



L'IMPATTO DELLA DIAGNOSI DI STERILITÀ E DEI TRATTAMENTI DI PMA SULL'UOMO: UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURAⁱ

Alessandra Salerno¹, Aluette Merenda²

¹Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione, Università di Palermo

²Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione, Università di Palermo

Riassunto

Questo contributo prende in esame i vissuti e l'adattamento dell'uomo a seguito della diagnosi di sterilità, nonché il suo approccio ai percorsi di PMA e le principali differenze con l'esperienza femminile. In realtà, il principale focus di interesse della maggior parte degli studi risulta essere la componente femminile della coppia mentre è ormai noto come la genitorialità risulti essenziale anche per l'identità maschile e la mancata transizione ad essa possa determinare nell'uomo gravi ricadute in termini di bassa autostima, alterazione dell'immagine corporea, percezione della propria mascolinità. Il lavoro è orientato ad identificare quali componenti psicologiche giocano un ruolo nell'eziologia e nell'adattamento alla sterilità, nonché gli aspetti legati alla necessaria attività di counseling e psicoterapia della coppia sterile o di supporto nel caso della scelta di intraprendere un percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA).

Parole chiave: sterilità, uomo, coppia, PMA, differenze di genere

Abstract

The paper analyses men's life experiences and their psychological adaptation as a consequence of a diagnosis of infertility, with a focus on the main differences with the women's experiences when approaching the Assisted Reproductive Treatment (ART). The current literature explores several kinds of procreative difficulties and their outcomes, but it is mainly focused on how women live these experiences. As we known, Parenting represents an important life experience even for men, and the failure to the

ⁱ THE IMPACT OF INFERTILITY DIAGNOSIS AND ART TREATMENTS IN MEN: A LITERATURE REVIEW

parenthood transition could lead to serious psychological consequences on the male identity (such as: low self-esteem, changes in body image, perception of their masculinity and so on). The article is aimed to identify which psychological components could play an important role in the etiology and adaptation to infertility for both women and men and to highlight the importance of counselling and psychotherapy to support infertility and medically assisted procreation couples.

Keywords: infertility, man, couple, ART, gender differences

1. Introduzione

Da alcuni anni il fenomeno della *childlessness* è oggetto di interesse in campo medico, psicologico, sociale; le coppie senza figli non coincidono più con coloro che non possono averne ma appartengono anche alla categoria di chi, per scelta, rinuncia alla genitorialità, vivendo quella che alcuni autori definiscono “sterilità volontaria”. Anche in Italia, negli ultimi anni, si è assistito ad un incremento progressivo delle coppie senza figli che sono passate dai 4 milioni e 800 mila del 2002-2003 ai 5 milioni e 227 mila del 2007-2008, rappresentando il 30,8% dei nuclei familiari (Bartoletti, 2011).

Le società occidentali pronatalistiche incoraggiano tuttavia ancora fortemente la riproduzione ed esaltano i valori della genitorialità; in tal senso, ricerche che enfatizzano l'influenza del contesto culturale sui vissuti legati alla genitorialità evidenziano come in molte culture ogni fallimento che può verificarsi in questa importante transizione sia spesso rappresentato come un comportamento deviante dalla norma e socialmente stigmatizzante (Edelmann, Humphrey e Owens, 1994; Moura-Ramos *et al.*, 2012); ciò è ancor più vero quando si tratta di una scelta: si registra, ancora oggi, infatti la presenza di forti pregiudizi relativi alle coppie cosiddette *childfree*, ovvero coloro i quali scelgono volontariamente di non avere bambini (Basten, 2009; Salerno, 2010) e a chi ha un solo figlio: più basso è il numero di figli, minori sono le caratteristiche positive attribuite ai genitori; la ricerca condotta da Mueller e Yoder (1999), ad esempio, ha esaminato tre gruppi di donne che, in quanto a scelta procreativa, si discostavano sensibilmente dalla famiglia normativa nel contesto di appartenenza, presentando rispettivamente nessuno o un solo figlio, 2/3 figli o, infine, 4 o più figli. I risultati confermano che quanto più la tipologia familiare si avvicina alla norma, tanto più le donne percepiscono un'approvazione da parte delle famiglie d'origine di entrambi i partner (genitori e altri parenti): le donne *childfree*, come riscontrato in altri studi (Gillespie 2000; Tanturri 2006), oltre a rilevare poca soddisfazione tra i propri familiari, si dichiarano sottoposte a forti pressioni (che

aumentano tra il terzo e il quarto anno di matrimonio) affinché mettano al mondo un figlio. Il legame tra femminilità e maternità continua dunque ad essere considerato quasi indissolubile e, come affermano molti autori (Gillespie, 2000; Gannon, Glover e Abel, 2004) analizzando la maternità secondo differenti prospettive (religiosa, medica, psicologica, storica e culturale), per le donne delle società occidentali la massima realizzazione della propria femminilità ha per secoli coinciso con la gravidanza e con il dare alla luce un figlio.

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 Edelmann, 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 trigenerazionale. 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 offrano 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 trigenerazionale, 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, 68).

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 familiareⁱⁱ. “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, 28). 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 medicalmente 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

ⁱⁱ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima intorno al 15-20% le coppie con problemi di fertilità nei paesi industriali avanzati. Tale percentuale è purtroppo destinata ad aumentare per varie ragioni, ma soprattutto per l'inquinamento ambientale, per la sofisticazione degli alimenti e lo stile di vita. Dati recenti riferiscono che in Italia, circa il 30% delle coppie ha problemi di infertilità, legata nel 35% circa dei casi a problematiche femminili, nel 30% a sterilità maschile; nel 20% dei casi si rilevano problemi in ambedue i partner e nel 15% dei casi l'infertilità rimane sconosciuta (infertilità inspiegata).

