significativa associazione con un incremento nei livelli di ansia di stato e di depressione percepiti sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR =2.02 CI =1.33-4.54 Femmine OR =3.15 CI =1.81-5.93 Depressione

Maschi OR =2.49 CI =1.61-4.93 Femmine OR =3.33 CI =1.82-6.92); emergono inoltre associazioni significative in entrambi i sessi con la riduzione dell'adattamento diadico percepito sessi (Maschi OR =.63 CI =.32-.88 Femmine OR =.40 CI =.19-.79).

Prendendo in considerazione l'analisi degli effetti delle difficoltà di gravidanza combinate al tipo di diagnosi, sono emersi significativi profili di associazione, analizzando gli effetti delle difficoltà di gravidanza combinate alla diagnosi maschile, sono emersi risultati significativi con tutte le sottoscale della qualità di vita (tab. 11), prese in esame solo negli uomini (FQ Emotional OR =.32 CI =.11-.67 FQ Mind-Body OR =.44 CI =.23-.81 FQ Relational OR =.41 CI =.24-.97 FQ Social OR =.56 CI =.34-.86 FQ Environment OR =.55 CI =.33-.88 FQ Tolerability OR =.53 CI =.32-.89). Considerando gli effetti delle difficoltà di gravidanza combinate alla diagnosi femminile sono emersi risultati significativi con tutte le sottoscale della qualità di vita prese in esame solo nelle donne (FQ Emotional OR =.59 CI =.27-.82 FQ Mind-Body OR =.40 CI =.25-.85 FQ Relational OR =.41 CI =.22-.86 FQ Social OR =.35 CI =.22-.83 FQ Environment OR =.35 CI =.18-.86 FQ Tolerability OR =.40 CI =.28-.79).

Tabella 11. Effetti combinati delle Difficoltà di gravidanza con diversi tipi di diagnosi sulla qualità di vita.

FQ Emotional	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.32*	.11-.67	.84	.46-2.34
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.71	.50-1.84	.59**	.27-.82
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.75*	.39-.94	.46*	.33-.85
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.51*	.26-.88	.29**	.12-.77
FQ Mind-Body				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.44*	.23-.81	.62	.41-2.45
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.58	.39-2.62	.40*	.25-.85
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.38*	.22-.79	.32*	.20-.71
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.64**	.33-.88	.25**	.11-.83
FQ Relational				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.41*	.24-.97	.59	.38-2.74
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.65	.27-2.93	.41*	.22-.86
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.86	.38-2.91	.70*	.32-.94
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.56*	.28-.87	.41**	.23-.79
FQ Social				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.56*	.34-.86	.76	.38-1.94
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.57	.41-2.96	.35**	.22-.83
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.48	.35-2.46	.37	.21-1.53
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.59*	.42-.86	.41**	.26-.81
FQ Environment				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.55*	.33-.88	.73	.42-2.26
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.69	.35-2.94	.35*	.18-.86
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.74*	.43-.96	.43*	.31-.87
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.61*	.35-.88	.50**	.22-.85
FQ Tolerability				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.53*	.32-.89	.67	.41-2.78
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.59	.41-2.56	.40*	.28-.79
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.41*	.27-.87	.36*	.22-.82
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.53**	.31-.85	.25**	.11-.79

* p <0.001

Dall'analisi degli effetti delle difficoltà di gravidanza combinate alla diagnosi mista è emersa una significativa associazione con una riduzione della qualità di vita percepita emozionale, mente/corpo dell'ambiente medico e della tollerabilità dei trattamenti sia negli uomini che nelle donne (FQ Emotional Maschi OR =.75 CI =.39-.94 Femmine OR =.46 CI =.33-.85 FQ Mind-Body Maschi OR =.38 CI =.22-.79 Femmine OR =.32 CI =.20-.71 FQ Environment Maschi OR =.74 CI =.43-.96 Femmine OR =.43 CI =.31-.87 FQ Tolerability Maschi OR =.41 CI =.27-.87 Femmine OR =.36 CI =.22-.82) e ad una riduzione della qualità di vita relazionale solo nelle donne (OR =.70 CI =.32-.94). Non sono emersi significativi profili di associazione con la qualità di vita percepita legata alla sfera sociale. Facendo riferimento alle difficoltà di gravidanza combinate alla diagnosi sconosciuta sono emersi significativi profili di associazione con tutte le singole sottoscale della qualità di vita prese in esame sia negli uomini che nelle donne (FQ Emotional Maschi OR =.51 CI =.26-.88 Femmine OR =.29 CI =.12-.77 FQ Mind-Body Maschi OR =.64 CI =.33-.88 Femmine OR =.25 CI =.11-.83 FQ Relational Maschi OR =.56 CI =.28-.87 Femmine OR =.41 CI =.23-.79 FQ Social Maschi OR =.59 CI =.42-.86 Femmine OR =.41 CI =.26-.81). si evidenzia inoltre anche una significativa riduzione della qualità di vita legata all'ambiente medico e della tollerabilità dei trattamenti in entrambi i sessi (Maschi FQ Environment OR =.61 CI =.35-.88 Femmine OR =.50 CI =.22-.85 FQ Tolerability Maschi OR =.53 CI =.31-.85 Femmine OR =.25 CI =.11-.79).

Prendendo in considerazione l'analisi degli effetti delle difficoltà di gravidanza combinate al tipo di diagnosi si può rilevare che, le difficoltà di gravidanza combinate alla diagnosi maschile si associa ad un aumento significativo dei livelli percepiti di ansia di stato e di depressione (tab.12) solo negli uomini (Ansia di stato OR =1.67 CI =1.09-5.22 Depressione OR =2.94 CI =1.34-4.83) e ad una riduzione dell'adattamento diadico sempre negli uomini infertili (OR =.75 CI =.39-.97).

Tabella 12. Effetti combinati delle difficoltà di gravidanza con i diversi tipi di diagnosi sull' ansia di stato, depressione ed adattamento diadico.

