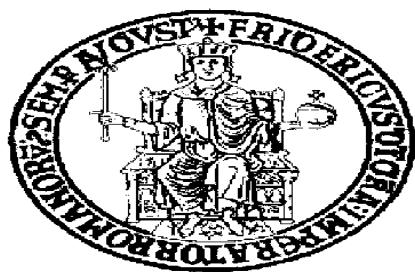


**Università degli Studi di Napoli
Federico II**



**Dipartimento di Teorie e Metodi delle Scienze Umane e Sociali
Dottorato di ricerca in Scienze Psicologiche e Pedagogiche
Indirizzo di Analisi dei Processi Psicologici Normali e Patologici
Ciclo XXIV**

**La valutazione di dimensioni dello stress, risorse adattive e disagio
emozionale in coppie infertili**

Dottorando:
Anna Ambrosino

Tutor:
Prof.ssa Maria Clelia Zurlo

Coordinatore:
Prof.ssa Maura Striano

A.A. 2010-2011

Ai miei genitori,
a mio nonno e
a tutta la mia preziosa famiglia

INDICE

Premessa p. 4

PARTE PRIMA: INQUADRAMENTO TEORICO

I. I modelli dello stress nello studio dell'infertilità

I.1 Premessa p. 12
I.2 I modelli psicosomatici p. 16
I.3 I modelli transazionali dello stress p. 27
I.4 Modelli dello stress connesso all'infertilità: alcune implicazioni per il
counselling alle coppie infertili p. 59

II. Strumenti per l'assessment psicologico in infertilità

II.1 Premessa p. 64
II.2 Test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità p. 65
II.3 Test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità p. 81
II.4 Test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità p. 97
II.5 Conclusioni p. 115

III. Rassegna delle ricerche sull'infertilità

III.1 Premessa p. 116
III.2 Ricerche sui fattori personali in infertilità p. 119
III.3 Ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità p. 134
III.4 Ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità p. 139
III.5 Ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità p. 147

PARTE SECONDA: LA RICERCA SPERIMENTALE

IV. La valutazione psicologica in infertilità

IV.1 Premessa p. 158

IV.2 Obiettivi e ipotesi.....	p. 161
IV.3 Metodologia.....	p. 163
IV.4 Descrizione delle caratteristiche del campione.....	p. 175

V. Disagio emozionale e risorse adattive individuali e diadiche in coppie infertili

V.1 Obiettivi della ricerca.....	p. 188
V.2 Metodologia.....	p. 188
V.3 Risultati.....	p. 193
V.4 Conclusioni.....	p. 225

VI. Contributo alla validazione italiana del Fertility Problem Inventory di Newton, Sherrard e Glavac

VI.1 Premessa.....	p. 231
VI.2 Strumento.....	p. 232
VI.3 Obiettivi della ricerca.....	p. 236
VI.4 Traduzione.....	p. 236
VI.5 Metodologia.....	p. 237
VI.6 Risultati.....	p. 239
VI.7 Conclusioni.....	p. 255

VII. Contributo alla validazione italiana DERA di Moreno Rosset, Antequera Jurado e Jenaro Río

VII.1 Premessa.....	p. 258
VII.2 Strumento.....	p. 260
VII.3 Obiettivi della ricerca.....	p. 263
VII.4 Traduzione.....	p. 263
VII.5 Metodologia.....	p. 264
VII.6 Risultati.....	p. 266
VII.7 Conclusioni.....	p. 281

VIII. La valutazione di fonti di stress, risorse adattive e disagio emozionale in coppie infertili

VIII.1 Obiettivi della ricerca.....	p. 284
VIII.2 Metodologia.....	p. 285
VIII.3 Risultati.....	p. 290
VIII.4 Conclusioni.....	p. 332
Conclusioni e future linee di ricerca.....	p. 336
Bibliografia.....	p. 341

Premessa

L'Organizzazione mondiale della sanità (Censis, 2009) stima che circa il 10-20% delle coppie nei paesi industrializzati soffra di problemi di infertilità. L'infertilità rappresenta un evento critico sul piano individuale, sul piano della relazione di coppia e sul piano sociale (Greil, 1997; Scatoletti, 1996; Coëffin-Driol e Giami, 2004). Essa, infatti, è stata definita da Menning (1975) una vera e propria “crisi di vita”.

Il termine infertilità si riferisce all'incapacità di concepire un figlio dopo due anni di rapporti sessuali non protetti (WHO, 1975; WHO, 2001). Nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità indichi due anni come criterio temporale necessario per poter effettuare una diagnosi di infertilità, molti studiosi e clinici spesso adottano come criterio un arco di tempo di 12 mesi (WHO, 2004). Esistono vari tipi di infertilità: infertilità primaria e infertilità secondaria (WHO, 2004; Guida M, 2000). L'infertilità è definita primaria quando la coppia non è mai riuscita a concepire; essa è detta secondaria, invece, quando la coppia ha già avuto qualche concepimento, esitato in aborto o in un figlio vivo.

Alcuni autori (D'Arrigo, 2008; Cecotti, 2004) hanno inoltre operato una distinzione terminologica e concettuale tra sterilità, infertilità e subinfertilità.

La sterilità rappresenta il risultato di un ostacolo alla fecondazione con conseguente assoluta mancanza della capacità riproduttiva sia nella donna che nell'uomo.

Il termine infertilità, invece, si riferisce all'incapacità della donna di portare a termine una gravidanza fino ad un'epoca di vitalità del feto.

La subinfertilità, infine, riguarda quei casi in cui entrambi i membri di una coppia sono portatori di danni minori della loro fertilità; danni che non sono sempre associati ad una infertilità quando sono presenti in uno solo dei partner.

La presente ricerca mira ad approfondire il tema della valutazione psicologica in infertilità e a costruire e validare una batteria per l'assessment psicologico delle coppie infertili. Il lavoro si inserisce nel filone degli studi sullo stress e coping, assumendo come riferimento teorico il modello transazionale dello stress di Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987).

La definizione delle variabili prese in esame nella ricerca è stata effettuata a partire da un approfondito studio del modello teorico di Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987) e della letteratura nazionale e internazionale concernente l'infertilità

(Carter et al., 2011; Lalos et al., 1986; Daniluk, 1988; Wright et al., 1991; Beaurepaire et al., 1994; Ardenti et al., 1999; Wischmann et al., 2001; Wichman et al., 2011; Baram et al., 1988; Slade et al., 1997; Lukse e Vacc, 1999; Eugster e Vingerhoets, 1999; Verhaak et al., 2007; Templeton et al., 1996; Pook e Krause, 2005; Boivin e Schmidt, 2005). Da tale studio è emersa l'importanza di considerare:

- alcune variabili situazionali, quali le fonti di stress connesse all'infertilità, l'assenza/presenza di figli, la durata dell'infertilità, l'assenza/presenza di trattamenti precedenti e il tipo di diagnosi;
- alcune variabili disposizionali, quali il genere, l'età, il livello di istruzione e l'ansia di tratto;
- alcune variabili moderatrici, quali il coping e il supporto del partner;
- alcuni effetti dello stress sulla sfera emotiva, quali vissuti depressivi e ansiosi.

A partire dal succitato orizzonte teorico sono state formulate le seguenti ipotesi:

- la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e i vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili sono influenzati dal genere, dall'età, dal livello di istruzione, dall'assenza/presenza di figli, dall'assenza/presenza di trattamenti precedenti, dalla durata dell'infertilità e dal tipo di diagnosi;
- le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico sono associate in maniera significativa;
- le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità sono associate in maniera significativa;
- le fonti di stress e le risorse adattive influenzano e/o proteggono rispetto all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi.

Alla luce del succitato orizzonte teorico e delle ipotesi di ricerca da esso scaturite, la ricerca si propone di:

1) esplorare le risorse adattive e il vissuto emotivo percepito dai membri delle coppie che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), evidenziando l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto dalle strategie di coping individuale e dalle modalità di adattamento diadico;

2) presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Fertility Problem Inventory (FPI; Newton et al., 1999), un questionario self-report che valuta la percezioni delle fonti di stress connesse all'infertilità;

3) presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset et al. 2008), un questionario self-report che valuta le risorse adattive e il disagio emotivo in infertilità;

4) verificare la validità e l'efficacia del costrutto transazionale dello stress (Lazarus e Folkman, 1984, 1987) applicato allo studio dell'infertilità attraverso l'esplorazione della validità di una batteria tesa a valutare in entrambi i membri delle coppie infertili: a) percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità; b) strategie di coping individuale; c) modalità di adattamento diadioco; d) effetti dello stress in termini di vissuti depressivi e ansiosi.

Il primo obiettivo nasce dall'esigenza di esplorare la relazione tra risorse adattive individuali e diadiche e l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto da tali risorse nella popolazione italiana, rispetto alla quale sono state condotte poche ricerche sul tema.

Il secondo e il terzo obiettivo, invece, nascono dall'esigenza di introdurre degli strumenti specifici per l'assessment psicologico in infertilità nel panorama italiano, all'interno del quale tali strumenti sono del tutto assenti.

Il quarto obiettivo, infine, ha origine dalla necessità di disporre di una specifica batteria nel processo di valutazione delle coppie che intraprendono un percorso di PMA al fine di approntare degli interventi che meglio rispondano ai bisogni delle coppie stesse.

La presente tesi è composta da otto capitoli.

Il primo capitolo "*I modelli dello stress nello studio dell'infertilità*" presenta i modelli adottati nello studio dello stress e il modo in cui essi possono essere e/o sono stati declinati nello studio dell'infertilità, mostrandone le implicazioni per il counselling. I modelli trattati sono stati raggruppati in due filoni: psicosomatico e transazionale.

Per quanto riguarda il filone psicosomatico, questo illustra i processi attraverso i quali determinati fattori attivano dei meccanismi fisiologici che inficiano la sfera biologica

e, nel caso dell'infertilità, la sfera riproduttiva (Hans Seyle, 1950; Linford Rees, 1975; Wasser e Barash, 1983).

Per quanto riguarda il filone transazionale, invece, questo è costituito da modelli che reputano lo stress una condizione derivante dall'interazione di variabili disposizionali e situazionali; condizione che, a sua volta, produce degli effetti sul benessere dell'individuo (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987; Engel, 1979; Rudolf H. Moos, 1984, 2002; Paul T. P. Wong, 1990, 1993; Wong et al., 2006).

Nel secondo capitolo “*Strumenti per l'assessment psicologico in infertilità*” vengono illustrati i diversi test creati per l'assessment psicologico delle coppie infertili, che possono essere distinti in:

- test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità;
- test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità;
- test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda i test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità, questi consentono di rilevare quali aspetti sono percepiti in maniera stressante dai membri delle coppie infertili; aspetti legati sia a fonti esterne di stress (come le procedure mediche previste dal trattamento intrapreso) che a fonti interne (come il bisogno percepito di genitorialità).

Per quanto riguarda i test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità, invece, questi mirano a valutare quali sono le risorse adattive possedute dai membri delle coppie infertili; risorse sia personali (come l'autoefficacia percepita e le strategie di coping) che interpersonali (come il supporto degli amici e della famiglia).

Per quanto riguarda i test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità, infine, questi consentono di rilevare l'impatto dell'infertilità sul benessere individuale, relazionale e sulla qualità della vita.

Nel terzo capitolo, “*Rassegna delle ricerche sull'infertilità*”, viene fatta una rassegna delle diverse ricerche condotte sull'infertilità, che in relazione alle variabili esaminate sono state distinte in:

- ricerche sui fattori personali in infertilità;
- ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità;
- ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità;

- ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori personali in infertilità, queste hanno esplorato l'influenza esercitata dalle variabili socio-demografiche, come il genere, l'età e la posizione sociale, dalle caratteristiche di personalità, dalla percezione del controllo e dagli aspetti identitari e motivazionali (Link e Darling, 1986; O'Moore et al., 1983; Shaw et al., 1988; Beaurepaire et al., 1994; Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2005, 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Lalos et al., 1986; Abbey et al., 1991).

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità, invece, queste fanno riferimento al alcuni aspetti connessi alla propria esperienza di infertilità, come la diagnosi di infertilità, la durata della stessa, l'assenza di figli, gli aspetti relativi al percorso di PMA e la natura stigmatizzante di tale esperienza (Connolly et al.; 1987; Holter et al., 2007; Jacob et al., 2007; Fassino et al., 2002; Connolly et al., 1987; Demyttenaere et al., 1991; Ardent et al., 1999; Slade et al., 2007; Domar et al., 2005; Boivin e Schmidt, 2005; Morrow et al., 1995; McQuillan et al., 2003).

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità, inoltre, è stata studiata l'influenza esercitata dal coping, dal supporto legato alla relazione col partner, dal supporto sociale e dal supporto psicologico (Peterson et al., 2005, 2006, 2008, 2009, 2011; Myers, 2002; Lechner et al., 2007; Demyttenaere et al., 1991; Domar et al., 2000, 2005; Mahajan et al., 2009; Dhillon et al., 2000; Van den Akker, 2005).