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 presentati 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 differentemente 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, 30). 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, etc.) 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 differentemente 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).

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). Concordiamo con Andolfi (2001) che in questo dibattito precisa che tradizionali prestazioni e compiti femminili ora assunti e fatti propri dai padri non significavano *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, childlessness, 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; Nachtingall, 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, 28). 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 anche 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.

4. Alcuni dati sul numero di coppie che scelgono di ricorrere alla PMA

Come già evidenziato, l’infertilità di coppia è un problema di vaste proporzioni e anche in Italia coinvolge decine di migliaia di persone e di coppie. Il Ministero della Saluteⁱⁱⁱ riporta dei dati particolarmente significativi relativi alla scelta delle coppie di ricorrere alle tecniche di PMA, sia di I livello (inseminazione semplice), sia di II e III livello (fecondazione extracorporea, cioè formazione di embrioni *in vitro*)^{iv}. Considerando le procedure, le gravidanze e i nati, per tutte le tecniche PMA, nel 2015 si conferma l’andamento degli ultimi due anni, diverso rispetto agli anni ancora precedenti. In particolare, si registra una diminuzione dei cicli di trattamento e nello specifico di quelli del I livello (inseminazione semplice). Aumentano invece i cicli da tecniche di scongelamento degli embrioni, mentre continuano a diminuire i cicli da scongelamento degli ovociti.

Il numero complessivo di coppie trattate continua a diminuire (71.741 nel 2015), rispetto all’aumento costante registrato precedentemente fino al 2012, seppur rimanga elevato. In particolare, si conferma la diminuzione delle coppie che accedono alle tecniche di I livello e di quelle per le tecniche del II e III livello, mentre aumentano solo quelle che sono ricorse alle tecniche di scongelamento. La lieve diminuzione complessiva delle gravidanze (15.670 nel 2012, 15.550 nel 2015) è dovuta esclusivamente alla diminuzione di quelle ottenute con inseminazione semplice. Aumentano infatti le gravidanze ottenute dall’applicazione di tutte le tecniche di II e III Livello (sia con tecniche a fresco che con tecniche di scongelamento). In particolare, nelle tecniche a fresco, si registra un lieve aumento dell’applicazione della tecnica ICSI (*Intra Cytoplasmatic Sperm Injection*, dall’85,2% nel 2012 all’86,0% nel 2015) ed una lievissima riduzione dell’applicazione della tecnica FIVET (*Fertilization In Vitro Embryo Transfer*, dal 14,8% al 14,0% nel 2015).

Resta sostanzialmente invariata l’età delle coppie che accedono alle tecniche di PMA (da 36,5 anni nel 2012 a 36,6 anni nel 2015). Si conferma invece l’aumento progressivo delle pazienti con più di 40 anni, mentre diminuiscono le pazienti con meno di 34 anni (-11,8%, nel 2015). L’età media delle pazienti che in Italia si sottopongono alla PMA è più elevata rispetto a quanto osservato negli altri paesi europei, per i quali nel 2010 si ha un valore di 34,7 anni. E’ ben noto come gli esiti

ⁱⁱⁱ Cfr. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15), del 26 Giugno 2015.

^{iv} Si precisa che si fa riferimento anche alle tecniche di scongelamento per il II e III livello, quando si utilizzano gameti per formare embrioni, o si utilizzano direttamente embrioni, precedentemente congelati e conservati nei centri.

positivi delle procedure siano in rapporto all’età delle donne, con probabilità ridotte di ottenere una gravidanza con l’aumentare dell’età, gravate ulteriormente da una elevata percentuale di esiti negativi della gravidanza stessa (aborti spontanei e volontari, morti intrauterine, gravidanze ectopiche).

Continua il trend di aumento dell’età delle donne che accedono alla PMA, 36,55 anni per le tecniche a fresco di II e III livello e della percentuale di donne che vi accedono con oltre 40 anni (31%). L’accesso alle tecniche di PMA di donne in età sempre più avanzata è dovuta alla tendenza per cui in Italia si cerca di avere figli in un’età sempre più elevata, quando la fertilità è ridotta. Questo fenomeno implica anche che la scoperta dell’infertilità si verifichi ad un’età nella quale anche l’efficacia delle tecniche di PMA è limitata.

Il quadro generale che emerge dai dati relativi all’applicazione della Legge 40/2004 per il triennio 2012-15 offre poche variazioni rispetto alla situazione degli anni precedenti. Si confermano sia la tendenza all’aumento del numero di centri privati, che quella secondo cui il maggior numero dei trattamenti di fecondazione assistita viene effettuato nei centri pubblici e privati convenzionati.

5. Vissuti emotivi della coppia PMA: i domini dell’uomo e della donna

La ricerca psicologica ci ha permesso di entrare in contatto con le esperienze emotive delle coppie che affrontano il percorso PMA, nonché di quei genitori che hanno concepito attraverso le diverse tecniche d’inseminazione. Secondo gli psicologi della riproduzione, conoscere le rappresentazioni genitoriali ed il vissuto emotivo dei genitori che concepiscono con la PMA può allontanare dalla rappresentazione sociale di una presunta “onnipotenza”, che spesso viene attribuita alle coppie che intraprendono questo complesso e doloroso percorso (Hodgekiss, 2013).

Secondo gli studi di Holter *et al.* (2006), le reazioni emotive vissute dalle coppie inferti sono connesse a specifici domini, il cui funzionamento non è stato ancora spiegato in modo chiaro. Ulteriori approfondimenti potrebbero, ad esempio, risultare funzionali per comprendere quali aree vengono maggiormente coinvolte in quelle coppie che hanno interrotto il trattamento di PMA, per problematiche personali o di coppia o per l’elevato livello di stress emotivo, e che avrebbero meno probabilità di un successo riproduttivo dopo un anno dall’interruzione della PMA (Gamerio *et al.*, 2012). Sembrerebbe in tal senso importante prendere in considerazione una prospettiva multidimensionale dello stress correlato all’infertilità (Moura-Ramos *et al.*, 2012).