	Maschi		Femmine	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Ansia di stato				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	1.67**	1.09-5.22	1.28	.85-3.34
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	1.24	.68-3.46	2.89**	1.41-5.39
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	3.12*	1.74-4.73	3.89*	1.94-5.61
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	4.08*	2.63-7.59	5.04*	2.98-8.92
Depressione				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	2.94*	1.34-4.83	1.62	.85-2.03
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	1.31	.59-2.54	2.97*	1.38-4.76
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	2.11	.63-3.43	2.51**	1.81-3.58
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	2.86**	1.74-4.33	3.22**	1.89-8.23
Das tot.				
Difficoltà gravidanza x diagnosi maschile	.75**	.39-.97	.87	.51-2.24
Difficoltà gravidanza x diagnosi femminile	.65	.28-1.67	.34*	.19-.86
Difficoltà gravidanza x diagnosi mista	.55	.34-2.68	.48*	.32-.91
Difficoltà gravidanza x diagnosi sconosciuta	.65**	.34-.97	.35**	.17-.82

** p <0.001

Osservando gli effetti delle difficoltà di gravidanza combinati alla diagnosi femminile è emerso un incremento dei livelli di ansia di stato e di depressione sono nelle donne (Ansia di stato OR =2.89 CI =1.41-5.39 Depressione OR =2.97 CI =1.38-4.76) e ad una riduzione dell'adattamento diadico sempre nelle donne infertili (OR =.34 CI =.19-.86).

Per quanto riguarda l'analisi degli effetti delle difficoltà di gravidanza combinati alla diagnosi mista è possibile notare un aumento dei livelli di ansia di stato sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR =3.12 CI =1.74-4.73 Femmine OR =3.89 CI =1.94-5.61), un incremento dei livelli depressivi sono nelle donne (OR =2.51 CI =1.81-3.58), e una riduzione dei livelli di adattamento diadico sempre solo nelle donne (OR =.48 CI =.32-.91).

Per quanto concerne infine l'analisi degli effetti delle difficoltà di gravidanza combinati alla diagnosi sconosciuta si evidenzia un incremento dei livelli percepiti di ansia di stato e

di depressione sia negli uomini che nelle donne (Ansia di stato Maschi OR =4.08 CI =2.63-7.59 Femmine OR =5.04 CI =2.98-8.92 Depressione Maschi OR =2.86 CI =1.74-4.33 Femmine OR =3.22 CI =1.89-8.23); e una riduzione dei livelli di adattamento diadico in entrambi i sessi (Maschi OR =.65 CI =.34-.97 Femmine OR =.35 CI =.17-.82).

Situazione familiare dei pazienti infertili

Il questionario sugli eventi stressanti che hanno caratterizzato le famiglie dei pazienti infertili e dei soggetti stessi mi ha fornito una serie di informazioni estremamente interessanti e numerosi spunti di riflessione volti a comprendere in una prospettiva a trecentosessanta gradi il problema dell'infertilità. Le coppie che hanno partecipato a questo studio hanno mostrato la presenza di problemi familiari, malattie infantili e difficoltà di gravidanza evidenziando interessanti differenze sia rispetto al genere che rispetto al differente tipo di diagnosi.

Rimandando ai dati riportati dettagliatamente qui sotto, è emersa una presenza molto significativa di difficoltà di gravidanza (aborti spontanei, nascite premature, bambini disabili ,interruzioni volontarie, infertilità, bambini indesiderati e nascita feti morti) nel 63% degli uomini e nel 79% delle donne presi in considerazione nella presente ricerca.

Ci sono o ci sono state presso di lei, i suoi genitori, i suoi fratelli o sorelle, o parenti prossimi episodi quali, ad esempio, invalidità fisiche, malattie cardiache, casi di morte, problemi finanziari, forte consumo d'alcool, litigi frequenti, depressione, violenza sessuale, maltrattamenti, separazioni, disoccupazione o qualcosa di simile che è o è stato gravoso per lei?

SI	62 %
NO	38 %

Maschi	si 69 %
	no 31 %

Femmine	si 73 %
	no 27 %

Si ricorda di alcune problemi o malattie infantili (ad esempio, incidenti, operazioni, soggiorni in ospedale, enuresi, sentimenti di colpa, paure frequenti, difficoltà scolastiche) e quanto siano state gravosi per lei?

SI	44 %
NO	56 %

Maschi	si 58 %
	no 42 %

Femmine	si 73 %
	no 27 %

Ci sono state nella sua famiglia difficoltà con la gravidanza o alla nascita (desiderio di maternità non realizzato, bambini disabili, aborti spontanei/Nascita di feti morti, interruzioni volontarie di gravidanza, nascite premature, complicazioni alla nascita, bambini indesiderati) e sono state per lei gravose?

SI	76 %
NO	24 %

Maschi	si 63 %
	no 37 %

Femmine	si 79 %
	no 21 %

V.10 Discussione

Dall'analisi dei risultati emersi da questa ricerca, è emerso che le donne vivono l'infertilità percependo una minore qualità di vita e un minor adattamento diadico rispetto agli uomini, esse percepiscono inoltre livelli di ansia di stato e di depressione in misura significativamente maggiore rispetto agli uomini.

Questi dati sono in linea con numerosi studi che hanno evidenziato l'impatto della diagnosi di infertilità sulla qualità di vita, la soddisfazione di coppia e le asalute psicologica delle donne (Chen et al., 2004; Ramezanzadeh et al., 2004; Shindel et al., 2008).

Per quanto riguarda le difficoltà di gravidanza riscontrate nelle famiglie di origine, la loro presenza risulta essere associata ad una minore qualità di vita percepita e ad un minor adattamento diadico, al contempo anche ad un incremento di ansia di stato e di depressione in entrambi i sessi.