Per quanto riguarda le ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità, infine, è stato esplorato l'impatto dell'infertilità sulla sfera emotiva, relazionale e biologica (Leiblum et al., 1987; Menning, 1980; Blenner, 1990; Gonzalez, 2000; Lalos et al., 1986; Daniluk, 1987, 1988; Wright et al., 1991; Beaurepaire et al., 1994; Ardent et al., 1999; Wischmann et al., 2001).

Il quarto capitolo, “*La valutazione psicologica in infertilità*”, presenta nel dettaglio l’orizzonte teorico dal quale sono nati gli obiettivi della ricerca, gli obiettivi della stessa, gli aspetti metodologici e la descrizione delle caratteristiche del campione.

Il quinto capitolo, “*Disagio emozionale e risorse adattive individuali e diadiche in coppie infertili*”, intende esplorare le risorse adattive e il vissuto emotivo percepito dai membri

delle coppie italiane che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), evidenziando l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto dalle strategie di coping individuale e dalle modalità di adattamento diadico. In particolare si propone di:

- 1) Esplorare le differenze nelle strategie di coping individuale, nelle modalità di adattamento diadico e nei vissuti depressivi e ansiosi percepiti dai membri delle coppie infertili rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, all'assenza/presenza di figli, alla durata dell'infertilità, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti e al tipo di diagnosi;
- 2) Esplorare la relazione esistente tra modalità di adattamento diadico e strategie di coping adottate dai membri della coppia;
- 3) Esplorare l'effetto protettivo e moderatore rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi svolto dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale in relazione alla durata dell'infertilità.

Il sesto capitolo, “*Contributo alla validazione italiana del Fertility Problem Inventory di Newton, Sherrard e Glavac*”, intende presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Fertility Problem Inventory (FPI; Newton et al., 1999), un questionario self-report che valuta la percezione delle fonti di stress connesse all'infertilità. In particolare si propone di analizzare la validità di costrutto dell'FPI attraverso:

- 1) l'analisi degli item e della coerenza interna per valutare l'attendibilità;
- 2) l'analisi della struttura fattoriale del questionario per valutare la validità di contenuto;
- 3) l'analisi delle differenze emergenti nelle dimensioni valutate dall'FPI rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- 4) l'analisi della relazione esistente tra le dimensioni dell'FPI e i vissuti depressivi e ansiosi per valutare la validità predittiva.

Il settimo capitolo, “*Contributo alla validazione italiana del DERA di Moreno Rosset, Antequera Jurado e Jenaro Río*” intende presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008), un questionario

self-report che valuta il disagio emotivo e le risorse adattive personali e interpersonali in relazione all’esperienza dell’infertilità. In particolare si propone di analizzare la validità di costrutto del DERA attraverso:

- 1) l’analisi degli item e della coerenza interna per valutare l’attendibilità;
- 2) l’analisi della struttura fattoriale del questionario per valutare la validità di contenuto;
- 3) l’analisi delle differenze emergenti nelle dimensioni valutate dal DERA rispetto al genere, all’età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell’infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- 4) l’analisi della relazione esistente tra le dimensioni del DERA e i vissuti depressivi e ansiosi per valutare la validità predittiva.

L’ultimo capitolo, l’ottavo, “*La valutazione di fonti di stress, risorse adattive e disagio emozionale in coppie infertili*” si propone di verificare la validità e l’efficacia del costrutto transazionale dello stress (Lazarus e Folkman, 1984, 1987) applicato allo studio dell’infertilità attraverso l’esplorazione della validità di una batteria tesa a valutare in entrambi i membri delle coppie infertili: a) percezione delle fonti di stress connesso all’infertilità; b) strategie di coping individuale; c) modalità di adattamento diadico; d) effetti dello stress in termini di vissuti depressivi e ansiosi. In particolare si propone di:

- 1) Esplorare la percezione delle fonti di stress connesso all’infertilità, le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e i vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili rispetto al genere, all’età, al livello di istruzione, all’assenza/presenza di figli, all’assenza/presenza di trattamenti precedenti, alla durata dell’infertilità e al tipo di diagnosi;
- 2) Esplorare la relazione esistente tra le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all’infertilità;
- 3) Esplorare la relazione tra fonti di stress, risorse di coping individuale e di adattamento diadico e vissuti depressivi e ansiosi, ipotizzando che fonti di stress e risorse influenzino e/o proteggano rispetto all’insorgenza di tali vissuti.

Il presente lavoro si conclude con la prospettiva di future linee di ricerca che mirano ad arricchire la comprensione dell’interazione delle molteplici variabili che intervengono nell’esperienza di infertilità

Parte prima:

Inquadramento teorico

I

I modelli dello stress nello studio dell'infertilità

I.1 Premessa

I primi studi condotti sullo stress hanno proposto due tipi di definizioni: stress come stimolo (Janis, 1958; Lindemann, 1944); stress come risposta (Buss, 1961; Luria, 1932; Horvath, 1959; Seyle, 1956).

Gli studi che lo hanno definito uno stimolo (Janis, 1958; Lindemann, 1944) hanno sostenuto che lo stress è costituito dal verificarsi di un evento che mette in pericolo i valori e gli obiettivi dell'individuo.

Gli studi che hanno definito lo stress come risposta, invece, hanno affermato che esso è una reazione che coinvolge il piano degli affetti (Buss, 1961), i comportamenti motori come tremori e tensioni muscolari (Luria, 1932), il piano cognitivo (Horvath, 1959) e il piano fisiologico (Seyle, 1956).

A partire da questi primi studi sono stati elaborati diversi modelli teorici (Rees, 1975; Lazarus, 1966, 1999; Engel, 1979; Moos, 1984, 2002; Wong, 1990, 1992) che hanno cercato di comprendere le variabili che intervengono in un'esperienza stressante e il modo in cui tali variabili sono tra loro connesse.

Questo capitolo presenta i modelli adottati nello studio dello stress e il modo in cui essi possono essere e/o sono stati declinati nello studio dell'infertilità, mostrandone le implicazioni per il counselling. I modelli trattati sono stati raggruppati in due filoni: psicosomatico e transazionale.

Per quanto riguarda il filone psicosomatico, questo illustra i processi attraverso i quali determinati fattori attivano dei meccanismi fisiologici che inficiano la sfera biologica e, nel caso dell'infertilità, la sfera riproduttiva.

Il primo modello psicosomatico dello stress è stato creato da Hans Seyle (1950) che è stato il primo studioso ad utilizzare il termine stress riferendosi alla relazione tra un insieme di variabili e, in particolare, a un insieme di difese del corpo che si attivano come reazione nei confronti di qualsiasi tipo di stimolo avvertito come pericoloso, fisico e/o psicologico.

La reazione di stress, che Seyle definì Sindrome Generale di Adattamento (GAS), è quella risposta che l'organismo mette in atto quando è soggetto a vari tipi di stimoli stressanti di natura fisica, psicologica, sociale o ambientale. In quest'ottica le problematiche connesse all'infertilità possono essere intese come l'esito di un insieme fisiologico universale di reazioni e processi attivati da stimoli stressanti.

A partire dalle ricerche di Seyle, W. Linford Rees (1975) ha approfondito lo studio dello stress e dei cambiamenti fisiologici da esso attivati ed ha ideato un nuovo modello psicosomatico dello stress. Rees ha definito lo stress come un qualsiasi stimolo o modifica dell'ambiente interno o esterno di tale intensità o durata da raggiungere i limiti della capacità di adattamento dell'organismo e da condurre, in determinate circostanze, a disorganizzazione comportamentale e a disfunzione somatica. Rispetto al modello di Seyle, quello di Rees sottolinea l'importanza delle caratteristiche di personalità nell'influenzare e determinare l'intensità del distress sperimentato in risposta ai fattori stressanti e il modo in cui esso è espresso attraverso il corpo. Dunque, secondo tale modello, l'eziologia dei disturbi psicosomatici può essere meglio compresa come una interazione dinamica di fattori intrinseci ed estrinseci; interazione che determina il tipo di risposta allo stress ed il tipo di organo bersaglio scelto dall'organismo. Analizzando l'infertilità alla luce del modello di Rees si potrebbe affermare che quando si verificano determinati fattori stressanti, la presenza di specifiche caratteristiche di personalità induce delle reazioni fisiologiche che compromettono l'apparato riproduttivo femminile e maschile.

Un altro interessante modello è rappresentato dal Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM) di Wasser e Barash (1983). Alla luce delle conoscenze acquisite grazie agli studi di Seyle (1950) e Rees (1975), osservando l'elevata frequenza di insuccessi nel concepimento e nel portare a termine la gravidanza degli esseri umani (Shepard e Fantel, 1979) e studiando le condizioni in cui si verificano tali insuccessi, Wasser e Barash (1983) hanno elaborato il Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM), il quale afferma che le donne possono ottimizzare il loro successo riproduttivo sopprimendo la fecondità fino a quando future condizioni per la sopravvivenza della prole saranno migliori di quelle presenti. Wasser e Barash hanno dunque approfondito la conoscenza delle condizioni in cui i meccanismi endocrini e neurali associati con il sistema nervoso centrale e autonomo messi in luce dai precedenti modelli interessano la sfera riproduttiva. Secondo tale modello

l’infertilità potrebbe essere ricondotta alla soppressione riproduttiva prodotta da meccanismi fisiologici attivati in ragione della relazione tra salute fisica e mentale, fase riproduttiva, eventi stressanti e aspetti dell’ambiente esterno e, in particolare, dell’ambiente sociale. Secondo gli autori, gli individui a rischio potrebbero essere aiutati offrendo loro un supporto per affrontare gli eventi stressanti e migliorare gli aspetti legati al proprio ambiente sociale (Wasser e Barash, 1983).

Per quanto riguarda il filone transazionale, invece, questo è costituito da modelli che reputano lo stress una condizione derivante dall’interazione di variabili disposizionali e situazionali; condizione che, a sua volta, produce degli effetti sul benessere dell’individuo.

Il primo modello transazionale illustrato è il modello dello stress di Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987). Egli ha proposto un approccio relazionale secondo il quale per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Lazarus ha però precisato che tale equilibrio di forze non deriva da caratteristiche oggettive dell’ambiente e della persona ma è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l’individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente e per questo denominato significato relazionale (valutazione primaria). Altro fattore mediatore è rappresentato dalla valutazione delle strategie di coping che l’individuo sceglie di adottare per fronteggiare l’evento stressante (valutazione secondaria). Dall’interazione di queste variabili derivano specifici effetti sul benessere dell’individuo.

Molte ricerche condotte sull’infertilità hanno fatto riferimento al modello transazionale di Lazarus (Stanton e Dunkel-Schetter, 1999; Van den Broeck et al., 2010). Stanton e Dunkel-Schetter (1999), in particolare, hanno proposto di pensare all’infertilità come ad una potenziale esperienza stressante, caratterizzata dalla relazione tra la coppia e la propria condizione di infertilità e valutata in relazione al significato di danno, minaccia o sfida che essa assume per la coppia e alle proprie risorse per fronteggiarla. In questa prospettiva, come vedremo, di recente Van den Broeck et al. (2010) hanno declinato il modello transazionale di Lazarus nello studio dell’infertilità integrandolo con alcuni apporti della psicologia dello sviluppo. Essi hanno così dato vita a un modello interpretativo specifico dell’esperienza di infertilità illustrato nel dettaglio più avanti.

Il secondo modello transazionale che sarà qui di seguito trattato è il modello biopsicosociale di Engel (1979). A differenza di Lazarus che ha concettualizzato un'interazione tra l'individuo e l'ambiente, Engel ritiene che l'individuo stesso sia caratterizzato da una continua interazione tra i fattori biologici e i fattori psicologici e che interagisca a sua volta con il sistema familiare e sociale e con il più ampio sistema culturale, politico ed economico. Comprendere il disagio alla luce di questo modello, dunque, implica la comprensione della interazione tra tutti questi aspetti. In particolare Lee Williams (Williams et al., 1992) ha applicato il modello biopsicosociale allo studio dell'infertilità, evidenziando l'importanza che in tale ambito rivestono i fattori biologici, psicologici e sociali.

Il terzo modello transazionale presentato è il modello socio-ecologico dello stress ideato da Rudolf H. Moos (1984; 2002). Tale modello sostiene che esiste un'interazione tra fattori ambientali, fattori personali, percezione del supporto sociale e circostanze di vita stressanti e che tale interazione influisce sia sul modo in cui viene valutata la situazione stressante che sulla scelta delle strategie di coping da adottare per fronteggiarla, producendo degli effetti negativi o positivi sul benessere dell'individuo. Moos ha dunque ripreso il modello transazionale di Lazarus focalizzando però la sua attenzione sugli specifici fattori che caratterizzano il sistema ambientale e sui processi attraverso i quali fattori contestuali e risorse personali influenzano l'adattamento e lo sviluppo individuale. L'estensione di tale modello all'esperienza di infertilità comporta l'analisi attenta degli specifici fattori contestuali legati alla Procreazione Medicalmente Assistita e del modo in cui questi interagiscono con gli aspetti biopsicosociali dell'individuo.