In realtà, gli studi condotti in Italia da Donarelli *et al.* (2015) indicano che, da un punto di vista statistico, potrebbe non essere necessario distinguere tanti differenti

domini, piuttosto considerarne solo alcune dimensioni. Da un punto di vista clinico, invece, ulteriori ricerche potrebbero orientarsi sulla focalizzazione di quali dimensioni, intra ed inter personali, rivestano un significativo ruolo nel modo in cui le coppie affrontano la propria esperienza di infertilità. Da questa prospettiva, due variabili principali di tipo intrapersonale (la motivazione e l'intenzione di avere un bambino) influenzerebbero i domini interpersonali (relazionali, sessuali, sociali) correlati allo stress dell'infertilità. Queste correlazioni risulterebbero inoltre molto utili ad orientare i clinici nel lavoro di recupero del funzionamento psicologico di quelle aree particolarmente "danneggiate" dallo stress emotivo, nelle coppie che seguono un trattamento di PMA (Donarelli *et al.*, 2015).

Il contesto sociale e le problematiche relazionali della coppia risulterebbero i due fattori significativamente correlati con il livello d'ansia, suggerendo che un alto livello di *infertility stress* comporti un deterioramento del benessere emotivo di entrambi i partner e particolarmente delle donne (Cousineau e Domar, 2007).

Uno dei primi studi che ha valutato lo stato psicologico (rapporto coniugale, autostima e livello di ansia e depressione) delle coppie che hanno ottenuto la gravidanza tramite PMA, riporta una maggiore soddisfazione nel successo del concepimento e punteggi più bassi negli item sulla valutazione della libertà sessuale durante la gravidanza, sulle relazioni familiari e sulla preoccupazione dell'esito della gravidanza (Klock, Jacob e Maier, 1994). Un ulteriore studio prende in considerazione i fattori di personalità e le risposte emotive delle coppie all'inizio della gravidanza (Hielmstedt *et al.*, 2003). Lo scopo di tale indagine è stato duplice: confrontare l'*assessment* psicologico di un gruppo di soggetti che ha avuto accesso alla *In Vitro Fertilization* (IVF) con un gruppo di controllo e valutare in che modo l'angoscia sperimentata durante il periodo di infertilità e durante il trattamento abbia influenzato la reazione emotiva alla gravidanza ed il suo corso. I principali risultati indicano l'esistenza di un elevato livello di ansia per la salute del bambino e per la gravidanza. In generale, emerge che non esistono differenze significative nei livelli di ansia generale tra i soggetti IVF e quelli non IVF. Tuttavia, i soggetti IVF presentano un livello di ansia specifica per l'esito della gravidanza e la salute del bambino maggiore rispetto a quello dei soggetti non IVF (*ibidem*).

Inoltre, seppur siano davvero pochi i dati, l'indagine rivela anche delle significative differenze a livello emotivo tra uomini e donne. I padri infatti risulterebbero maggiormente condizionati dalle pressioni sociali, manifestando un livello di stress emotivo espresso con difficoltà sessuali, abbassamento del livello di autostima, tendenza all'irritabilità, maggiore tensione muscolare e bassi punteggi nell'evitamento della monotonia probabilmente a causa della storia di infertilità e delle

paure ad essa connessa. Dalle risposte di alcuni padri, sembra inoltre che l'esperienza emotiva in un contesto sociale che non riconosce la loro sofferenza e spesso li accusa di "volere un figlio ad ogni costo", sia ancora così nuova, dal punto di vista della cultura della famiglia, che mancano le parole per definirla ed è difficile per i genitori stessi riconoscersi nelle categorie emotive "tradizionali" (*ibidem*).

Gran parte delle ricerche internazionali, orientate allo studio dei vissuti durante il percorso genitoriale con PMA, indicano come più complessa e delicata l'elaborazione emotiva dell'esperienza sia per i padri, sia per le madri, sia per la coppia (Culley, Hudson e Lohan, 2013).

Una ricerca di Crittenden (2004) svolta in Italia ha indagato sulle caratteristiche della relazione genitori-figli in famiglie che hanno concepito con PMA e con tecniche mediche per la terapia della sterilità maschile (*Intracytoplasmic Sperm Injection- ICSI*). Il questionario utilizzato e rivolto espressamente ad entrambi i genitori, è finalizzato all'analisi dei vissuti materni e paterni dopo la nascita. Tra i risultati, la questione sull'avere informato o meno il proprio figlio sul modo in cui è venuto al mondo ("Ha parlato a suo figlio della sua nascita?") differenzia particolarmente i due gruppi genitoriali (PMA/non PMA). La maggior parte dei soggetti PMA, sia madri che padri (rispettivamente il 78 % e l'83%), dichiara di non avere parlato con il proprio figlio della sua nascita, a differenza delle madri e dei padri del gruppo di controllo (rispettivamente il 38% ed il 64%). In generale, il pensare al concepimento PMA pare impedire ai genitori di parlare ai propri figli della loro reale attesa, gravidanza e nascita. Tale difficoltà si evidenzierebbe innanzitutto tra l'essere padre e l'essere madre, prima che tra l'essere genitore PMA o non PMA. Inoltre, i dati sull'osservazione della relazione genitori-bambini attraverso il *Care Index* (Crittenden, 2004), e volti ad individuare gli indici di stile del contesto relazionale intrafamiliare, consentono un approfondimento dei vissuti genitoriali. In particolare, dai risultati del lavoro ad un anno dalla nascita, emergono differenze significative tra i genitori del gruppo sperimentale e quelli del gruppo di controllo. I genitori ICSI appaiono infatti più controllanti ed intrusivi nella relazione genitori-figli, rispetto ai genitori del gruppo di controllo. Queste modalità relazionali potrebbero riflettersi sullo sviluppo comportamentale dei bambini. Tuttavia, secondo Crittenden (2004), nel primo anno di vita dei figli, i genitori tenderebbero a mantenere un maggior controllo emotivo, proprio allo scopo di proteggerli dalle proiezioni angosciose genitoriali, favorendo un sviluppo cognitivo adeguato (Crittenden, 2004). Tali dati sono peraltro confermati nel secondo anno di vita del bambino, per la presenza di una migliore interazione genitori-figli. Inoltre, i risultati hanno messo in risalto una particolare complessità delle emozioni dei padri (l'ICSI riguarda proprio la sterilità maschile), che sembra portarli ad