La diagnosi femminile risulta essere associata a valori significativamente più bassi di adattamento diadico e di qualità di vita percepita solo nelle donne, mentre la diagnosi maschile è associata agli stessi risultati ma in entrambi i sessi.

Anche se sia le donne che gli uomini risultano essere fortemente colpiti dalla diagnosi di infertilità, la loro risposta emotiva è influenzata in modo significativo da una diagnosi specifica di genere. La risposta degli uomini al problema dell'infertilità si avvicina strettamente a quella delle donne se l'infertilità è stata attribuita a un fattore maschile, ma si differenzia notevolmente in presenza di un fattore femminile. Di contro invece, le donne risultano essere significativamente affette dalla diagnosi di infertilità anche se l'infertilità è stata attribuita a un fattore maschile (Nachtigall et al., 1992).

La diagnosi mista e quella sconosciuta risultano essere associate ad un significativo calo della qualità di vita e dell'adattamento diadico percepito in entrambi i sessi (Lee et al., 2001; Lykeridou et al., 2009).

Per quanto riguarda invece gli effetti dei problemi familiari, delle malattie infantili e delle difficoltà di gravidanza combinate ai differenti tipi di diagnosi è emerso che le difficoltà di gravidanza nella famiglia di origine, risultano avere combinate alle differenti diagnosi un impatto molto più forte sulla qualità di vita, sull'adattamento diadico e sulla

salute psicologica dei problemi familiari e delle malattie infantili sia negli uomini che nelle donne (Wischmann et al., 2001).

In una determinata famiglia è sui nonni o sugli antenati, al di là dei genitori reali, che è proiettata l'origine onnipotente.

Il mito familiare esprime delle convinzioni condivise che riguardano contemporaneamente i membri della famiglia e le loro relazioni. Tale mito prescrive i ruoli e le attribuzioni dei membri nelle loro transazioni reciproche. Sebbene possano essere falsi e illusori, questi ruoli e attribuzioni sono accettati da ciascuno come qualcosa di sacro, da non poter contestare.

Maria Selvini Palazzoli (1996) propone la teoria sistemica, una teoria della famiglia intesa come un sistema omeostatico in cui gli individui sono coinvolti in legami che vanno al di là di loro stessi. E propone il termine di "Hybris", considerandolo una caratteristica riscontrata molto frequentemente, cioè "l'arroganza, la tensione simmetrica, la superpotenza, esasperate al punto di non arrendersi nemmeno all'evidenza della morte". Si può quindi affermare che il legame di filiazione narcisistica veicola una grande quantità di energia, che si oppone in caso di psicosi ai tentativi di modifica terapeutica in quanto è vissuta essa stessa come mezzo per la migliore terapia, ossia come mezzo per un'autoterapia. La rigidità del legame varia a seconda della struttura patologica presente, ma questa energia immaginaria è trasmessa seguendo una direzione che va dalla causa all'effetto e che è in un certo qual modo anticibernetica.

In un certo numero di pazienti si è riscontrato che talvolta in due generazioni diverse, si rilevano episodi in cui si è verificata la morte di un bambino. Accade cioè che la morte di un bambino nella prima generazione, è vissuta dal soggetto come conseguenza di un desiderio di morte di quel bambino, e questo fantasma, trasmesso alla generazione successiva, viene riattivato dal ripetersi della morte di un altro bambino.

Questa morte reale di un bambino in effetti può riprodurre nella realtà i fantasmi relativi a un bambino morto che Rosolato ha descritto nell'asse narcisistico delle depressioni. Nel suo volume Rosolato descrive una serie di pensieri e di costruzioni che consentono al bambino di preservare i suoi investimenti narcisistici in relazione a un legame mortifero con la madre. Ne deriva che i sentimenti di depressione devono essere compresi in quanto aventi come secondo obiettivo la riproduzione dell'immagine del

bambino morto. In ogni caso si rileva spesso che sono abbastanza frequenti situazioni che possono definirsi "coincidenze" morte-nascita. [pagina 86/87 i casi di Corinne e di Ottavio] E' tra l'altro interessante l'iperinvestimento delle coincidenze da parte di molti di questi pazienti, soprattutto da quelli affetti da depressione e da disturbi psicosomatici.

La coincidenza morte-nascita deve essere approfondita anche dal punto di vista delle ricerche effettuate da Maria Torok e Nicolas Abraham. Quest'ultimo scrisse a Freud di avere l'impressione che un gran numero di persone che aveva subito un periodo di lutto, poco dopo subivano un aumento della libido. E tale aumento si manifestava in un bisogno sessuale che sembrava condurre, dopo un decesso, al concepimento di un bambino. E si è notato che questi individui ammettevano tale desiderio con molta vergogna, imbarazzo ed esitazione. Per spiegare ciò ci dobbiamo rifare al concetto di relazione tra il legame di filiazione e i meccanismi di introiezione, di identificazione e di incorporazione. La perdita dell'oggetto d'amore infatti può bloccare il meccanismo di introiezione, per cui in cambio del piacere perduto e della mancata introiezione si realizzerà l'installazione di un oggetto proibito dentro di sé. Questo meccanismo di incorporazione culmina nel lutto maniacale per recuperare l'oggetto di piacere. Infine c'è da dire che ricerche sui bambini che prendono il posto di un bambino morto hanno evidenziato che la rimozione o la negazione della spinta pulsionale tendono a fissare il bambino morto non solo nell'inconscio dei genitori ma anche nell'inconscio del bambino; da ciò deriva il rischio che si sviluppi in lui una inclusione mortifera, un "fantasma del cadavere". Anche il suicidio negli ascendenti e nei discendenti può essere considerato come un evento che svolge una funzione di rinforzo nei confronti dell'organizzazione narcistica del legame di filiazione con tutte le conseguenze che ne derivano.