Infine, il quarto modello sarà il modello della congruenza delle risorse, elaborato da Paul T. P. Wong (Wong, 1990, 1993; Wong et al., 2006) a partire dagli studi condotti da Lazarus (Lazarus e Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1966, 1999). Wong ha definito lo stress come qualsiasi condizione che richiede delle risposte di coping; coping inteso come uno sforzo volto a ridurre o incrementare le richieste legate ad una determinata situazione. In altre parole lo stress è una condizione problematica che risulta dalla valutazione di uno squilibrio tra le richieste e le risorse e comporta degli sforzi per ripristinare l'equilibrio. Wong, inoltre, ha affermato che i precedenti modelli dello stress hanno dato eccessivo risalto alle fonti esterne di stress e hanno sottovalutato l'importanza e il ruolo delle fonti

interne, sostenendo che le condizioni stressanti derivano in misura maggiore o minore da transazioni tra la persona e l'ambiente. Partendo dall'analisi delle fonti interne ed esterne di stress, Wong ha dunque elaborato il modello della congruenza delle risorse; tale modello sostiene che il possedere sufficienti risorse e l'uso appropriato di esse sono essenziali per fronteggiare efficacemente le fonti di stress interne ed esterne. Di contro, il non avere sufficienti risorse non consente di affrontare bene tali fonti di stress e rende gli individui vulnerabili ai disturbi connessi allo stress. La teorizzazione di Wong delle fonti di stress e del modello della congruenza delle risorse, applicata all'esperienza di infertilità, induce in primo luogo a riflettere sulle diverse fonti di stress interne (legate al desiderio di un figlio) ed esterne (legate alle procedure di PMA e alle relazioni con gli altri) che intervengono in tale esperienza; parimenti essa sottolinea l'importanza di considerare sia le risorse che l'individuo possiede per far fronte alla propria infertilità sia le carenze che lo caratterizzano.

I.2 I modelli psicosomatici

Nel corso del XIX secolo lo studioso che ha fornito il contributo maggiore alla comprensione della fisiologia dello stress è stato un fisiologo francese, Claude Bernard, le cui scoperte relative alla ghiandola del pancreas e alla funzione glicogenica del fegato hanno guidato gli studiosi successivi nella formulazione del concetto di omeostasi. Tale termine è stato introdotto da Cannon (1932) per designare l'organizzazione delle risposte automatiche volte a mantenere la stabilità dinamica dell'organismo. Secondo tale principio in un corpo sano l'omeostasi preserva la propria condizione; solo quando si osserva una disfunzione dell'omeostasi, cioè uno squilibrio, si verifica l'insorgere della malattia.

Walter Cannon (1932) si era avvicinato allo studio dei processi autoregolativi negli organismi indagando l'influenza del sistema nervoso e delle emozioni sul canale alimentare. Attraverso numerose ricerche condotte nei laboratori di fisiologia e patologia sperimentale egli documentò le modificazioni fisiologiche degli animali sottoposti a stress emozionale. Tali modificazioni indotte dalla reazione di stress, secondo Cannon, sono adattative e consentono all'animale di rispondere a un evento potenzialmente minaccioso adottando la via della lotta o quella della fuga. La percezione di una minaccia nei confronti dell'organismo ha come immediata conseguenza l'attivazione del Sistema Nervoso

Autonomo (S.N.A.) il quale, a sua volta, innesca un comportamento di fuga o un comportamento atto a far fronte al pericolo. Le ricerche di Cannon hanno evidenziato che il sistema nervoso autonomo riveste un ruolo fondamentale nella risposta allo stress e che senza di esso il livello critico di stimolazione ambientale sopportabile dai meccanismi fisiologici si abbasserebbe notevolmente.

In seguito agli studi di Cannon sono stati elaborati diversi modelli teorici al fine di sistematizzare le conoscenze sulle implicazioni psicosomatiche dello stress da una prospettiva sia generale (Seyle, 1950; Rees, 1975) che legata specificamente al sistema riproduttivo (Wasser e Barash, 1983). Nel presente paragrafo sono illustrati i seguenti modelli psicosomatici dello stress:

I.2.1 la Sindrome Generale di Adattamento (GAS) di Seyle (1950);

I.2.2 il modello psicosomatico di Rees (1975);

I.2.3 il Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM) di Wasser e Barash (1983).

I.2.1 La Sindrome Generale di Adattamento (GAS) di Seyle

Partendo dagli studi di Cannon (1932), Hans Seyle (1950) ha ampliato e approfondito la comprensione del costrutto dello stress. Seyle è stato il primo studioso ad utilizzare il termine stress riferendosi alla relazione tra un insieme di variabili e, in particolare, a un insieme di difese del corpo che si attivano come reazione nei confronti di qualsiasi tipo di stimolo avvertito come pericoloso, fisico e/o psicologico. La reazione di stress, che Selye definì Sindrome Generale di Adattamento (GAS), è quella risposta che l'organismo mette in atto quando è soggetto a vari tipi di stimoli stressanti di natura fisica, psicologica, sociale o ambientale. Nel costrutto della Sindrome Generale di Adattamento da lui elaborato, dunque, lo stress è considerato non come una richiesta ambientale - che Seyle denominò stimolo stressante - bensì come un insieme fisiologico universale di reazioni e processi attivati da tale richiesta. In quest'ottica la reazione di stress non è riducibile alla reazione di cui parla Cannon ma fa parte del processo di adattamento dell'organismo agli stimoli ambientali; essa può essere fonte di malattia e coinvolgere potenzialmente l'insieme dei sistemi fisiologici dell'organismo. La GAS consta di tre fasi:

1. allarme;
2. resistenza;
3. esaurimento.

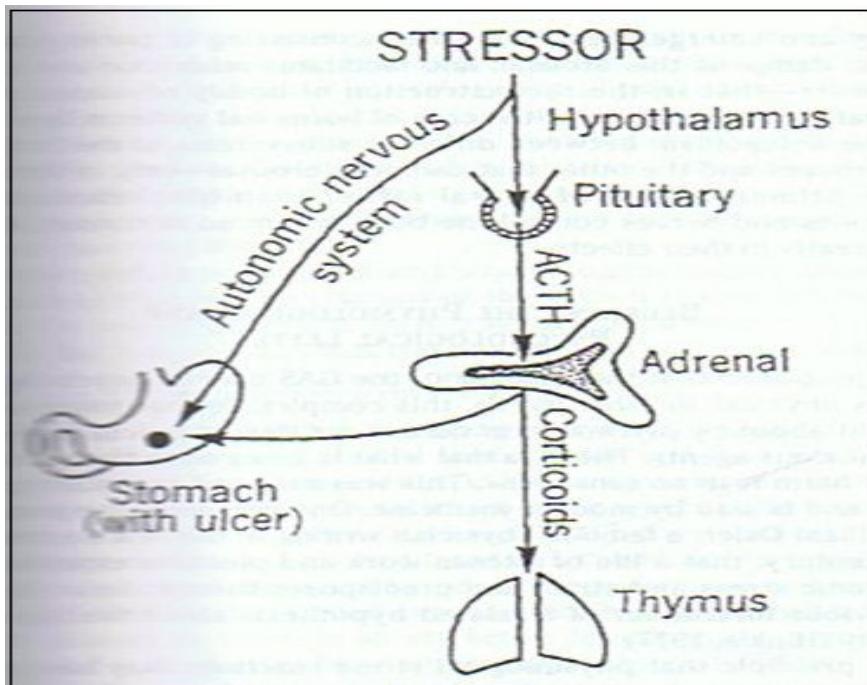
1. Allarme. Nella prima fase di allarme l'organismo sottoposto ad uno stimolo stressante si attiva in uno stato di allerta che comporta un aumento del battito cardiaco, della circolazione sanguigna, del respiro e della produzione ormonale al fine di fronteggiare lo stimolo stressante (attivazione psicofisiologica).

2. Resistenza. Se lo stress continua, la seconda fase, la resistenza, vede mobilizzare il corpo in sua difesa. Il corpo, infatti, tenta di combattere e contrastare gli effetti negativi dello stimolo stressante prolungato producendo risposte ormonali specifiche, gli ormoni antinfiammatori corticosurrenali, la cui azione conduce alla guarigione.

3. Esaurimento. Se lo stress è molto intenso, o di durata prolungata, le difese del corpo possono fallire; il corpo dunque può venire sopraffatto e possono prodursi conseguenze negative di natura somatica.

Dal punto di vista fisiologico (Tab.1), in seguito alla comparsa di uno stimolo stressante la GAS è messa in moto dall'azione della ghiandola pituitaria, strettamente legata all'ipotalamo. La ghiandola pituitaria è una parte del cervello che funge anche da ghiandola endocrina. Essa secerne un importante ormone, l'ormone adrenocorticotropo (ACTH) che, quando rilasciato, stimola le ghiandole surrenali a versare i loro ormoni nel sangue. Oltre alla ghiandola pituitaria un altro ruolo fondamentale è svolto dal sistema nervoso autonomo (S.N.A.), detto anche sistema nervoso involontario, il quale influenza l'azione degli ormoni e ha un profondo effetto su tutti i tessuti del corpo.

Tabella1 - Principali percorsi che mediano la risposta ad uno stimolo stressante (Fonte: Selye, 1974)



Selye, infine, ha operato una distinzione dello stress in due tipi: distress ed eustress. Lo stress negativo o distress si verifica quando stimoli stressanti, ossia capaci di aumentare le secrezioni ormonali, instaurano un logorio progressivo fino all'esaurimento delle difese dell'organismo. Lo stress positivo o eustress si ha invece quando uno o più stimoli, anche di natura diversa, migliorano la capacità di adattamento psicofisica individuale. L'eustress è una forma di energia utilizzata per poter più agevolmente raggiungere un obiettivo ed è funzionale al processo di adattamento. L'apporto innovativo alla comprensione dello stress derivante dagli studi di Selye, che ritiene lo stress una risposta generale aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente, ha aperto la strada, dopo di lui, a un nuovo dialogo tra medicina sperimentale, medicina clinica e psicologia.

Interpretando l'infertilità alla luce del modello di Selye si potrebbe affermare che determinati fattori stressanti producono delle reazioni fisiologiche tanto intense da inficiare la sfera riproduttiva. Come vedremo, alcune ricerche in linea con questo modello hanno esplorato gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla qualità del liquido seminale e sulla riuscita dei trattamenti di fecondazione in vitro.

Per quanto riguarda gli effetti prodotti dallo stress sul liquido seminale, i diversi risultati presenti in letteratura sono concordi nell'affermare che maggiore è lo stress

percepito in relazione all'infertilità e più scarsa è la qualità del liquido seminale rilevata (Harrison et al., 1987; Ragni e Caccamo, 1992; Clarke et al., 1999).

Per quanto riguarda la riuscita dei trattamenti di fecondazione in vitro, invece, i risultati sono discordi. Alcuni studiosi hanno rilevato che la buona riuscita del trattamento è predetta negativamente dallo stress connesso all'infertilità (Boivin, 1995; Sanders e Bruce, 1999; Boivin e Schmidt, 2005), dai vissuti ansiosi (Facchinetto et al., 1997; Smeenk et al., 2001; Gallinelli et al., 2001), dai vissuti depressivi (Thiering et al., 1993; Smeenk et al., 2001) e dalle preoccupazioni relative alle procedure mediche del trattamento stesso (Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004). Essi quindi hanno sottolineato l'importanza di prestare attenzione al disagio psicologico percepito anche in ragione delle eventuali implicazioni psicosomatiche da esso prodotte. Altri studiosi non hanno invece osservato alcuna relazione tra riuscita del trattamento e disagio emotivo (Thiering et al., 1993; Harlow et al., 1996; Anderheim et al., 2005), affermando, quindi, che la sfera emotiva non influenza la sfera riproduttiva.

I.2.2 Il modello psicosomatico di Rees

A partire dalle ricerche di Seyle, W. Linford Rees (1975) ha approfondito lo studio dello stress e dei cambiamenti fisiologici da esso attivati ed ha operato una distinzione tra stress, distress e disagio.

Rees ha definito lo stress come un qualsiasi stimolo o modificazione dell'ambiente interno o esterno di tale intensità o durata da raggiungere i limiti della capacità di adattamento dell'organismo e da condurre, in determinate circostanze, a disorganizzazione comportamentale e a disfunzione somatica. Lo stress può essere costituito da sintomi fisici, infezioni o reazioni allergiche, oppure può riferirsi ad una sere di stimoli o cambiamenti inerenti la sfera psicologica e sociale.