una maggiore profondità e consapevolezza della relazione genitoriale. In generale, i genitori ICSI della ricerca condotta in Italia hanno saputo differenziare tra le dimensioni: individuale, adulta e genitoriale indicando come, nonostante la ferita della infertilità sia personale e/o di coppia, il bambino reale e le funzioni genitoriali possono non essere coinvolti in tale dimensione (La Sala, Gallinelli e Fagandini, 2004).

Un'ulteriore esplorazione delle dimensioni riproduttive si è orientata ad una prospettiva di tipo generazionale. Il passaggio da una generazione all'altra permette infatti il costituirsi di catene genitoriali e filiali inserite nel tempo e nella storia della coppia e della famiglia. In particolare, una serie di ricerche (Ammaniti *et al.*, 1995; Andreotti, Bucci e Marozza, 2001; Di Vita e Giannone, 2006), condotte nel periodo perinatale e post natale, ha preso in analisi le rappresentazioni mentali sulla maternità e paternità e sul bambino. Esse risultano fortemente attivate ed includono le memorie materne e paterne delle proprie relazioni precoci, le fantasie, le speranze, le paure sul bambino/a. Queste memorie creano diverse "catene associative", che possono introdurre il tema del segreto, del non detto, del lutto, ancora presente, dell'infertilità nella coppia e nella famiglia (Cigoli, 2013).

Rispetto alle coppie PMA, i dati sia clinici sia della ricerca psicologica rivelano una scarsa presenza di fantasie e di sogni, come se il "paradosso del concepimento infertile" possa raggelare lo scenario delle rappresentazioni e delle relazioni familiari e sociali. La gravidanza da PMA può essere vissuta dalla donna come un'esperienza che appartiene a lei soltanto, caratterizzata da un alto grado di differenziazione dalla propria madre, interrompendo quindi la trasmissione psicologica transgenerazionale. Allo stesso modo per i padri, le rappresentazioni di sé come genitore sono più fragili ed incerte nei padri PMA che nei padri non PMA; anche dopo aver ottenuto la gravidanza, anche dopo lo nascita del figlio, i padri PMA appaiono ancora molto coinvolti dalla complessità del percorso medico affrontato e dalla sofferenza per la ferita narcisistica dell'infertilità, che sembra non potersi rimarginare (soprattutto se l'infertilità è maschile) (La Sala, Gallinelli e Fagandini, 2004).

Rispetto ai segnali di rischio psicopatologico, il numero di genitori con sintomi di depressione risulta molto più alto nel gruppo PMA soprattutto prima della nascita (29,20% di depressione nelle coppie PMA in gravidanza versus il 5,70% nelle coppie non PMA). La sintomatologia depressiva in gravidanza può essere legata, nel gruppo PMA, ad un'amplificazione delle angosce genetiche che, nelle situazioni di infertilità, rischiano di ostacolare il lavoro della maternità e paternità psichica. Dopo il parto i due gruppi si avvicinano (20% per le coppie PMA versus il 17,10% nelle coppie non PMA) rispetto alla presenza di segnali depressivi che, nel gruppo di controllo, sono collegabili al *maternity blues*. È importante rilevare che sono inclusi anche i padri nel gruppo di

genitori depressi PMA, mentre nel gruppo di controllo non risultano padri depressi (La Sala, Gallinelli e Fagandini, 2004; Agostini *et al.*, 2009). Per quanto riguarda l'ansia manifesta, il gruppo PMA mostra un punteggio molto più alto rispetto al gruppo di controllo. Sia le madri PMA che i padri PMA, riportano un punteggio più alto rispetto alle madri e ai padri del gruppo di controllo. Tale aspetto è osservabile alla 30-32 esima settimana e si mantiene anche dopo la nascita del bambino. Nel gruppo PMA l'ansia manifesta tende quindi ad essere più intensa ed è ipotizzabile che così come le angosce genetiche siano più pervasive, allo stesso modo le ansie di ruolo incidano maggiormente su rappresentazioni di sé come genitori in modo dipendente dalla tecnica. La maggior parte delle rappresentazioni del bambino infine risulta simile in entrambi i tipi di coppie. Le numerose somiglianze nelle rappresentazioni genitoriali dei gruppi PMA e di controllo ci fanno comprendere quanto ci sia di comune e di "inevitabile" nell'esperienza di diventare genitori al di là delle modalità del concepimento (Peterson *et al.*, 2006; Agostini *et al.*, 2009).