M. Debout ha studiato il sistema di filiazione dei suicidi ed ha affermato che in numerosi casi per l'adolescente suicidarsi significa cambiare filiazione. Il suicida può in effetti, in questa occasione farsi adottare da un'equipe curante, o dalla propria famiglia e iscriversi in una nuova catena di generazioni dando origine a un reinvestimento libidico dell'esistenza. Ma in altri casi il suicidio non è altro che la realizzazione perfetta della coincidenza morte-nascita, in uno stesso atto, e ciò è vero soprattutto nei tentativi di suicidio ripetuti.

E' possibile infine che il verificarsi di suicidi negli antecedenti venga nascosto e funzioni come un non-detto all'interno della famiglia, favorendo una sorta di legame telepatico. Tali fenomeni di trasmissione di pensieri morbosi possono essere interpretati come una riemersione di modalità proprie della relazione madre-bambino, in cui tutto si svolge come se la madre indovinasse i pensieri del figlio e fosse reciprocamente un sistema protettivo che evita e allo stesso tempo preesiste rispetto al linguaggio.

I pensieri, qualunque siano i dettagli dello scenario del non-detto, funzionano gli uni con gli altri come un sistema di relazione d'oggetto narcisistica all'interno di un mondo di corrispondenze. Per Rosolato nelle psicosi il non-detto assume un valore enigmatico perché c'è un'ignoranza reale che riguarda un tema fondamentale. Tale ignoranza è alla base dell'attività delirante quando essa si manifesta. Clinicamente essa va dalla semplice assenza di curiosità ,fino a un vero e proprio vuoto nel discorso.

Ma questo non-detto dovuto a ignoranza bisogna confrontarlo con un'altra costante osservata nel paziente psicotico : la frequenza di un altro non-detto sotto forma di segreto riguardante i genitori e principalmente la madre. E questo segreto verterà su difficoltà vissute, su slealtà inconfessabili.

Le particolarità del funzionamento psichico di questi pazienti, che evidenziano una predominanza del legame di filiazione narcisistica, sono probabilmente in rapporto con questo sistema telepatico.

In conclusione tutto accade come se ,in assenza dei limiti dell'Io, l'inconscio del paziente si estendesse al di là dei limiti tra le generazioni, favorendo continue sovrapposizioni tra persone e seguendo un vettore all'interno del quale il tempo può scorrere in entrambi i sensi.

Esiste una filiazione originaria che è quella del corpo della madre al corpo del bambino. Questo binomio fondamentale configura un legame metonimico di prossimità: essa è allo stesso tempo la relazione da una parte del corpo all'altra. Quando si parla di filiazione di sangue si fa riferimento a ciò che è veicolato dalla parola "sangue" ,cioè a qualcosa che è istituito a livello del linguaggio di un dato gruppo. Affrontando lo studio dei rapporti di sangue da corpo a corpo malefico e del legame genetico ,possiamo prendere il caso della psicosi maniaco-depressiva di cui si esplora appunto la trasmissione genetica.

La comparsa di una malattia trasmessa geneticamente a livello del fenotipo può svolgere la funzione di condizione precipitante alla stregua di un lutto o di un trattamento con reserpini o corticoidi. La determinazione genetica e biologica funziona come un doppio del legame immaginario di filiazione e la comparsa di una particolarità clinica è vissuta come il trasferimento nella realtà di un fantasma individuale o familiare, come una determinazione magica. Essa può anche rappresentare un modo di manifestare la propria lealtà verso un determinato ascendente.

Le ricerche di Szondi illustrano un'evoluzione che si è verificata tra genetica e filiazione. Egli è partito da una concezione biologica dei fattori psicologici dell'ereditarietà, parlando di geni che possono essere o dominanti, e in questo caso la malattia compare nel fenotipo, o recessivi, e determinano invece nel fenotipo delle sequenze di comportamenti che organizzano il destino dell'individuo. Tra queste sequenze ci sono le scelte essenziali che determinano il destino dell'individuo, la scelta della malattia e della morte, la scelta del mestiere, la scelta del compagno. Partendo da questa base biologica, Szondi ha sviluppato tutta una teoria psicologica del destino e della dinamicità delle scelte. Questo per far capire come a partire da constatazioni biologiche si possa sviluppare un mito per costituirsi poco a poco, come teoria coerente e utilizzabile in ambito clinico. Ritroviamo nel mito scientifico una rappresentazione del legame di filiazione per contiguità, ossia come legame materno o da corpo a corpo; da ciò si distingue la rappresentazione del legame di filiazione come legame paterno, istituito, radicato essenzialmente nell'organizzazione sociale della famiglia.

Nella pratica clinica emergono, frequentemente associate, due configurazioni : la "sindrome dell'imbuto" e del "troppo ricevuto".

La "sindrome dell'imbuto" è stata chiamata così a seguito di una riflessione di un paziente che a proposito della sua genealogia, affermava di sentirsi al fondo di un imbuto. Si tratta della situazione in cui qualcuno si trova ad essere l'unico della sua generazione a trasmettere a eventuali discendenti quanto ha ricevuto dai suoi predecessori. In questi casi quindi c'è una concentrazione su un solo individuo dell'onnipotenza proveniente dall'antenato immaginario, ossia dal mito familiare. Tale situazione comporta però anche la possibilità di opporre un'onnipotenza a un'altra onnipotenza, ad esempio non avendo figli.

La sindrome del "troppo ricevuto" corrisponde quasi all'inverso della sindrome precedente. A causa della situazione dell'albero genealogico il debito è sentito come troppo importante e non ci si può riconoscere se non nella malattia e nella psicosi che è un modo di essere "figlia nata dalla testa" del padre immaginario, e ha anche valore di dispiegamento di energia simmetrica contro il peso dei predecessori.

In entrambi le sindromi si verifica dunque uno spostamento energetico importante in quanto esso poggia in ogni costruzione sulle modalità della filiazione narcisistica.