Il termine distress, invece, denota una esperienza emotiva spiacevole che può derivare dai succitati cambiamenti dell'ambiente interno o esterno, oppure come reazione al disagio.

Il termine disagio, infine, è da ricondurre secondo Rees a disfunzioni corporee o mentali che comportano delle difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e che interferiscono con il benessere, producendo a loro volta distress.

La relazione tra stress, distress e disagio è graficamente illustrata di seguito (Tab. 2).

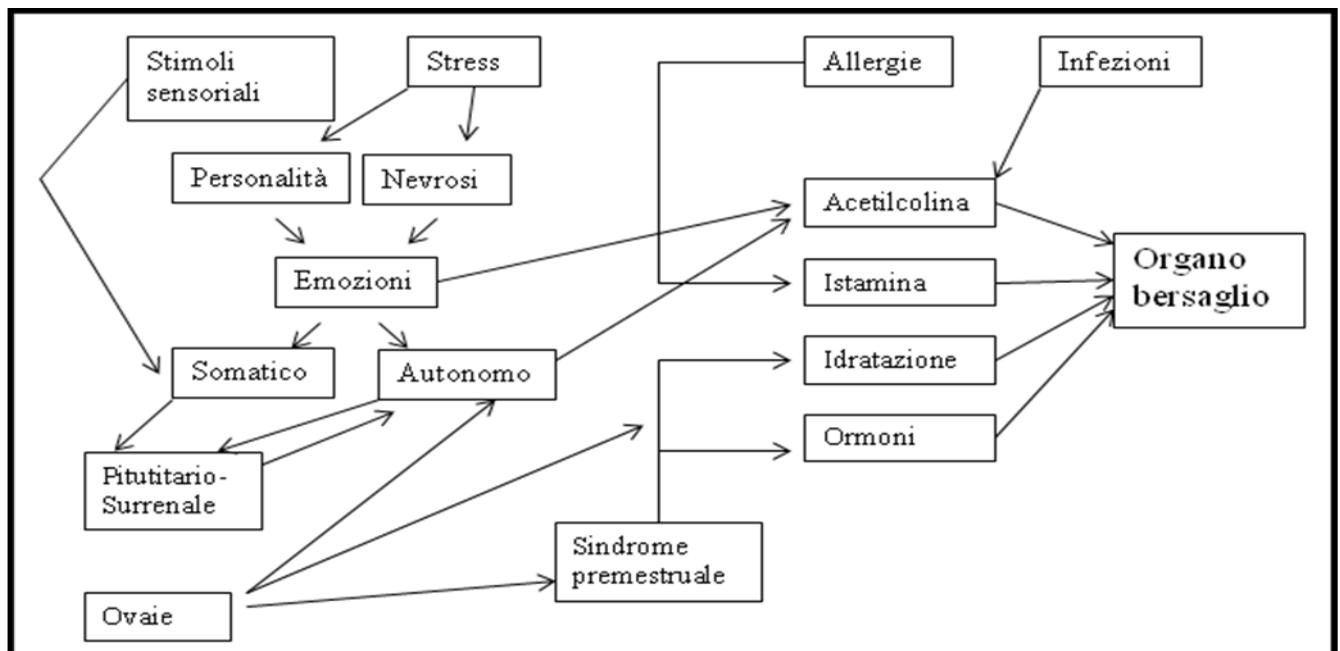
Tabella 2 - Relazione tra stress, distress e disagio (Fonte: Rees, 1975)



Lo scopo di Rees consiste nell'elaborare un modello psicosomatico (Tab.3) che illustri il modo in cui i fattori psicologici e sociali hanno un ruolo causale nei confronti dei cambiamenti fisiologici. Tale modello è costituito da:

1. fattori stressanti;
2. caratteristiche individuali;
3. conseguenti processi fisiologici.

Tabella 3 - Interazione dei diversi fattori causali nei disordini psicosomatici (Fonte: Rees, 1975)



1. *Fattori stressanti*. Per quanto riguarda i fattori stressanti, Rees ha affermato che i principali fattori associati all'insorgenza di malattie psicosomatiche sono i seguenti:

- lutto;

- problemi di salute della persona amata;
- problemi familiari e legati alla relazione col partner;
- conflitti sessuali;
- esperienze traumatiche;
- problemi lavorativi e finanziari;
- varie situazioni conflittuali;
- cambiamenti di vita.

Tuttavia, non esiste una corrispondenza diretta tra un fattore stressante ed uno specifico tipo di malattia psicosomatica in quanto un ruolo centrale è svolto dalle caratteristiche di ciascun individuo.

2. *Caratteristiche individuali.* Per quanto riguarda le caratteristiche individuali che determinano il tipo di risposta al fattore stressante, Rees ha sottolineato l'importanza sia di fattori genetici sia di caratteristiche di personalità. In particolare, Rees ha affermato che i più comuni tratti di personalità riscontrati in persone affette da malattie psicosomatiche sono i seguenti:

- generale instabilità;
- timidezza e mancanza di autoaffermazione;
- propensione all'ansia;
- marcata sensibilità;
- tratti ossessivi.

Così come non esiste una corrispondenza diretta tra un fattore stressante ed uno specifico tipo di malattia psicosomatica, allo stesso modo non esiste una costellazione di tratti di personalità che è specifica di un particolare disturbo. Secondo il modello di Rees questi tratti di personalità, in presenza di un fattore stressante, elicitano degli stati di

tensione emotiva che, a loro volta, determinano l'insorgere di disturbi psicosomatici attraverso l'attivazione di processi fisiologici.

3. *Conseguenti processi fisiologici.* Per quanto riguarda i processi fisiologici attivati dagli stati emotivi, infine, occorre sottolineare che un ruolo centrale è svolto dal controllo ipotalamo-pituitario delle ghiandole surrenali e delle altre ghiandole endocrine che provocano dei cambiamenti biochimici e fisiologici; inizialmente tali cambiamenti comportano dei sintomi precursori del disagio ma, se prolungati, conducono all'insorgere del disagio vero e proprio.

Il modello di Rees sottolinea l'importanza delle caratteristiche di personalità nell'influenzare e determinare l'intensità del distress sperimentato in risposta ai fattori stressanti e il modo in cui esso è espresso attraverso il corpo. Dunque, secondo tale modello, l'eziologia dei disturbi psicosomatici può essere meglio compresa come un'interazione dinamica di fattori intrinseci ed estrinseci. Tale interazione determina il tipo di risposta allo stress ed il tipo di organo bersaglio scelto dall'organismo.

Analizzando l'infertilità alla luce del modello di Rees si potrebbe affermare che quando si verificano determinati fattori stressanti la presenza di specifiche caratteristiche di personalità induce delle reazioni fisiologiche che compromettono l'apparato riproduttivo femminile e maschile. In linea con tale modello Lancastle e Boivin (2005) hanno studiato gli effetti di alcuni tratti di personalità e di alcune strategie di coping sulla risposta ovarica ai trattamenti di stimolazione ormonale effettuati in vista di una fecondazione in vitro. Tale ricerca ha evidenziato che esiste un effetto negativo congiunto della mancanza di ottimismo, dell'ansia di tratto e delle strategie di coping di tipo evitante sul livello di estradiolo e sul numero di follicoli e ovociti prodotti.

Ad ulteriore conferma della validità di tale modello è possibile citare i risultati di altri studi che hanno esplorato le caratteristiche di personalità in relazione alla qualità del liquido seminale maschile. Morelli (Morelli et al., 2000) ha esplorato l'influenza di nevroticismo, psicotismo, coping e alessitimia su quattro parametri del seme maschile: concentrazione, quantità, motilità e forma. Lo psicotismo è risultato predire negativamente il livello di concentrazione, la quantità, la motilità e la forma. Il nevroticismo è risultato predire

positivamente il livello di concentrazione e la quantità. Il coping centrato sulle emozioni è risultato predire negativamente la quantità e l'alessitimia è risultata predire negativamente la quantità, la motilità e la forma. Altre ricerche (Conrad et al., 2002) hanno inoltre evidenziato una correlazione negativa tra qualità dello sperma ed estroversione, ansia e psicotismo. Questi dati sono confermati dai risultati di un'altra ricerca condotta da Morelli (Morelli et al., 2003), il quale ha rilevato che lo psicotismo e l'alessitimia consentono di discriminare con un'elevata probabilità uomini con oligospermia o con normospermia.

I.2.3 Il Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM) di Wasser e Barash

Alla luce delle conoscenze acquisite grazie agli studi di Seyle (1950) e Rees (1975), osservando l'elevata frequenza di insuccessi nel concepimento e nel portare a termine la gravidanza degli esseri umani (Shepard e Fantel, 1979) e studiando le condizioni in cui si verificano tali insuccessi, Wasser e Barash (1983) hanno elaborato il Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM), il quale afferma che le donne possono ottimizzare il loro successo riproduttivo sopprimendo la fecondità fino a quando future condizioni per la sopravvivenza della prole saranno migliori di quelle presenti. Dunque tale modello è basato sulla relazione tra condizioni riproduttive presenti e future; condizioni che si riferiscono alla sfera biomedica, psicologica e ambientale.

Prima di Wasser e Barash, già Fisher (1930) aveva definito il valore riproduttivo specifico dell'età (Φ) come la media del successo riproduttivo futuro di un individuo di una certa età e di un determinato genere. Williams (1966) aveva poi distinto il valore riproduttivo in due componenti: una quota riservata alla riproduzione nel tempo presente (ϕ); e un valore riproduttivo residuale che esprime la rimanente probabilità di successo riproduttivo ($\Phi - \phi$). Williams, inoltre, aveva affermato che tra gli individui che cercano di concepire un figlio dovrebbero essere favoriti coloro che massimizzano la loro attuale probabilità di successo riproduttivo con la minima quantità di rischio e di sforzo.

Secondo il Modello di Soppressione Riproduttiva (Wasser e Barash, 1983) non tutte le condizioni sono egualmente favorevoli alla riproduzione. Quando le condizioni future si prospettano migliori delle presenti gli individui possono massimizzare il loro successo riproduttivo (RS) sopprimendo la riproduzione fino a che non si verificano quelle condizioni

favorevoli. In accordo alla concezione di Williams, questa massimizzazione dovrebbe verificarsi quando l'incremento (a) della probabilità di un individuo di successo riproduttivo in un tempo futuro (RS2) rispetto a quello presente (RS1) eccede i costi (c) della soppressione del valore riproduttivo residuale dell'individuo (RRV). Quanto detto è esemplificato dalle seguenti equazioni:

$$- \quad RS2 = (1 + a) \varphi$$

$$- \quad RS1 = \varphi$$

Il costo diviene funzione della perdita del tempo riproduttivo dovuta alla dilazione stessa, così come dei costi fisiologici della riproduzione. Di qui l'equazione propria del Modello di Soppressione Riproduttiva:

$$- \quad (RS2 - RS1) > c (RRV) \text{ oppure semplicemente } a \varphi > c (\Phi - \varphi).$$

Occorre sottolineare che quando le condizioni per la riproduzione non sembrano migliorare nel futuro o addirittura si prevede che peggiorino, la capacità riproduttiva non viene soppressa anche se le condizioni non sono ottimali. Nessuna decisione conscia è implicata in questi processi.

Gli aspetti che dovrebbero essere valutati per predire le condizioni di successo riproduttivo sono i seguenti:

- la salute fisica e mentale della donna;
- il suo stadio di riproduzione;
- lo stato fisico e genetico della prole;
- le condizioni esterne al momento della nascita.

Wasser e Barash, in particolare, hanno esplorato l'influenza che l'età e le relazioni sociali esercitano sulla soppressione riproduttiva.

Per quanto riguarda l'età, gli autori hanno affermato che poiché le condizioni future per il successo riproduttivo sono funzione dell'età, esse tendono a migliorare fino a che la

donna raggiunge l'apice riproduttivo e dopo tale periodo a decrescere sempre più fino alla menopausa. È interessante notare che sebbene il rischio di aborto aumenti con la riduzione progressiva del tasso di fertilità, alcuni studi (Sved e Sandler, 1988) che hanno riscontrato un'alta frequenza di bambini affetti da sindrome di Down nelle donne più anziane hanno evidenziato che tale frequenza è da ricondursi non solo ad una maggiore tendenza alla mancata disgiunzione meiotica primaria ma anche ad una minore tendenza ad abortire feti aneuploidi (con anomalie cromosomiche). Tale dato potrebbe suggerire una minore tendenza delle donne più anziane a rinviare la loro riproduzione dal momento che le loro condizioni riproduttive presenti sono sicuramente migliori di quelle future (Wasser e Barash, 1983).