In generale, dai risultati delle ricerche con i genitori PMA emerge innanzitutto un quadro emotivo complesso, ove la sofferenza per la ferita narcisistica della sterilità e la successiva esperienza traumatica della PMA orientano le coppie ad intraprendere un percorso di sostegno psicologico che possa accompagnarli e consentire l'elaborazione di tali ferite emotive, verso una adeguata genitorialità. Questa riflessione clinica è importante in ogni fase del percorso PMA, sicuramente in presenza di un fallimento delle tecniche, ma anche in caso di successo quando la gravidanza inizia ed il sogno inizia a realizzarsi (Fagandini *et al.*, 2012).

L'elaborazione individuale e nella coppia dei vissuti emotivi connessi alla propria storia del concepimento di un figlio attraverso le tecniche PMA rappresenta pertanto una fase essenziale nel percorso da seguire. Aprire riflessioni su questi aspetti significa interrogarsi maggiormente sui percorsi clinici, per offrire soluzioni più efficaci, arginare maggiormente la sofferenza psicologica e soprattutto permettere alle coppie di riprendersi internamente responsabilità e attiva partecipazione al processo generativo (Riccardi e Monti, 2003; Fabrizi, Gambini e Simonelli, 2007).

6. I vissuti dei padri PMA: perché così pochi dati in letteratura?

"Where are all the men?". Un recente articolo (Culley, Hadson e Lohan, 2013) mette in evidenza lo stato di marginalizzazione degli uomini e dei padri nella ricerca scientifica e sociale sulla infertilità, almeno negli ultimi 25 anni. Effettivamente, è difficile riscontrare in letteratura dati relativi agli aspetti psicologici connessi alla PMA o alle sue conseguenze ed ai vissuti emotivi dal punto di vista maschile rispetto all'infertilità,

come se eterosessuali o omosessuali, sposati o non, fertili o infertili, gli uomini rappresentino il *second sex* nelle ricerche sulla riproduzione.

Le Autrici individuano, in tal senso, le possibili ragioni di tale marginalizzazione e della conseguente carenza di dati. Innanzitutto, come già riferito, la prima ragione riguarda la realtà biologica che vede il tema dell'infertilità, così come quello della riproduzione, come una problematica fondamentalmente della donna (Inhorn *et al.*, 2009). Una delle limitazioni riguarda infatti la dimensione culturale connessa all'infertilità nella vita di una donna e focalizzata solo sugli aspetti al femminile, che vedono la donna quale unica protagonista della gravidanza, nonché delle difficoltà nel concepimento, del parto e, dopo la nascita, della cura dei figli. In tal modo, ai padri spetterebbe un ruolo periferico che li priverebbe sia dei propri diritti, sia della stessa responsabilità genitoriale, nell'attesa e nella pianificazione della gravidanza, nonché nella cura dei figli (Fisher e Hammerberg, 2012).

Ancora meno esplorate sono, tra l'altro, le dimensioni che riguardano la partecipazione al progetto riproduttivo e soprattutto i desideri procreativi degli uomini PMA. I pochi studi in merito evidenziano come sia comunque la donna ad essere coinvolta nelle cure contro la sterilità, anche quando la causa delle difficoltà procreativi è il partner; è dunque la donna che riveste il ruolo di paziente, ed è sempre su di lei che vengono applicati i protocolli medici. Questo non fa che rinforzare l'esclusione dell'uomo da questo percorso tratteggiandone una figura silenziosa, posta sullo sfondo, poco consapevole dei tempi tecnici che spesso caratterizzano i cicli di cure, spesso fisicamente assente (fuori dalla stanza) durante alcuni interventi medici (Culley, Hudson e Lohan, 2013). A questo si connette un'ulteriore ragione della poca attenzione posta dai ricercatori sulla componente maschile della coppia sterile dato che spesso il reclutamento dei soggetti avviene tra i pazienti sottoposti a cure mediche che, come già detto, riguardano prevalentemente le donne che risultano i principali *treatment seekers* nel caso delle cure contro la sterilità (Greil, 1997). Sembrerebbe, dunque, che limitazioni di tipo logistico e metodologico rendano ancora più difficoltoso il coinvolgimento degli uomini che risulterebbero meno disponibili all'esplorazione dei propri vissuti ed in particolare rispetto al proprio desiderio di avere dei figli, alle tecniche PMA, alla gravidanza e alla nascita. Secondo Roberts *et al.* (2011) questa scarsa disponibilità viene letta come una tendenza alla chiusura rispetto a delle tematiche così delicate, in cui emergerebbe la fragilità o un elevato stress emotivo da parte degli uomini che risulterebbero in tal modo "resistenti" alla ricerca (Daniluk e Koert, 2012; Sandelowski e de Lacey, 2002; van Balen, 2002).

Analogamente, dagli studi di Malik e Coulson (2008) sugli uomini che seguono gruppi di supporto on line emergono emozioni fortemente negative e difficoltà

relazionali, connesse alla scoperta dell’infertilità, nonostante il loro tentativo di nascondere il proprio disagio e l’angoscia per proteggere la propria partner (Skakkebaek, Giwercman e de Kretser, 1994; National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, 2012; Marsiglio, Lohan e Culley, 2013).

7. Interventi psicologici nel percorso PMA

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. È necessario, all’interno della tecnologia e delle procedure biomediche più avanzate, che si creino spazi fisici, temporali e mentali in cui sia possibile aiutare i membri della 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 consci, 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 dalla carenza di personale specificamente preparato, dalla necessità di un maggior confronto tra esperienze diverse ed istituzionalmente separate, ma soprattutto dall’esigenza 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; Ardenti, 2011).

Le tematiche più frequentemente 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 nei quali 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, che accompagna la coppia nei momenti di difficoltà e di decisioni difficili durante la PMA; la fase terapeutica, nella quale 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 precise indicazioni 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 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 perché possano davvero sentirsi protagonisti attivi del loro progetto di procreazione (Fagandini *et al.*, 2006).