Concludendo, nuovi spunti di riflessione possono nascere da questo studio, le famiglie nel corso della loro vita si confrontano con tanti tipi di eventi (a volte con più eventi contemporaneamente), il significato o meglio la criticità che all'evento viene attribuita è data nella misura in cui viene percepita tale. L'intensità e la portata, sono in funzione del significato che ad esso viene attribuito che a sua volta, dipende dai valori di riferimento, dal contesto in cui è inserita ecc. La definizione che la famiglia dà all'evento è un'importante predittore della modalità con cui la stessa farà fronte all'evento. Eventi che culturalmente non sono valutati come particolarmente problematici, possono diventarli per alcuni tipi di famiglia. I processi di definizione stabiliscono l'ampiezza e l'intensità della crisi e contemporaneamente, regolano le strategie adattive. In conclusione l'evento critico rende inadeguate le modalità abituali di funzionamento, implica una perdita, crea disorganizzazione, rappresenta il dinamismo, pone compiti di sviluppo, ha caratteristiche di rischio/opportunità, esita in una trasformazione.

Bibliografia

A.A. (2009). Atti 2° Congresso Nazionale della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Torino 1-3 Dicembre 2009.

Abraham, N., Torok M. (1987), *L'ècorce et le noyau*, Flammarion, Paris (trad. It, *La scorza e il nocciolo*, Borla, Roma, 1993).

Agostini, R., Patella, A., Primiero, F., Castagnino, F., *The endocrine profile in male sterility due to stress*, in Carenza L., Zichella L., *Emotion in Reproduction*, Academic Press, London, 1979, 283-288.

Amelar, R.D., Dubin, L., Walsh, P.C., *Male infertility*, WB Saunders Co, Philadelphia, 1977.

Amirkhan, J.H., (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.

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*

Atala, K.D., & Carter, B.D. (1993). Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.

Aulagnier, P., (1975), *La violenza dell'interpretazione*, Borla, Roma, 1994.

Badr, H., Carmack, C.L., Kashy, D.A., Cristofanilli, M., Revenson, T.A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29, 169-180.

Balestri, L., Orefice, S. & Pandolfi, A. M. (1996). Il processo diagnostico. In F. Del Corno & M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica – vol. II: La relazione con il paziente, II ed.* Milano: Franco Angeli.

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.

Beasley, M., Thompson, Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

Bell, S., Psychological problems among patients attending an infertility clinic, *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 1981,1-3.

Ben-Zur, H., Zeidner, M. (1995). Coping patterns and affective reactions under community crisis and daily routine conditions. *Anxiety, Stress, and coping: An International Journal*, 8, 185-201.

Benvenuti, P, Ferrara, M, Niccolai, C, Valoriani, V, Cox, JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders* 1999;137-141.

Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of behavioral medicine*, 14(1), 11-26.

Bibring, G. L. (1959): Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child* 14 113-121.

Bibring, G. L. (1961): A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child* 16, 9-13.

Bion, W.R. (1962a). A theory of thinking, *International Journal of Psycho-Analysis*, 43.
In Bion

Bodenmann, G., Atkins D.C., Schar M., Poffet V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, 24, 271-279.

Boivin, J., and Lancaster, D. (2010)"Medical waiting periods: imminence, emotions and coping." *Women's Health* 6.1: 59-69.

Boivin, J., Takefman, J., Braverman, A. (2011a). Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. *Human Reproduction*, 26(8), 2084–2091. doi: 10.1093/humrep/der171

Bolger, N., De Longis, A., Kessler, R.C., Wethington, E. (1989). The contagion of stress across multiple roles. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 175-183.

Boyarsky, R., Boyarsky, S., Psychogenic factors in male infertility: a review, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 17, 1983, 86h-86q.

Brandes, M, van der Steen, J.O.M., Bokdam, S.B., Hamilton, C.J.C.M., de Bruin, J.P., Nelen ,W.L.D.M., Kremer, J.A.M. (2009) When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction* 24:3127–3134.

Bresnick, E., (1981) A holistic approach to the treatment of the crisis of infertility. *Journal of Marital and Family therapy*, 181-188.

Bruner, J.S., Ross, G., Wood, D.(1976) The role of tutoring in problem solving, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 17, Pergamon Press.

Burnett, J.A. and Panchal K. (2008) "Incorporating ideological context in counseling couples experiencing infertility: Strength-based approaches." *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*. 47, 187-199.

Bydlowski, M. (1997): *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Urbino: Quattroventi, 2000

Carani, C., Manara, F., Marrana, P., (1985). *La diagnostica delle disfunzioni sessuali*. Raffaello Cortina, Milano.

Cardinale, A., Turtur, G., (2005), *Antologia della letteratura greca vol.1*, Ferraro.

Carenza, L., Zichella, L., *Emotion and reproduction*, Proceedings 5th Inter. Congress of Psychosomatic in Obstetrics and Gynecology, Academic Press, New York 1979.

Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Carver, C.S., Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66,184-195.

Cecotti, M., (2004). *Procreazione Medicalmente Assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione*. Armando Editore, Roma.

Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D., & Passos, E. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101-110. doi: 10.3109/0167482X.2010.481337

Chelo, E. (1993). *Un bambino come dono. Manuale per la coppia infertile*. Padova: MEB.

Chen, T., Chang, S., Tsai, C., Juang, K. (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic, *Human Reproduction*, (19) 2313-2318

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.

Connolly, K.J., Edelman, R.J., Cooke, I.D., Robson, J., The impact of infertility on psychological functioning, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 5, 1992, 459-468.

Cook, E. P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling & Development*, 65(9), 465-470.

Cooper, C. L., Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 1 1-28.

Costa, P.T., Somerfield, M.R., Mc Crae, R.R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). Oxford, England: Wiley and sons.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

Csemiczky, G., Landgren, B., & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113-118.

D'Arrigo, M. (2008). *Se I bambini non arrivano. L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico*. Liguori Editore, Napoli.