Per quanto riguarda l'influenza delle relazioni sociali sulla soppressione riproduttiva, invece, gli autori hanno osservato il verificarsi di una soppressione sociale che interviene quando la riproduzione è inibita dall'interazione con altri individui. La mancanza di supporto sociale da parte della famiglia o degli amici, infatti, è spesso associata a complicazioni riproduttive, inclusa l'infertilità (Stott, 1958; Grimm, 1962). Tali complicazioni riproduttive socialmente mediate sono particolarmente evidenti nelle donne che attraversano eventi di vita stressanti (Bowman, 1978). Questo dato sottolinea che la soppressione riproduttiva dovrebbe essere prevista per quelle donne che vivono eventi di vita stressanti e percepiscono, allo stesso tempo, la perdita di supporto sociale.

Le modalità attraverso le quali avviene la soppressione riproduttiva sono diverse: un insieme di meccanismi endocrini e neurali associati con il sistema nervoso centrale e autonomo; un insieme di risposte del sistema immunitario; fattori ambientali quali, ad esempio, la mancata possibilità di un'alimentazione equilibrata che agisce direttamente sul feto con o senza l'attivazione dei succitati sistemi (Wasser e Isenberg, 1986).

Il Modello di Soppressione Riproduttiva (RSM) ha offerto dei rilevanti contributi alla comprensione dell'infertilità. Alla luce di tale modello essa potrebbe essere ricondotta alla soppressione riproduttiva prodotta da meccanismi fisiologici attivati in ragione della relazione tra salute fisica e mentale, fase riproduttiva, eventi stressanti e aspetti dell'ambiente esterno e, in particolare, dell'ambiente sociale. Secondo gli autori, gli individui a rischio potrebbero essere aiutati offrendo loro un supporto per affrontare gli eventi stressanti e migliorare gli aspetti legati al proprio ambiente sociale (Wasser e Barash,

1983). In accordo a tale modello Boivin (Boivin et al., 2006) ha analizzato la relazione tra età, livello di stress percepito, posizione sociale e riuscita dei trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Studiando la variabile età in relazione al livello di stress percepito, è stato rilevato (Boivin et al., 2006) che il fallimento del trattamento di PMA si verifica in misura significativamente maggiore quando le donne hanno un elevato livello di stress e un'età inferiore ai 31 anni. Questo risultato è stato interpretato alla luce del Reproduction Suppression Model. Le donne più giovani, infatti, hanno la possibilità di riprodursi anche successivamente e in condizioni psicofisiche migliori; le donne più grandi, invece, pur essendo molto stressate dall'esperienza dell'infertilità, hanno minori possibilità di riprodursi in un tempo successivo. Ciò spiegherebbe il diverso tasso di insuccesso dei trattamenti di PMA in relazione all'età e allo stress percepito.

Per quanto riguarda la relazione tra posizione sociale ed esito dei trattamenti di PMA, invece, Boivin (Boivin et al., 2006) ha rilevato che la frequenza di insuccessi dei trattamenti di PMA è significativamente maggiore nel caso di persone con posizione sociale bassa e alta anziché media. L'autrice ha analizzato anche tale risultato alla luce del Reproduction Suppression Model e ha affermato che ci sono due possibili spiegazioni per questo dato. Nel caso di persone con posizione sociale bassa l'insuccesso potrebbe essere ricondotto alla carenza di risorse disponibili; per quanto riguarda le persone con posizione sociale elevata, invece, l'insuccesso riproduttivo può essere ricondotto alla previsione di usare le proprie risorse per creare delle future condizioni più favorevoli alla riproduzione stessa.

I.3 I modelli transazionali

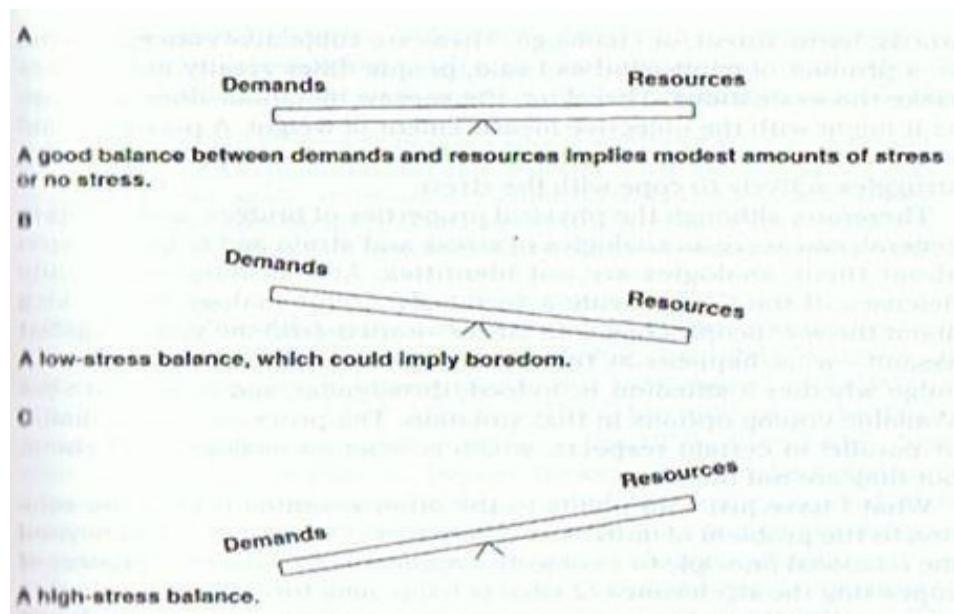
Alla base dei modelli transazionali c'è la convinzione che lo stress non sia uno stimolo o una risposta bensì una condizione che deriva dall'interazione di variabili ascrivibili alle caratteristiche della persona e dell'ambiente. Il primo modello transazionale dello stress è stato ideato da Richard S. Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987). Studiosi successivi hanno ripreso tale modello esplorando in maniera più approfondita la relazione psiche-soma dell'individuo (Engel, 1979), i fattori ambientali (Moos, 1984; 2002), le fonti di stress e le strategie di coping (Wong, 1990, 1993; Wong et al., 2006). I modelli descritti sono i seguenti:

- I.3.1 il modello transazionale di Lazarus (1966, 1999);
- I.3.2 il modello biopsicosociale di Engel (1979);
- I.3.3 il modello socio-ecologico di Moos (1984, 2002);
- I.3.4 Il modello della congruenza delle risorse di Wong (1990, 1993, 2006).

I.3.1 Il modello transazionale di Lazarus

Verrà di seguito illustrato il modello transazionale dello stress elaborato da Richard S. Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987) e la sua estensione allo studio dell'infertilità (Stanton e Dunkel-Schetter, 1999; Van den Broeck et al., 2010). Lazarus ha definito erronee entrambe le concezioni dello stress come stimolo o risposta. Egli ha proposto un approccio relazionale secondo il quale, per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente, occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Per spiegare meglio tale concetto Lazarus ha suggerito l'analogia dell'altalena (Tab. 4) ai cui due fulcri ci sono rispettivamente le richieste ambientali e le risorse personali.

Tabella 4 - Analogia dell'altalena (Fonte: Lazarus, 1999)

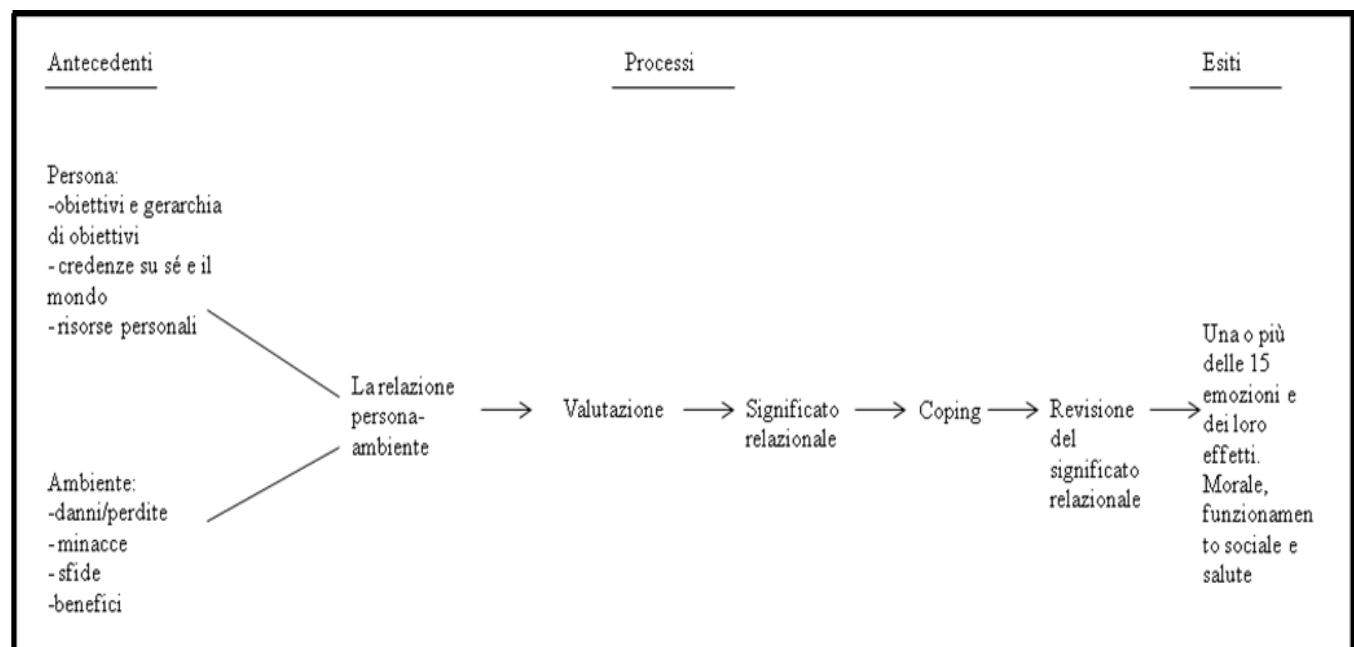


Se le risorse della persona e le richieste ambientali si bilanciano si verifica una situazione non stressante. Se le richieste ambientali sono di gran lunga inferiori alle risorse dell'individuo, invece, questi può percepire una mancanza di coinvolgimento nella situazione e conseguente noia. Se il peso delle richieste ambientali eccede le risorse della persona, infine, si instaura una relazione stressante individuo-ambiente. Lazarus ha però precisato che tale equilibrio di forze non deriva da caratteristiche oggettive dell'ambiente e della persona ma è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente e per questo denominato significato relazionale.

Avendo rifiutato l'interpretazione dello stress semplicemente in termini di stimolo o di risposta, Lazarus ha asserito che il suo modello (Tab.5) rappresenta l'analisi di un sistema caratterizzato da:

- antecedenti causali, che fanno riferimento a variabili situazionali e personali;
- processi di mediazione;
- effetti sulla sfera sociale, psicologica e fisica.

Tabella 5 - Modello transazionale dello stress (Fonte: Lazarus, 1999)



a) Antecedenti causali

Gli antecedenti causali rappresentano le caratteristiche dell'ambiente e dell'individuo, tra le quali secondo Lazarus esiste una interazione dinamica o transazione. Essi dunque comprendono variabili situazionali e personali.

Per quanto riguarda le variabili situazionali, queste fanno riferimento ad aspetti legati all'ambiente sociale e relazionale e a quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti. Tra le variabili situazionali Lazarus ha annoverato le seguenti:

richieste;

prescrizioni sociali;

opportunità;

cultura;

novità;

prevedibilità;

incertezza degli eventi;

fattori temporali;

ambiguità;

periodo dell'evento stressante in relazione al ciclo di vita.

1. *Richieste.* Le richieste consistono in pressioni implicite o esplicite da parte dell'ambiente sociale ad assumere determinati comportamenti e a mostrare atteggiamenti socialmente accettati. Le richieste di conformarsi alle convenzioni sociali sono molteplici e tra queste Lazarus ha citato la pressione a scegliere un certo tipo di lavoro, ad amare e ad essere amati, ad essere riflessivi e gentili, ad essere rispettati e ammirati e a prendersi cura dei propri figli. Molte di queste richieste col tempo divengono interiorizzate così che è difficile scindere nettamente le pressioni interne da quelle esterne. Tali pressioni, e i conflitti che esse

possono generare con gli obiettivi e le convinzioni individuali, sono tra le più evidenti fonti di stress psicologico.

2. *Prescrizioni sociali*. Diversamente dalle pressioni sociali che inducono le persone ad agire in determinati modi, le prescrizioni sociali definiscono ciò che l'individuo non dovrebbe fare; esse comportano punizioni se violate. Un esempio di prescrizione sociale riguarda la regolazione del comportamento aggressivo, trasmessa dai genitori ai figli già dall'infanzia. Lazarus ha affermato che le prescrizioni sociali sono rilevanti nella misura in cui interferiscono, facilitando o complicando, il processo di coping; quando, cioè, i comportamenti adottati dagli individui per fronteggiare la situazione sono in contrasto con i parametri delle prescrizioni sociali.