8. Conclusioni

L'aumento dei casi di sterilità ha ampliato la conoscenza del fenomeno sempre più diffuso e noto nella popolazione e sempre più oggetto di interesse in campo medico e scientifico. Ciò ha reso le coppie che ne sono colpite maggiormente consapevoli e capaci di gestirne le conseguenze sociali ed emotive anche se fattori quali il livello culturale, lo status socio-economico, l'etnia, e l'appartenenza a paesi in via di sviluppo condiziona fortemente i valori relativi al divenire genitori e crescere un figlio.

Sulla complessità del generare oggi, le problematiche ad essa connessa pongono ricercatori e operatori della medicina della riproduzione di fronte a situazioni non univoche o dogmatiche. Secondo Vegetti Finzi (1997), esistono delle zone “grigie” che non devono rimanere zone d’ombra. Anzi, esse vanno esplorate senza cercare subito soluzioni o certezze, ascoltando i protagonisti, i pazienti, le coppie, i genitori, sapendo aspettare, imparando a lasciare in sospeso. E' più che evidente che il focus biologico e clinico sugli aspetti corporei, in relazione sia alla diagnosi sia al trattamento, nonché alla scienza riproduttiva e alla pratica clinica ha incrementato gli studi sulle donne e di conseguenza ha messo da parte quelli sull'infertilità degli uomini, dando risalto principalmente alla storia medica e psicologica della donna (Meerabeau, 1991; Clarke, 1998; Laborie, 2000).

In particolare, rispetto alla marginalizzazione degli uomini e dei padri nel percorso della PMA, certamente ci sentiamo di sostenere un approccio di studio che non tenda a patologizzare le differenze di genere rispetto al tema dell'infertilità, in termini di stress emotivo, livello di ansia o stato depressivo. Piuttosto, si vuole enfatizzare l'esigenza di esplorare in modo più profondo e sia nel breve che lungo termine, le modalità con cui uomini e donne vivono l'esperienza dell'infertilità a livello

personale e nella coppia. Inoltre, un focus di ricerca potrebbe orientarsi sul modo in cui gli uomini vivono l'esperienza della paternità durante il percorso di PMA e più a lungo termine e se apprezzano o meno i benefici del sostegno psicologico che possono ricevere durante il trattamento (Culley, Hudson e Lohan, 2013).

Le questioni sui limiti metodologici degli attuali studi presenti in letteratura, sia nella ricerca clinica che sociale, sembrano sempre più evidenziare l'ulteriore necessità di un approccio di ricerca inter-disciplinare che possa incorporare le esperienze degli uomini da una più ampia popolazione e possa tenere conto dei fattori sociali, etnici, sessuali e del ciclo di vita connessi alle esperienze degli uomini di fronte alla infertilità/fertilità.

Andare oltre tali limiti di ricerca e di pensiero, può favorire un atteggiamento diverso anche nella relazione tra l'operatore sanitario ed il paziente, senza il rischio di un relativismo etico e piuttosto di un forte rigore e senso di responsabilità e rispetto. Una comprensione più ampia del modo in cui i contesti culturali possano modellare le rappresentazioni sociali e le nozioni sul tema dell'infertilità sia degli uomini, sia delle donne potrebbe avere un impatto diverso sulla loro capacità di affrontare le sfide dell'infertilità e gli esiti del trattamento stesso. Una cultura del limite che si ponga continuamente domande non solo sui risultati delle tecniche scientifiche o dei fenomeni sociali, ma sui loro significati umani. L'esperienza di sentimenti "perturbanti", che sempre più caratterizza il momento storico attuale della medicina della riproduzione, non va né sottovalutata né sopravvalutata, ma resa pensabile, cercando strumenti di riflessione, evitando che la "realta sovrasti la mente e la renda muta" (Fagandini *et al.*, 2006, 34). E' una complessità che unisce gioia e sofferenza e soprattutto fa emergere negli uomini e nelle donne, così come negli operatori di cura, risorse emotive straordinarie che andrebbero maggiormente valorizzate.

Bibliografia

1. Aarseth, H. (2009). From modernized masculinity to degendered lifestyle projects. *Men and Masculinities*, 11, (4): 424-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1097184X06298779>.
2. Agostini F., Monti F., Fagandini P., La Sala G.B. and Blickstein I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 91 (3) : 851-7. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.021.

3. Agostiniani R. (2009). *Padri non si nasce, lo si diventa*. In Corridori M., Fanos T. e Fanos V. a cura di, *Il padre contemporaneo*. Quartu S. Elena (CA): Hygeia Press, 27-32.
4. Ammaniti M., Candelori C., Pola M. e Tambelli R (1995). Maternità e gravidanza. Studio sulle Rappresentazioni materne in gravidanza, Milano: Cortina.
5. Andolfi M. (2001). *Il padre ritrovato*. Milano: FrancoAngeli.
6. Andreotti S., Bucci A. e Marozza M.I.(2001). Gravidanza FIVET: rappresentazioni materne ed aspetti psicologici, *Psichiatria, Psicoterapia analitica*, Retrieved from <http://www.psychomedia.it/pm-revs/journals/ppa/articoli/fivet.htm>.
7. Ardenti R. (2011). Sindrome da sterilità: il complesso di inferiorità e la relativa compensazione. *Rivista di psicologia individuale*, 69: 51-61 .
8. Badolato G. (1993). *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Milano: Giuffrè.
9. Baggio G., Basili S. e Lenzi A. (2014). Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico. *Medicina e chirurgia*, 62: 2778-2782.
10. Bartoletti R. (2011). *Fertilità, fecondità, sterilità: le dimensioni sociali e culturali di un fenomeno parzialmente sommerso*. In Bartoletti R., a cura di, *Cultura riproduttiva. Fertilità e sterilità tra comunicazione e prevenzione*. Milano: FrancoAngeli, 23-38.
11. Basten S. (2009). Voluntary childlessness and being childfree. *The Future of Human Reproduction*, 5: 1-23.
12. Becker G. (2000). The Elusive Embryo: How women and men approach new reproductive technologies. Berkeley (CA): University of California Press.
13. Boivin J.(2003). A review of psychosocial intervention in infertility. *Social Science and Medicine*, 57 (12): 2325-2341. DOI10.1016/S0277-9536(03)00138-2.
14. Boivin J. and Schmidt L.(2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*,83: 1745–52. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.12.039.
15. Bosoni M. L. (2011). Uomini, paternità e lavoro: la questione della conciliazione dal punto di vista maschile. *Sociologia e politiche sociali*, 14 (3): 63-86.
16. Boszormenyi-Nagy I. e Spark G.M. (1988). *Lealtà invisibili. Le reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio.
17. Busciolano S., Degiorgis L., Galli D. e Garavini C.M. a cura di (2013). *Paternità e padri: Tra regole e affetti*. Milano: FrancoAngeli.
18. Cigoli V. (2013). L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari, Milano:Cortina.
19. Clarke A. (1998). Disciplining reproduction: modernity, American life sciences and the problems of sex. Berkeley: University of California Press.