D'Ottavio, G., Simonelli, C., (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Daniluk, J. C., Leader, A., & Taylor, P. J. (1987). Psychological and relationship changes of couples undergoing an infertility investigation: Some implications for counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling*, 15(1), 29-36.

Darchis, E. (2009) *L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini*, In: Zurlo M.C (a cura di) *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli, Milano.

Dayus, D., Rajacich, D., & Carty, L. (2001). Health Promotion for Infertile Couples Through Support Groups. *Guidance & Counselling*, 16(4), 110-114.

Debout, M., Clavairoly, G. (2012), *Le suicide : Un tabou français*, Pascal et Mutualité française.

De Gennaro, L., Balistrieri, S., Lenzi, A., Lombardo, F., Ferrara, M., Gandini, L. (2003). Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic men. *Fertility and Sterility*, 79: 1571-1576.

Del Corno, Lang, 2002. *Modelli di colloquio in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.

Del Corno, Lang, 2002. *La relazione con il paziente. Incontro con il paziente, colloquio clinico, restituzione*. Milano: Franco Angeli.

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.

Deragna, S., Agostini, R., Coghi, I., Montanino, G., Nicotra, M., Ruozi Berretta, L., Sterilità psicosomatica. Ricerca per una ipotesi di struttura di personalità con la metodologia grafologica morettiana, *Minerva Ginecologica*, 46, 1994, 31-40.

Dèttore, D., (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Mc Graw-Hill, Milano.

Deutsch, H. (1945). *The Psychology of women. A Psychoanalytic interpretation*, 2. New York: Grune & Stratton; trad. it. *Psicologia della donna. Studio psicanalitico in due volumi*. Torino: Boringhieri 1991

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.

Edelmann R.J., Connolly K.J., (1986) Psychological aspects of infertility, *British Journal of Medical Psychology*, 59, 209-219.

Edelmann R.J., Humphrey M., Owens D.J., (1994) The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 291-299.

Ellenberger, H. F., (1970), *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*, Basic books.

Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement. In L.G. van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary, W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.

Engel, G. L. (1962). *Psychological development in health and disease*.

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.

Feifel, H., & Strack, S. (1999). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology and aging*, 4, 26-33.

Felsten G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and association with stress and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 289-309.

Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A., (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come «Agire» tra fusione e separazione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *International Journal of social psychiatry*, 50(4), 294-300.

Fincham, F.D., Beach, S.R.H. (2010). Marriage in the new millennium: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 72, 630-649.

Freud, S. (1914). Introduzione al narcisismo. Borlinghieri, Torino, 1975.

Freud, S., (1905). Tre Saggi sulla teoria sessuale. Borlinghieri, Torino, 1993.

Froggio, G., (2000). Bambino mio sognato. Psicologia e psicoterapia della sterilità. San Paolo.

Gable, S.L., Gonzaga, G.C., Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 904-917

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18(6), 652-669.

Gentili, P., Contreas, L., Cassaniti, M., & D'Arista, F. (2002). La Dyadic Adjustment Scale. Una misura dell'adattamento di coppia [The Dyadic Adjustment Scale. A measurement of dyadic adjustment]. *Minerva Psichiatrica*, 43(2), 107-116.

Goldscheider, (ed): Fertility transitions, family structure & population policy, Brown University Studies in Population and Development, Westview Press, Boulder Co., 1-44.

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.

Graziottinm A., *Aspetti psicosessuali nel maschio infertile*, atti del II Corso di Andrologia, Serono, Firenze 1989.

Guyotat, J., Bordarier, V. (1980). *Mort/naissance et filiation: études de psychopathologie sur le lien de filiation*. Masson.

Hagendoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H.N., Tuinstra, J., Coyne, J.C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134, 1-30.

Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395-414.

Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping on children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73–83.

Harrison, R., O'Moore, R.R., O'Moore, A.M., (1986) Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility, *International Journal Fertility*, 31, 153-160.

Hart, V.A.,(2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23:31-41

Hatchett, G.T., Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755-1769.

Holahan, C. J., Moos, R. H. (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualising stress resistance. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 213-238). New York: Plenum.

Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Hubert, W., Hellhammer, D.H., Freischem, C.W., *Psychobiological profiles in infertile man, Journal of Psychosomatic Reserch*, 29, 1985, 161-165.

Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J. C. M., Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J. , Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. D. M. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28(8), 2168-2176.

Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L., (2007), *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin Nuova Libreria.

Imbasciati, A., (2010), *Psicopatologia e sessualità*, Rivista di Psicologia Clinica n.1

Isaksson, R., & Tiitinen, A. (2004). Present concept of unexplained infertility. *Gynecological endocrinology*, 18(5), 278-290.

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 22(4), 341-358.

Kaës, R. (1982). Il sostenimento grupale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo i concetti di individuo e di gruppo. *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo*, 1, 57-73.

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.

Karatas, J. C., Strong, K. A., Barlow-Stewart, K., McMahon, C., Meiser, B., & Roberts, C. (2010). Psychological impact of preimplantation genetic diagnosis: a review of the literature. *Reproductive biomedicine online*, 20(1), 83-91.

Kemmler, L., (1970), *L'anamnesi nella consultazione psicopedagogica*, Giunti Barbera.

Kipper, D.A., Zigler-Shanim Z., Serr, D.M., Insler, V., (1977) Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: a methodological inquiry, *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 353-358.

Klapow, J. C., Slater, M. A., Patterson, T. L., Atkinson, J. H., Weickgenant, A. L., Grant, I., & Garfin, S. R. (1995). Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain*, 62(3), 349-355.

Klonoff-Cohen, Hillary, Loki Natarajan, and Elizabeth Klonoff. (2007)"Validation of a new scale for measuring concerns of women undergoing assisted reproductive technologies (CART)." *Journal of health psychology* 12.2: 352-356.

Knoll, N., Schwarzer, R., Pfüller, B., & Kienle, R. (2009). Transmission of depressive symptoms: a study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *European Psychologist*, 14(1), 7-17.

Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

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, Manuale di Psichiatria e Psicoterapia. Liguori, Napoli, 1991. 14

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., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 237-247.

Lazarus, R. S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus. An analysis of historical and perennial issues*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Pxford 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.

Lee, T-Y, Sun, G-H, Chao, S-C. (2001) The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan, *Human Reproduction* , vol. 16 (pg. 1762-1767)

Leiblum, S. R., Rosen, R. C. (1988). *Sexual desire disorders*. Guilford Press.

Lesthaeghe, R. (1992): “Beyond economic reductionism: the transformation of the reproductive regimes in France and Belgium in the 18th and 19th centuries”, in C.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(3), 223-237.

Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the Cope questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.

Lingiardi, V., (2001). *La personalità e I suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano.

Livi Bacci, M., (1977) *La trasformazione demografica delle società europee*, Loescher.

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life event: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.

Mancarella, M., *Donne del Sud tra produzione e produzione*, in Gelli B. (a cura di) *Voci di donne discorsi sul genere*, Manni, Lecce, 2002

Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping style. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.

Mc Crae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 384-405.

Menning, B.E., *The infertile couple: a plan for advocacy*, *Child Welfare*, 54, 1975, 454-460

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

Menninger, K. A. (1952). *A Manual for Psychiatric Case Study*. New York: Grune and Stratton.

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.

Micioni, G., *Sterilità maschile - Il fantasma dell'altro nel dono dei gameti*, in Atti del XIII congresso della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Modena, 1993, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.

Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An Anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126–130.

Moreira Sda N, Tertulino Fde F, Nogueira Silva CA et al. Psychological aspects in infertile women. *Acta Cir Bras* 2005;20(suppl. 1):152-158.

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.

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.

Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and sterility*, 57(1), 113-121..

- Novaga, M. (1979). *L'anamnesi psicologica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ozkan, M., & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 33(1), 44-46.
- Ozkan, S., Karabulut, A., Oğuz, N., & Sorkun, H. C. (2015). Coping with the Stress of Infertility. Males Versus Females. *The Journal of Reproductive Medicine*, 60(7-8), 339-344
- Pancheri, P. (1993). *Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica* (5° ed.). Milano: Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori.
- Papp, L.M., Witt, N.L. (2010). Romantic partners' individual coping strategies and dyadic coping: Implications for relationship functioning. *Journal of Family Psychology*, 24, 551-559.
- Pasch, L.A, Dunkel-Schetter, C., Christensen, A. (2002) Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*;77:1241-7.
- Pasini, W., Rouge, S., Meylan, J. (1975). Sterilità e infertilità psicosomatiche. In *Sessualità e ginecologia psicosomatica*, W. Pasini (Eds), Padova: Piccin.
- Pedrabissi, L., Santinello, M. (1989). *Nuova versione italiana dello S.T.A.I.-Forma Y [New Italian version of the S.T.A.I.-Form Y]*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Peebles, M. J. (2012). *Beginnings. The art and science of planning psychotherapy, 2nd ed.* New York: Taylor & Francis Group.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility, *Human Reproduction*, 23(5), 1128-1137. doi: 10.1093/humrep/den067

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443-2449.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, *23*(5), 1128-1137.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human reproduction*, *24*(7), 1656-1664.

Pinborg, A., Hougaard, C. O., Nyboe Andersen, A., Molbo, D., & Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, *24*(4), 991-999.

Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *The International journal of psycho-analysis*, *63*, 311.

Platt, J.J., Fischer, I., Silver, M.J., Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies, *Fertility and Sterility*, *24*, 12, 1973, 972-976.

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.

Ptacek, J., Smith, R., Dodge, K. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisal do not differ. *Society for Personality and Social Psychology*, 20, 421-430.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, 4(1), 9.

Ranga, G., Saleh, R. A., & Agarwal, A. (2001). Sexual dysfunction in men undergoing fertility evaluation. *Fertility and Sterility*, 76(3), S28.

Raphael-Leff, J., (2010) The gift of gametes: unconscious motivation and problematics of transcendancy. *Feminist review*, 94, 117-137.

Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8, 186.

Repetti, R.L. (1989). Effects of daily workload on subsequent behavior during marital interaction: The roles of social withdrawal and spouse support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 651-659.

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.

- Righetti, PL & Sette, L (2000) Non c'è due senza tre Ed. Bollati Boringhieri.
- Rosolato, G., (1979) Essais sur le symbolique, Tel Gallimard.
- Roudinesco, E., Bray, B. T. (1997). *Jacques Lacan*. Columbia University Press.
- Ruggieri, V., (2001). L'identità in psicologia e teatro. Analisi psicofisiologica della struttura dell'Io. Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and sterility*, 75(6), 1119-1125.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M, Sorrentino A. M., (1996), I giochi psicotici della famiglia, Raffaello Cortina.
- Santini, A. (1997), La fecondità, in Barbagli, Saraceno (ed.), Lo stato delle famiglie in Italia, Il Mulino, Bologna, 103-112.
- Santini, A., (1988), Natalità e fecondità. In A.Golini et al. Secondo rapporto sulla situazione demografica italiana. Roma IRP, CNR.
- Santona, A., (2003). Trasformazione della coppia nel percorso verso la genitorialità adottiva. *Minori Giustizia*, vol. 1, 3:29-38.
- Saraceno, C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of urology*, 179(3), 1056-1059.

Schokker, M.C., Stuive, I., Bouma, J., Keers, J.C., Links, T.P., Wolffenbuttel, B.H.R., Sanderman, R., Hagedoorn, M. (2010). Support behavior and relationship satisfaction in couples dealing with diabetes: Main and moderating effects. *Journal of Family Psychology*, 24, 578-586.

Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L. R., Franceschini, S. (2008). Coping orientation problems experienced - Nuova versione italiana (COPE-NVI): Uno strumento per la misura degli stili di coping [Coping Orientation to the Problems Experienced-New Italian Version (COPE-NVI)]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14(1), 27-53.