3. *Opportunità*. L'opportunità è un'altra variabile situazionale che influenza la valutazione della situazione. Essa fa riferimento alla capacità di cogliere una evidente coincidenza fortunata oppure di riconoscere potenziali opportunità nelle esperienze della vita che l'individuo affronta.

4. *Cultura*. Lazarus ha affermato che la cultura esercita un'influenza importante sul modo in cui una specifica situazione viene valutata dall'individuo e sull'espressione emotiva che ne consegue. Tuttavia egli ha anche sottolineato che le differenze culturali rilevate nelle ricerche sulle emozioni (Lutz e White, 1986), sebbene significative, sono modeste. Alcune ricerche (Mauro et al. 1992), inoltre, non hanno evidenziato la presenza di tali differenze. Secondo Lazarus questi risultati sottolineano che la cultura non è un concetto monolitico in quanto le persone cresciute all'interno di una stessa cultura non avranno tutti gli stessi valori e obiettivi. Pertanto egli ha suggerito di prestare molta attenzione, oltre agli aspetti culturali, anche a questo tipo di variabili personali esaminate più avanti, valori e convinzioni individuali, nello studio delle variabili che influiscono sulla valutazione della situazione.

5. *Novità*. L'essere umano deve inevitabilmente affrontare delle situazioni nuove. Se la situazione è completamente nuova e non possiede aspetti vissuti in esperienze precedenti e associati a un danno o a un beneficio, l'individuo inizialmente non valuterà la situazione

come una minaccia o una sfida. Tale situazione del tutto sconosciuta, però, avrà un carattere ambivalente fino a che l'individuo non riuscirà ad attribuire un significato alla situazione stessa. Inoltre, la mancata conoscenza della situazione, e quindi delle strategie di coping da adottare per fronteggiarla, può essere essa stessa avvertita come una minaccia. Tuttavia la maggior parte delle situazioni non sono completamente nuove e il modo in cui l'individuo le valuta deriva dal grado di novità delle stesse.

6. *Prevedibilità*. La prevedibilità implica che alcune caratteristiche di una situazione possano essere previste dall'individuo. La possibilità di fare delle previsione consente di adottare delle strategie di coping in maniera più consapevole e di avvertire una sensazione di controllo sulla situazione che si affronta.

7. *Incertezza degli eventi*. L'incertezza degli eventi rimanda alla nozione di probabilità. Lazarus ha affermato che il carattere incerto di un evento influenza il modo in cui questo è valutato dall'individuo e che gli eventi più incerti sono quelli maggiormente stressanti. L'individuo, infatti, deve considerare una pluralità di possibili esiti; questo può generare pensieri e comportamenti conflittuali oltre che uno stato di confusione rispetto alle strategie di coping da adottare.

8. *Fattori temporali*. I fattori temporali fanno riferimento a tre elementi: l'imminenza, la durata e l'incertezza temporale. L'imminenza fa riferimento a quanto tempo resta fino a che un evento si verifichi. Lazarus ha affermato che maggiore è l'imminenza di un evento e maggiore è il bisogno dell'individuo di valutare l'impatto di tale evento e il modo in cui fronteggiarlo. La durata fa riferimento a quanto tempo dura un evento stressante. La durata di un evento è un elemento importante da considerare per l'influenza che essa esercita sugli effetti dell'evento stesso. L'incertezza temporale, infine, si riferisce alla mancata conoscenza di quando si verificherà l'evento ed è da collegare al concetto di imminenza; un evento cioè è stressante nella misura in cui non si conosce l'imminenza dell'evento stesso.

9. *Ambiguità*. Lazarus, inoltre, ha sottolineato l'importanza dell'ambiguità dell'evento. Il concetto di ambiguità non fa riferimento alla confusione soggettiva dell'individuo circa il

significato dell'evento ma alla mancanza di chiarezza connessa all'evento stesso. In presenza di un evento ambiguo la valutazione dell'evento in questione sarà influenzata maggiormente dalle caratteristiche personali dell'individuo.

10. *Periodo dell'evento stressante in relazione al ciclo di vita.* Un evento stressante si verifica in una precisa fase del ciclo di vita della persona e in relazione ad altri eventi. Esso può assumere il carattere di evento normativo oppure verificarsi troppo presto e non dare alla persona la possibilità di prepararsi ad affrontarlo.

Per quanto riguarda le variabili disposizionali, queste fanno riferimento ad alcune caratteristiche personali tra le quali Lazarus ha citato le seguenti:

obiettivi;

convinzioni personali ed esistenziali;

risorse personali.

1. *Obiettivi.* Gli obiettivi rappresentano ciò che è importante conseguire per l'individuo. Gli obiettivi e gli aspetti motivazionali a essi connessi sono fondamentali nel modello dello stress di Lazarus. Egli, infatti, ha affermato che senza obiettivi, e la conseguente motivazione per raggiungerli, non ci sarebbero neanche fonti di stress. Lazarus, inoltre, ha sottolineato l'esistenza di una gerarchia di obiettivi; gerarchia che dipende dai valori dell'individuo e dalla probabilità di poter conseguire gli obiettivi prefissi.

2. *Convinzioni personali ed esistenziali.* Le convinzioni personali ed esistenziali riguardano il modo in cui si concepisce se stessi e il proprio posto nel mondo. Tali credenze condizionano sia le aspettative su ciò che accadrà nella vita sia ciò che si spera o si teme che accada. Tra le convinzioni personali Lazarus ha esaminato in particolare la convinzione di poter esercitare un controllo sugli eventi della propria vita; convinzione che ha un peso rilevante nella valutazione delle situazioni da affrontare. Le credenze esistenziali, invece, riguardano il destino o la religione e aiutano a mantenere la speranza.

3. *Risorse personali.* Tra le risorse personali che influenzano l'individuo nel valutare e fronteggiare la situazione, Lazarus ha fatto particolare riferimento all'intelligenza, alle competenze sociali, al livello di istruzione, alla disponibilità economica, a tratti di personalità e allo stato di salute. Il possedere tali risorse influenza notevolmente le possibilità di successo nel processo di adattamento agli eventi della vita.

b) Processi di mediazione

I processi di mediazione hanno la funzione di mediare la relazione tra le caratteristiche situazionali e le caratteristiche disposizionali. Per processi di mediazione Lazarus intende sia la valutazione cognitiva della situazione sia le strategie di coping per fronteggiarla.

Per quanto riguarda la valutazione cognitiva della situazione, Lazarus ha affermato che gli individui valutano costantemente gli eventi dal punto di vista del significato che tali eventi rivestono in relazione al proprio benessere. Questo concetto di valutazione cognitiva che l'individuo fa della situazione rappresenta un elemento fondamentale del modello teorico di Lazarus; in particolare, l'autore distingue due tipi di valutazione: la valutazione primaria e la valutazione secondaria. La valutazione primaria è rivolta all'evento e al significato che il soggetto gli attribuisce rispetto al proprio benessere. Essa può essere di tre tipi: danno già sperimentato; minaccia, che rappresenta un danno atteso; sfida, intesa come potenziale dominio della situazione. A questi tipi di valutazione Lazarus ha aggiunto la valutazione dei benefici derivanti dalla situazione stessa. Per valutazione secondaria, invece, Lazarus intende la considerazione delle risorse e opzioni disponibili per gestire il danno reale o potenziale (valutazione del coping). La valutazione secondaria è strettamente connessa alla primaria in quanto l'entità del danno percepito dipende anche da quante risorse l'individuo crede di poter adoperare nella situazione da affrontare.

Per quanto riguarda il coping, Lazarus lo ha definito come uno sforzo cognitivo e comportamentale che l'individuo compie per far fronte a un evento stressante, sottolineando che lo sforzo di coping (o fronteggiamento dell'esperienza stressante) non è direttamente proporzionale alla riuscita dello stesso e che, pertanto, tale termine è adoperato sia in riferimento ad un processo adattivo che in riferimento ad un processo disadattivo. Il coping

ha due funzioni fondamentali: cambiare la difficile relazione con l'ambiente e modificare lo stato emozionale del soggetto. La prima funzione, che l'autore definisce focalizzata sul problema (problem-focused), comprende strategie ed azioni il cui scopo consiste nel ridurre l'impatto negativo della situazione tramite un cambiamento esterno della situazione stessa. La seconda funzione, invece, è focalizzata sull'emozione (emotion-focused) e le strategie messe in atto sono tese alla modifica dell'esperienza soggettiva spiacevole e delle emozioni negative che la accompagnano.

Nello studio del modo in cui le persone affrontano gli eventi della vita, il coping, questo è stato considerato da Lazarus come un processo. La nozione di processo implica il verificarsi di cambiamenti nel corso del tempo e nel passare da una situazione a un'altra. Studiare il coping come un processo implica che siano soddisfatte tre condizioni. In primo luogo occorre osservare il tipo di coping che l'individuo mette in atto nella specifica situazione e non il coping in generale, in quanto quest'ultimo rimanda alla nozione di tratto. In secondo luogo tali osservazioni devono essere condotte in contesti specifici in quanto il coping come processo può essere studiato solo avendo la possibilità di comparare ciò che avviene in contesti diversi. In terzo luogo il coping deve essere osservato non solo in contesti diversi ma anche in momenti diversi all'interno di uno stesso contesto.

Lazarus ha inoltre affermato che un altro processo di mediazione è svolto dal supporto sociale, il quale si riferisce alla natura delle interazioni che avvengono nelle relazioni sociali e al modo in cui esse sono valutate dalla persona. Riprendendo Schaefer (1982) Lazarus ha indicato tre tipi di supporto sociale: emotivo, che consiste nel rassicurare l'altro e contribuisce alla sensazione di essere amati; concreto, come il fare regali o prendersi cura di qualcuno se malato; informativo, che consiste nel fornire informazioni o consigli.

c) Effetti sulla sfera sociale, psicologica e fisica

Il fronteggiamento di un evento stressante comporta degli effetti sulla sfera sociale, psicologica e somatica.

Per quanto riguarda la sfera sociale, Lazarus ha affermato che il percepire una situazione come una minaccia può portare le persone al ritiro sociale o ad assumere dei comportamenti ostili e aggressivi. Di contro, il saper cogliere la sfida insita in una

situazione incoraggia l'iniziativa e l'apertura, incrementando il numero e la qualità degli scambi comunicativi con gli altri. Entrambi questi principi sono applicabili anche al contesto lavorativo. Da una prospettiva sociologica più ampia ciò che può venire intaccato o rafforzato è lo specifico ruolo sociale rivestito dal soggetto.

Per quanto riguarda la sfera psicologica, invece, Lazarus ha sottolineato l'impatto che l'affrontare degli eventi stressanti può esercitare sui vissuti emotivi; impatto emotivo che, a lungo andare, influenza lo stesso benessere psicologico. Lazarus, in particolare, ha distinto vari tipi di emozioni: emozioni spiacevoli, quali rabbia, invidia e gelosia; emozioni legate alla minaccia nei confronti del proprio senso di identità, quali ansia, paura, colpa e vergogna; emozioni provocate da condizioni sfavorevoli, quali sollievo, speranza e tristezza; emozioni empatiche, quali gratitudine e compassione; emozioni provocate da condizioni di vita favorevoli, quali felicità, orgoglio e amore.

Per quanto riguarda la sfera somatica, esistono tre possibili ripercussioni sulla salute fisica. In primo luogo le strategie di coping adottate possono indurre stati d'animo che comportano modificazioni nel sistema fisiologico influenzando la frequenza, l'intensità e la durata delle reazioni neurochimiche da stress. In secondo luogo il ricorso a strategie di coping centrate sull'uso di alcol, tabacco o sostanze stupefacenti può esporre l'individuo ad elevati rischi di mortalità. In terzo luogo, infine, le strategie di coping centrate sull'emozione possono impedire l'attuazione di comportamenti adattivi che consentono di preservare un buono stato di salute.

Lazarus, infine, ha sottolineato che il modello da lui teorizzato è ricorsivo per cui gli stessi effetti dell'esperienza stressante influenzeranno, a loro volta, il significato relazione che l'individuo attribuisce alla situazione.

Molte ricerche condotte sull'infertilità hanno fatto riferimento al modello transazionale di Lazarus. Stanton e Dunkel-Schetter (1999), in particolare, hanno proposto di pensare all'infertilità come ad una potenziale esperienza stressante, caratterizzata dalla relazione tra la coppia e la propria condizione di infertilità e valutata in relazione al significato di danno, minaccia o sfida che essa assume per la coppia e alle proprie risorse per fronteggiarla. Dal momento che Lazarus ha attribuito un ruolo centrale agli obiettivi e alle motivazioni dell'individuo, se la genitorialità costituisce un obiettivo importante per la

coppia l'infertilità può costituire un'esperienza altamente stressante. Per quanto riguarda i due tipi di valutazione della situazione, primaria e secondaria, Stanton e Dunkel-Schetter hanno affermato che la valutazione primaria risponde all'esigenza di valutare la natura e la grandezza delle minacce e delle sfide che accompagnano l'infertilità, ad esempio i sentimenti di autostima e la sicurezza finanziaria. Allo stesso tempo, la valutazione primaria esamina se l'esperienza di infertilità può costituire un'opportunità per la crescita personale e per il rafforzamento del legame col partner. Nella valutazione secondaria, invece, l'individuo valuta cosa può fare e quali strategie di coping può adottare per fronteggiare tale esperienza caratterizzata da una perdita di controllo in un ambito che l'individuo tende generalmente a ritenere controllabile.