20. Cousineau T.M. and Domar A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research. Clinical obstetrics & Gynaecology*, 27:293–308. DOI:10.1016/j.
21. Crittenden P.M. (2004). CARE-INDEX, In Lambruschi F., a cura di, *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Torino: Boringhieri.
22. Culley L., Hudson N. and Lohan M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 27 (3): 225–235. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.009>
23. Daniluk J. C. (1997). *Gender and infertility*. In Leiblum S.R., editor, *Infertility: Psychological issues and counseling strategies*. New York: John Wiley, 103-125.
24. Daniluk J.C. (2001). Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling and Development*, 79, 439-49.
25. Daniluk J.C. and Koert E. (2012). Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Human Reproduction*, 27, 2247-2253. DOI: 10.1093/humrep/des190.
26. Dear A.S. and Merali Z. (2002). *Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries*. In E. Vayena, Rowe P. e Griffin P. D., editors, *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting*. Geneva: World health Organization, 272-280.
27. Di Vita A.M.e Giannone F., a cura di (2006). *La famiglia che nasce*, Milano: Franco Angeli.
28. Donarelli Z., Gullo S., Lo Coco G., Marino A., Scaglione P., Volpes A. and Allegra A. (2015). Assessing infertility-related stress: the factor structure of the *Fertility Problem Inventory* in Italian couples undergoing infertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(2), 58–65. DOI.org/10.3109/0167482X.2015.1034268.
29. Edelmann R.J., Humphrey M. and Owens D. J. (1994). The meaning of parenthood and couples' reaction to male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 67: 291-299. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01797.x
30. Erikson E. (1984). *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando.
31. Fabrizi A., Gambino G. e Simonelli C. (2007). Aspetti sessuologici della PMA nell'uomo (Sexuological aspects of ART in men), *Rivista di Sessuologia Clinica*, 1, 5-22.
32. Fagandini P., Monti F., Agostini F., Fava R. e La Sala G.B. (2006). La complessità della genitorialità: esperienza materna e paterna tra sterilità e procreazione. In La

- Sala G.B., a cura di, La “normale” complessità di venire al mondo. Milano: Guerini.
33. Fagandini P., Nicoli A., Paterlini M., Villani M.T. e La Sala G.B. (2012). *Aspetti psicologici della coppia e del bambino nella PMA*, Retrieved from <http://www.stradaperunsogno.com>.
34. Farri Monaco M. e Peila Castellani, P. (1994). *Il figlio del desiderio. Quale genitore per l'adozione?*. Torino: Bollati Boringhieri.
35. Frances-Fischer J.E. and Lightsey O.R. (2003). Parenthood after primary infertility. *The Family Journal: counseling and therapy for couples and families*, 11 (2): 117-128. DOI: 10.1177/1066480702250153.
36. Fisher J.R.W., Baker, G.H.W. and Hammarberg K. (2010). Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes toward parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implications for practice. *Fertility and Sterility*, 94 (2): 574-580. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.165>.
37. Fisher J.R.W. e Hammarberg K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 14: 121-129. DOI:10.1038/aja.2011.72.
38. Gambini P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: FrancoAngeli.
39. Gameiro S., Boivin J., Peronace L. and Verhaak C.M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction*, 18:652–69. DOI: 10.1111/bjhp.12169.
40. Gannon K., Glover L. and Abel P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science & Medicine*, 59: 1169-1175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.01.015.
41. Gillespie R. (2000). When no means no: Disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness. *Women's Studies International Forum*, 23 (2): 223-234. DOI: 10.1016/S0277-5395(00)00076-5.
42. Goodwin R. (2009). *Changing Relations. Achieving Intimacy in a Time of Social Transition*. New York: Cambridge University Press.
43. Greil A.L. (1991). *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
44. Greil A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45: 1679-1704.