Simonelli, C., (1996). Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali. Franco Angeli, Milano.

Slade, P. (1981). Sexual attitudes and social role orientations in infertile women. *Journal of psychosomatic research*, 25(3), 183-186

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (1),15-28

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–19). New York: Academic Press.

Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current Trends in Research*. London: Academic Press.

Stammer, H., Wischmann, T., & Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41(1), 111-122.

Stanton, A.L., Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 16-23.

Steca, P., Acardo, A., & Capanna, C. (2001). La misura del coping: differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.

Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria, Numero Especial*, 109-125.

Stern, D.N. (1985): Il mondo interpersonale del bambino. Boringhieri, Torino, 1987.

Sullivan, K.T., Pasch, L.A., Johnson, M.D., Bradbury, T.N. (2010). Social support, problem solving, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 631-644.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis.

Szondi, L., (1947), Experimentelle Trieb Diagnostik, Bern.

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 couples scheduled for assisted reproduction. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 273-279.

Thompson, A., Bolger, N. (1999). Emotional transmission in couples under stress. *Journal of marriage and the Family*, 61, 38-48.

Ugolini, V., Baldassari, F., (2001). Valutazione della vita sessuorelazionale in uomini affetti da sterilità attraverso SESAMO. *Rivista di Sessuologia* Vol. 25, n.4.

van den Akker, O. B. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and counseling*, 57(2), 183-189.

Van de Kaa, D. J. (1996). Anchored narratives: The story and findings of half a century of research into the determinants of fertility. *Population studies*, 50(3), 389-432.

Vegetti Finzi, S, (1997) *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*, Con un saggio di Carlo Flamigni e Marina Mengarelli, Collana Saggi, Milano, Mondadori.

Vegetti Finzi, S. (1985). Il bambino che manca all'appello materno. In M. Sbisà, I figli della scienza. Milano: edizioni Emme.

Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234-1240.

Vilchinsky N., Haze FildermAn L., Leibowitz M., Reges O., Khaskia A., Mosseri M. (2010). Spousal support and cardiac patients' distress: The moderating role of attachment orientation. *Journal of Family Psychology*, 24, 508-512.

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L, Lundkvist, O., Sundstrom P. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing *in vitro* fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063.

Williams, K. E., Marsh, W. K., Rasgon, N. L. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction*, 13(6), 607-616.

Wilson, G.S., Pritchard, M.E., Revalee, B. (2005). Individual Differences in Adolescent health Symptoms: the effect of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.

Wischmann, T., "Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde"—Eine Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, 1998 Frankfurt/Main Verlag Peter Lang (pg. 23-24)

Wischmann, T., Stammer, H., Gerhard, I., Verres, R. (2001) Couple counseling and therapy for the unfulfilled desire for a child – the two-step approach of the 'Heidelberg Infertility Consultation'. In Strauß, B. (ed.), *Fertility Disorders: Psychological Diagnostic, Counseling and Psychotherapy*. Hogrefe and Huber Publishers, Seattle, in press.

Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226-3232.

Wyatt, F. (1967). Note cliniche sui motivi della riproduzione in L. Baruffi. Il desiderio di maternità, Torino: Boringhieri, 1979.

Zani, B., Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.

Zeidner, M. Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications*, 505-531. John Wiley and Sons, Inc.

Zimmermann, T., Scott J.L., Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1061-1068.

Zurlo, M. C. (a cura di) (2002), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori Napoli.

Zurlo, M. C. (2005), *Filiazioni problematiche e sostegno allo sviluppo*, Liguori, Napoli.

Zurlo, M. C. (a cura di) (2009), *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli.

Elenco delle figure

Fig. 2 (Ministero della Salute, 2017)

Fig.2 (Ministero della Salute, 2017)

Fig. 3 (Ministero della Salute, 2017)

Fig. 4 (Ministero della Salute, 2017)

Fig. 5 (centrofertilita.it)

Fig. 6 (centrofertilita.it)

Fig. 7 (centrofertilita.it)

Fig. 8 (Ministero della Salute 2017)

Fig. 9 (centrofertilita.it)

Fig.10 (Ministero della Salute 2017)

Fig. 11 (O. M. S. 2016)

Fig. 12 (ourworldindata.org 2016)

Ringraziamenti

Non posso concludere questo mio lavoro di tesi senza dedicare qualche riga ai ringraziamenti.

Innanzitutto vorrei ringraziare il mio tutor ed il mio supervisore, la Professoressa Maria Clelia Zurlo per avermi accompagnato in questi tre anni fornendomi sempre tutti gli strumenti necessari ad affrontare questo percorso molto stimolante ma estremamente impegnativo, l'Università di Napoli Federico II, per aver reso possibile tutto questo e per avermi fatto sentire parte (seppur minima) di questa Istituzione così prestigiosa.

Ci tengo a ringraziare la mia splendida famiglia, che mi ha sostenuto e supportato nei momenti più difficili e gioito insieme a me per le soddisfazioni ottenute.

Un doveroso ringraziamento va poi ai miei colleghi di università che in questi tre anni di dottorato hanno avuto un ruolo importantissimo non solo nel mio corso di Dottorato ma anche nella vita. In particolare ci tengo a ringraziare la mia amica e collega Federica Vallone, perché oltre ai suoi numerosi consigli ed al suo sostegno mi ha regalato la sua preziosa amicizia.

Ringrazio inoltre, tutte le cliniche ed i centri privati che mi hanno dato ascolto ed ospitalità, oltre a preziosi consigli, permettendomi così di portare a termine il mio progetto di ricerca.

Infine ringrazio i miei due referees, la Professoressa Loredana Cena ed il Professor Nicola Colacurci per la lettura attenta ed approfondita del mio lavoro di tesi e per il loro prezioso contributo dato a questo lavoro.