Entrambe le strategie di coping, centrate sul problema o sulle emozioni, possono essere efficaci nel fronteggiare l'esperienza di infertilità. Le strategie di coping centrate sul problema possono aiutare la coppia a proseguire il lungo percorso diagnostico e terapeutico; le strategie di coping centrate sull'emozione, invece, possono mitigare il conseguente disagio emotivo e la percezione di mancanza di controllo sulla situazione. Il disagio psicologico percepito dalle coppie infertili sarà il risultato della interazione tra le variabili disposizionali e situazionali mediate dalla valutazione primaria e secondaria e dalle strategie di coping utilizzate.

Molto di recente alcuni studiosi (Van den Broeck et al., 2010) hanno declinato il modello transazionale di Lazarus nello studio dell'infertilità integrandolo con alcuni apporti della psicologia dello sviluppo. Essi hanno così dato vita a un modello interpretativo specifico dell'esperienza di infertilità caratterizzato da quattro livelli.

Il primo livello comprende tre elementi: le caratteristiche di personalità quali l'autocritica e la dipendenza; il tipo di attaccamento al partner; la motivazione ad avere un figlio.

Secondo gli autori, infatti, e in accordo a Blatt e Bass (1996), l'abilità di far fronte ai problemi dipende dall'equilibrio che l'individuo riesce a raggiungere tra relazionalità, cioè la capacità di creare relazioni interpersonali mature, complesse e soddisfacenti, e autodefinizione, cioè lo sviluppo di un senso di sé differenziato, integrato e positivo. In quest'ottica la vulnerabilità individuale è legata allo squilibrio tra relazionalità e autodefinizione. L'autocritica e la dipendenza si riferiscono proprio a squilibri in questi due

poli. L'autocritica è caratterizzata da una tendenza autovalutativa eccessiva combinata con una forte enfasi su elevati standard personali a scapito delle relazioni interpersonali. La dipendenza è caratterizzata da preoccupazioni concernenti le relazioni interpersonali e dall'ottenere rassicurazioni e amore a scapito dello sviluppo di un chiaro e stabile concetto di sé.

Altro aspetto importante sottolineato dagli autori (Van den Broeck et al., 2010) in questo primo livello del modello, riferendosi alla teorizzazione di Bowlby (1969), è costituito dal tipo di attaccamento sviluppato dall'individuo. In particolare gli autori fanno riferimento al tipo di attaccamento che caratterizza la relazione col partner, ipotizzando che esso possa fungere da moderatore del disagio psicologico, così come emerso da alcune ricerche (Amir, 1999).

Per quanto riguarda il terzo elemento del primo livello, invece, la motivazione a generare un figlio, essa è intesa come un concetto multifattoriale che comprende motivazioni esplicite e implicite legate alla propria storia individuale e alle aspettative sociali. Tali motivazioni sono state collocate sul primo piano del livello perché possono interagire con le succitate caratteristiche di personalità e col tipo di attaccamento al partner. In secondo luogo esse possono influire sul modo in cui l'esperienza di infertilità è valutata dalla coppia, ovvero la valutazione primaria di cui parla Lazarus (1984).

Il secondo livello si riferisce proprio alla valutazione primaria e secondaria (Lazarus 1984, 1999) e alle strategie di coping utilizzate per fronteggiare l'esperienza di infertilità. Il possedere alcune caratteristiche di personalità, come l'essere autocritici e dipendenti, il tipo di attaccamento al partner e le motivazioni che spingono l'individuo a desiderare un figlio influenzano il modo in cui l'esperienza dell'infertilità è vissuta dalle persone infertili ed il tipo di strategie di coping da adottare per fronteggiarla.

Il terzo livello è caratterizzato dall'impatto dell'infertilità su alcuni specifici ambiti: l'intrusività e le preoccupazioni relative all'esperienza di infertilità. Il concetto di intrusività è formulato dagli autori (Van den Broeck et al., 2010) come un sintomo del grado in cui l'infertilità è percepita come una minaccia. Quanto più l'infertilità è valutata come una minaccia (valutazione primaria) e le strategie di coping adottate (valutazione secondaria) sono inefficaci nel fronteggiarla, tanto più l'esperienza di infertilità sarà percepita come intrusiva. Inoltre, tale esperienza comporta una serie di preoccupazioni legate ad alcuni

ambiti della propria vita quali la relazione col partner, il restare in una condizione di childlessness e le relazioni sociali.

Il quarto livello, infine, è caratterizzato dal disagio psicologico generale che fa riferimento a insonnia, ansia, crisi di pianto etc. e rappresenta la conseguenza delle preoccupazioni connesse all'infertilità e della percezione di intrusività legata a questa esperienza.

I primi studi condotti da Van den Broeck (Van den Broeck et al., 2010) per testare questo modello hanno ottenuto dei risultati che depongono a favore dello stesso, sebbene ulteriori ricerche siano attualmente in corso.

Il modello ideato da Van den Broeck (2010) è illustrato di seguito (Tab 6).

Tabella 6 - Modello transazionale dello stress applicato all'infertilità (Fonte: Van den Broeck et al., 2010)

	<i>Caratteristiche psicologiche generali</i>	<i>Caratteristiche specifiche di infertilità</i>	
1	<u>Caratteristiche di personalità</u> Autocritica Dipendenza	<u>Attaccamento al partner</u> Dimensione di ansia Dimensione di evitamento	<u>Motivazione ad avere un figlio</u> Integrazione biopsicosociale Genitorialità Seconda possibilità Crescita relazionale
2	<u>Coping</u> Attivo Palliativo Evitamento Supporto Sociale Passivo Espressione di emozioni negative Pensieri confortanti		
3	<u>Intrusività</u> Intrusione Evitamento	<u>Preoccupazioni specifiche connesse all' infertilità</u> Rifiuto di uno stile di vita senza figli Bisogno di genitorialità	
4	<u>Distress psicologico generale</u> Distress globale		

I.3.2 Il modello biopsicosociale

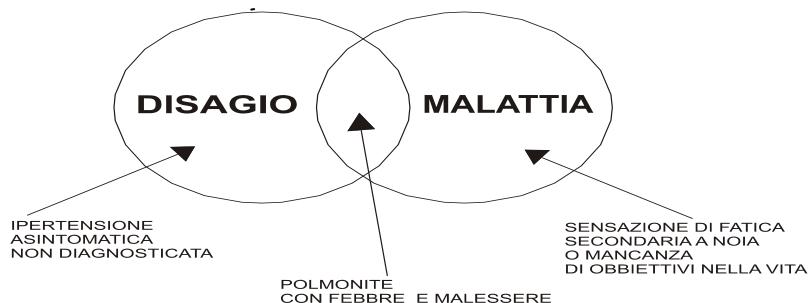
Il modello biopsicosociale nasce dalle prime riflessioni di Engel (1979) sui limiti del modello biomedico e sull'importanza di considerare non solo gli aspetti fisiologici ma anche quelli psicologici e sociali degli individui che presentano un disagio. In altre parole l'approccio biopsicosociale richiede una valutazione più ampia dell'individuo; valutazione che affianca ai tradizionali controlli medici una esplorazione approfondita delle dimensioni psicologiche e sociali.

Alcuni autori (Herman, 1989) hanno criticato questo approccio in quanto lo hanno ritenuto, sebbene corretto su un piano teorico, poco applicabile da un punto di vista pratico. La critica che è stata rivolta a tale modello risiede nel fatto che tale approccio non spiega come fare a comprendere l'interazione tra le componenti biologiche, psicologiche o sociali del disturbo presentato e, soprattutto, come riuscirci in un tempo limitato. Herman (1989) ha affermato che per comprendere realmente il significato del disagio secondo un approccio biopsicosociale bisogna indagare dapprima gli aspetti fisiologici e poi in un secondo momento anche quelli psicologici e sociali, non per questo meno importanti. Tuttavia neanche Herman ha delineato delle linee-guida chiare e definite.

Altro apporto significativo che tenta di affrontare queste carenze legate al modello biopsicosociale deriva dagli studi di Weston (1989; 2005). Weston ha suggerito di prestare attenzione a quattro elementi quando si vuole comprendere l'origine di un disagio da un punto di vista biopsicosociale: l'idea dell'individuo circa il proprio disagio; i sentimenti e, in particolare, le paure connesse al disagio stesso; le aspettative dell'individuo nei confronti del medico; l'effetto del disagio sullo svolgimento delle usuali attività quotidiane dell'individuo. Weston, inoltre, ha operato una distinzione terminologica tra disagio e malattia. Il termine disagio si riferisce ad alterazioni patofisiologiche; il termine malattia, invece, fa riferimento all'esperienza soggettiva della persona che si sente malata. Questi due concetti non devono necessariamente coesistere. Un individuo, infatti, può avere una ipertensione asintomatica non diagnosticata, che costituisce un grave disagio, e allo stesso tempo non sentirsi malato. Di contro un individuo può sentirsi cronicamente stanco a causa della noia e della mancanza di obiettivi di vita e avvertire una forte sensazione di essere malato, non avendo però nessun disagio. Infine un individuo con febbre e polmonite

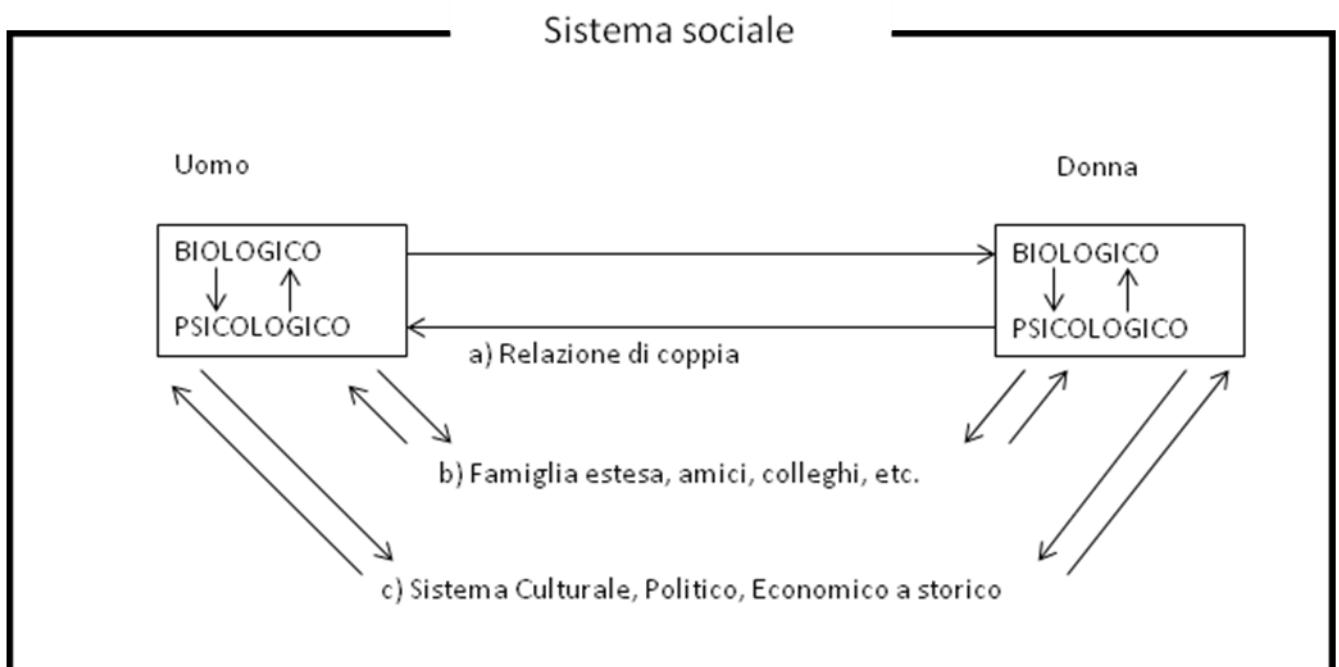
presenta sia un disagio che una malattia. Quanto detto è rappresentato graficamente di seguito (Tab. 7).

Tabella 7 – Relazione tra disagio e malattia (Fonte: Weston, 2005)



Lee Williams (Williams et al., 1992) ha applicato il modello biopsicosociale allo studio dell'infertilità (Tab. 8), evidenziando l'importanza che in tale ambito rivestono i fattori biologici, psicologici e sociali.