45. Hielmstedt A., Windstorm A.M., Wramsby K., Matthiesen A.S. and Collis A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetricia and Gynecologica Scandinavica*, 82, 12, 1067-1176. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00224.x.
46. Hodgekiss A. (2013). Men without children are 'more depressed and sad' than childless women Daily Mail Online. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2302954/Men-children-depressed-sad-childless-women.html>.
47. Holter H., Anderheim L., Bergh C. and Moller A. (2006). First IVF treatment short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21:3295–302. DOI: 10.1093/humrep/del255.
48. Inhorn M.C., Tjørnhøj-Thomsen T., Goldberg H. and la Cour Mosegaard M., editors (2009). *Reconceiving the Second Sex: Men, masculinity and reproduction*. New York: Berghahn Books.
49. Klock S.C., Jacob M.C. and Maier D. (1994). A prospective study of donor insemination recipients: secrecy, privacy and disclosure. *Fertility and Sterility*, 62,3, 477-484.
50. Laborie F. (2000). Gender-base management of new reproductive technologies: a comparison between in Vitro fertilization and Intracytoplasmic Sperm Injection. In Saetnan A.R., Oudshoorn N. and Kirejczyk M.S.M., Editors, *Bodies of technology: women's involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.
51. La Sala G.B., Gallinelli A. and Fagandini P. (2004). Development outcomes at one and two years of children conceived by *Intracytoplasmatic Sperm Injection*. *International Journal of Fertility and Women's medicine*, 49 (3): 113-119.
52. La Sala G.B., a cura di (2006). *La "normale" complessità di venire al mondo*. Milano: Guerini.
53. Malik S. and Coulson N. (2008). The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 26, 18-30.
54. Marsiglio W., Lohan M. and Culley L. (2013). Framing men's experience in the procreative realm. *Journal of Family Issues*, 34 (8): 1011-1036. DOI 10.1177/0192513X13484260.
55. Meerabeau L. (1991). Husbands' participation in fertility treatment: they also serve who only stand and wait. *Sociology of Health Illness*, 13, 396-410. DOI:10.1016/j.rbm.2013.06.009.

56. Ministero della Salute (2015). *Infertilità e sterilità*. Testo disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=755&area=Salute%20donna&menu=sessuale, data di consultazione Febbraio 2016.
57. Moura-Ramos M., Gameiro S., Canavarro M.C., Soares I. and Santos T.A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 27 (5): 533-549. DOI: 10.1080/08870446.2011.598231.
58. Mueller K.A. and Yoder, J.D. (1999). Stigmatization of Non-Normative Family Size Status. *Sex Roles*, 41: 901-919. DOI: 10.1023/A:1018836630531.
59. Nachtingall R., Becker G. and Wozny M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 113-121. DOI:10.1080/01639625.1985.9967686.
60. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2012). *Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems* (update). London: RCOG Press. Retrieved from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12157/59278/59278.pdf>.
61. Parker R. and Alexander M. (2004), Factors influencing men's and women's decision about having children. *Family Matters*, 69, pp. 24-31.
62. Peterson B.D., Gold L. and Feingold T. (2007). The experience and influence of infertility: considerations for couple counselors. *The Family Journal: counseling and therapy for couples and families*, 15 (3): 251-257. DOI: 10.1177/1066480707301365.
63. Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H. and 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. DOI:10.1093/humrep/del145.
64. Raciti I. (2016). *Neopadri "ipermoderni": la transizione alla paternità e la Depressione Perinatale Paterna. Un contributo di ricerca*. Tesi di laurea non pubblicata.
65. Riccardi E. e Monti F., a cura di (2003). *Procreazione Medicalmente Assistita. Incontri di professionalità diverse tra i sintomi del corpo e i desideri della mente*, Bologna: Grafiche.
66. Roberts E., Metcalfe A., Jack M. and Tough S.C. (2011). Factors that influence the childbearing intentions of Canadian men. *Human Reproduction*, 26, 1202-1208. DOI: 10.1093/humrep/der007.
67. Ruspini E. e Zajczyk F. (2008). *I nuovi padri: Mutamenti della paternità in Italia e in Europa*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
68. Salerno A. (2010). *Contesti di genitorialità a rischio*. In Salerno A., *Vivere insieme. Tendenze e trasformazioni della coppia moderna*. Bologna: Il Mulino, 25-59.
69. Salmela-Aro K. e Suikkari A.M. (2008). Letting go of your dreams - Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility

- treatment. *Journal of Research in Personality*, 42 (4): 988-10003. DOI: 988-1003. :10.1016/j.jrp.2008.02.007.
70. Sandelowski M. and de Lacey S. (2002). *The uses of 'disease': infertility as a rhetorical vehicle*, In: Inhorn M.C., van Balen F., editors, *Infertility around the Globe: new thinking on Childlessness, gender and reproductive technologies: a view from the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press (pp. 33-51).
71. Schmidt L., Holstein B.E., Boivin J., Tjørnøe Thomsen T., Blaabjerg J., Hald F., Rasmussen P.E. and Nyboe Andersen A. (2003). Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18:2628-2646. DOI: 10.1093/humrep/deg50.
72. Skakkebaek N., Giwercman A. and de Kretser D. (1994). Pathogenesis and management of male infertility. *Lancet*, 343, 1473-9.
73. Sundby J. (1999) Sad Not to Have Children, Happy to Be Childless: A Personal and Professional Experience of Infertility. *Reproductive Health Matters*, 7 (13): 13-19. DOI: 10.1016/S0968-8080(99)90107-6
74. Tanturri M.L. (2006). *Le donne senza figli: una tela cubista*. In F. Ongaro a cura di, *Scelte riproduttive tra costi, valori, opportunità*. Milano: FrancoAngeli, 109-130.
75. Throsby K. and Gill R. (2004). It's different for men. Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6 (4), 330-348. DOI: 10.1177/1097184X03260958.
76. van Balen F. (2002). *The psychologization of infertility*, In: Inhorn M.C., van Balen F., editors, *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies: a view from the social sciences*. Berkeley: University of California Press (pp. 79-98).
77. Vegetti Finzi S.(1997).*Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*, Milano: Mondadori.
78. Ventimiglia C. (1994). *Di padre in padre*. Milano: FrancoAngeli.

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Social Sciences Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](#).