Tabella 8 – Il modello biopsicosociale applicato all'infertilità (Fonte: Williams et al, 1992)



Comprendere lo stress legato all'infertilità alla luce del modello biopsicosociale implica secondo Williams l'esame dell'interazione dei seguenti aspetti:

fattori biologici;

fattori psicologici;

relazione di coppia;

relazioni con familiari, amici e colleghi;

contesto culturale, politico, economico e storico.

a) I fattori biologici

Per quanto riguarda gli aspetti biologici connessi all'infertilità l'autore (Williams et al, 1992) si è soffermato sia sugli esami clinici da effettuare per diagnosticare la causa dell'infertilità sia sui trattamenti cui ricorrere per generare un figlio.

La prima indagine cui la coppia si deve sottoporre concerne l'esplorazione della propria vita sessuale per escludere l'eventualità che il mancato concepimento sia legato all'assenza di rapporti sessuali nei giorni fecondi. I principali esami che deve effettuare la donna sono: esame pelvico per rilevare anomalie strutturali; esame del sangue per controllare il livello degli ormoni nel corso del ciclo mensile; il rilevamento giornaliero della temperatura basale del corpo per individuare il momento dell'ovulazione; l'isterosalpingografia per osservare la pervietà o impervietà delle tube; laparoscopia per osservare la presenza di eventuali adesioni o endometriosi.

L'uomo, invece, si deve sottoporre all'analisi del liquido seminale per controllare la quantità e la qualità degli spermatozoi; questi, inoltre, vengono messi in contatto con un campione di sangue maschile e femminile per rilevare l'eventuale presenza di anticorpi maschili e/o femminili che agiscano contro gli stessi spermatozoi.

Una volta effettuate le analisi, si riceve una diagnosi che può essere di quattro tipi:

- diagnosi femminile, potenzialmente dovuta alla presenza di endometriosi, disturbi nell'ovulazione, impervietà delle tube, problemi all'utero, difficoltà di interazione tra il muco cervicale e gli spermatozoi e malformazioni vaginali;

- diagnosi maschile, dovuta a problemi ormonali e testicolari che comportano una scarsa produzione e/o qualità del liquido seminale;
- diagnosi mista, dovuta alla presenza di alcune problematiche in entrambi i membri della coppia;
- diagnosi sconosciuta, che indica che nessuna anomalia è stata riscontrata nelle analisi effettuate.

Per quanto riguarda i trattamenti di PMA, invece, questi possono essere molto invasivi e stressanti non solo da un punto di vista fisico ma anche psicologico. Esempi ne sono la richiesta rivolta all'uomo di produrre campioni di liquido seminale all'interno dell'ospedale e il sottoporre le donne ad interventi di PMA sullo stesso piano di donne che stanno per partorire. I trattamenti possono essere di due tipi:

- tecniche di I livello, che prevedono una fecondazione in vivo, ossia una fecondazione che avviene nel corpo della donna, all'interno del quale è iniettato il liquido seminale;
- tecniche di II livello, che comportano una manipolazione dei gameti femminili e maschili e prevedono quasi sempre una fecondazione in vitro.

b) I fattori psicologici

Gli aspetti psicologici concernono sia gli aspetti cognitivi dell'individuo, quali conoscenze e convinzioni, sia l'impatto che l'esperienza dell'infertilità esercita sul vissuto emotivo; essa, infatti, è stata definita una crisi di vita (Menning, 1980) che comporta sentimenti quali tristezza, depressione, rabbia, disperazione, confusione, imbarazzo, umiliazione, colpa e paura (Valentine, 1986).

c) La relazione di coppia

Oltre ad essere una sfida per l'individuo, Williams ha sottolineato che l'infertilità rappresenta una sfida anche per la coppia intesa come unità. Egli ha esaminato la relazione di coppia alla luce di tre aspetti:

1. il dover prendere delle decisioni condivise;

2. la sfera sessuale;
3. le differenze di genere.

1. *Il dover prendere delle decisioni condivise.* Una delle sfide più difficili per la coppia è rappresentata dalla moltitudine di scelte da prendere insieme quali, ad esempio, a chi dire della propria infertilità e quanto condividere di questa esperienza con gli altri, quando cominciare un trattamento o interromperlo, che tipo di trattamenti effettuare e il considerare la possibilità di soluzioni alternative come l'adozione. Inoltre la natura dinamica dell'esperienza di infertilità comporta spesso una rivalutazione delle prime decisioni, anche a causa del notevole costo economico a essa connesso, e una riformulazione degli obiettivi di vita.

2. *La sfera sessuale.* L'esperienza di infertilità può avere delle ripercussioni negative anche sulla sfera sessuale. Per molte coppie, infatti, l'atto sessuale diviene meramente funzionale al concepimento e perde la sua connotazione piacevole. Di conseguenza, oltre a diminuire il grado di soddisfazione sessuale, si possono manifestare delle vere e proprie disfunzioni sia nell'uomo che nella donna. L'uomo può andare incontro ad episodi di impotenza; nella donna, invece, possono insorgere problematiche quali l'anorgasmia e il vaginismo.

3. *Le differenze di genere.* Molto spesso gli uomini e le donne vivono l'esperienza di infertilità in maniera diversa. Tali differenze concernono sia gli aspetti emotivi che il modo di affrontare tale esperienza.

Williams ha affermato che le donne sono più coinvolte dai trattamenti di PMA non solo sul piano fisico ma conseguentemente anche su quello emotivo.

Per quanto riguarda il modo di affrontare l'esperienza di infertilità, invece, egli ha sottolineato che le donne tendono maggiormente a ricercare il supporto sociale mentre per gli uomini questa modalità di coping può risultare più stressante rispetto all'evitare di parlare della propria infertilità con gli altri.

Tali differenze possono generare delle incomprensioni e alimentare delle conflittualità all'interno della coppia.

d) *Le relazioni con familiari, amici e colleghi*

Un'altra sfida importante consiste nell'accordarsi su cosa dire a familiari, amici e colleghi e quanto condividere con gli altri della propria esperienza. Familiari e amici possono essere una importante fonte di sostegno per la coppia che affronta un percorso di PMA. Secondo il modello proposto da Williams, attraverso il loro sostegno essi possono esercitare un'influenza diretta sull'individuo e quindi anche sulla relazione di coppia.

e) *Il contesto culturale, politico, economico e storico*

Williams, infine, ha affermato che l'individuo va considerato anche in riferimento al contesto culturale, politico, economico e storico in cui lo stesso è immerso. L'individuo, quindi, rappresenta una unità psicosomatica che è inserita in sistemi sempre più ampi. Il primo di questi sistemi è la coppia, che è a sua volta inserita in una rete di relazioni con parenti, amici e colleghi. Non solo tali relazioni ma anche il più ampio contesto culturale, politico, economico e storico possono esercitare una notevole influenza sull'individuo e sulla coppia, incidendo sul modo in cui viene valutata e affrontata l'esperienza di infertilità.

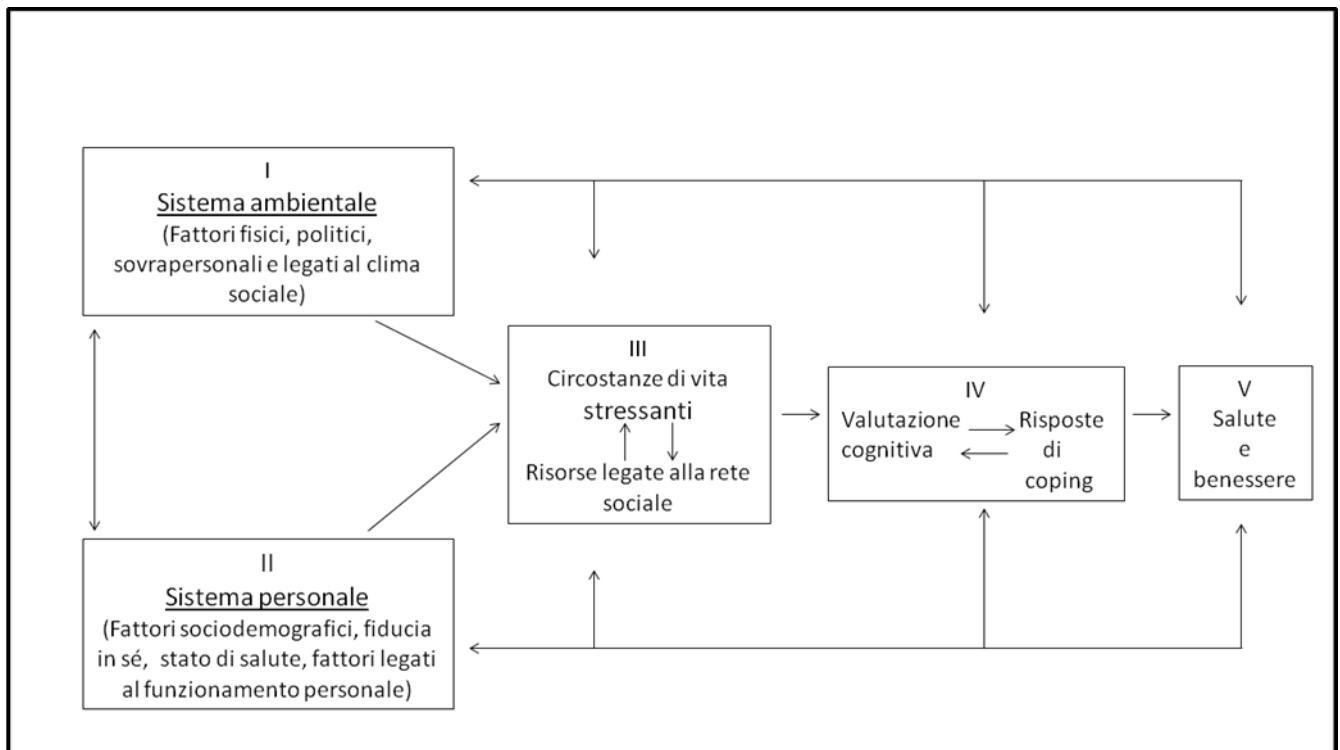
Da un'interessante ricerca condotta da Mahajan (Mahajan et al., 2009) alla luce del modello biopsicosociale, è emerso che nel processo di adattamento all'esperienza di infertilità il supporto familiare e la religiosità si configurano come dei fattori protettivi. Di contro, l'uso di strategie di coping di tipo evitante, il forte desiderio di un figlio e la mancanza di soddisfazione sessuale si configurano come dei fattori di rischio.

I.3.3 Il modello socio-ecologico

Il modello socio-ecologico dello stress (Tab. 9) ideato da Rudolf H. Moos (1984; 2002) riprende il modello transazionale di Lazarus ma focalizza la sua attenzione sui fattori contestuali e sui processi attraverso i quali fattori contestuali e risorse personali influenzano l'adattamento e lo sviluppo individuale. Partendo dalla conoscenza degli effetti degli ospedali psichiatrici sui pazienti che sono stati a lungo ospiti degli stessi, il modello di Moos è stato dapprima usato per comprendere meglio l'interazione delle variabili che intervengono in tali tipi di contesti; successivamente esso è stato applicato anche all'ambito

scolastico, familiare e lavorativo (Moos 1979, 1981). L'intento di Moos è consistito nella formulazione di un modello che approfondisse la conoscenza degli specifici fattori contestuali per comprendere il diverso grado di influenza degli stessi sul benessere individuale e poter sviluppare strategie di intervento più efficaci.

Tab. 9 Il modello socio-ecologico (Fonte: Moos, 1984)



Secondo il modello di Moos la relazione tra le circostanze di vita stressanti e l'adattamento alle stesse è influenzata dal sistema ambientale, dal sistema personale, dalla rete sociale, dalla valutazione della situazione e dalle strategie di coping. Tale modello sostiene che esiste un'interazione tra fattori ambientali, fattori personali, percezione del supporto sociale e circostanze di vita stressanti e che tale interazione influisce sia sul modo in cui viene valutata la situazione stressante che sulla scelta delle strategie di coping da adottare per fronteggiarla, producendo degli effetti negativi o positivi sul benessere dell'individuo. Moos ha sottolineato che tali processi non sono lineari e che una reciproca influenza tra di essi può verificarsi costantemente. In particolare Moos ha analizzato i seguenti elementi:

- a) sistema ambientale;

- b) sistema personale;
- c) condizioni di vita stressanti;
- d) valutazione della situazione e strategie di coping;
- e) effetti sulla salute e sul benessere.

a) *Il sistema ambientale*

Il sistema ambientale si riferisce a delle condizioni relativamente stabili di specifici contesti. Moos (1984; 2002) ha affermato che esso è un sistema dinamico composto da:

- caratteristiche fisiche e architettoniche dell'ambiente;
- sfera politica;
- fattori sovrapersonali, quali il background sociale delle persone che vivono in un posto e il loro grado di diversità;
- fattori legati al clima sociale.

Moos, in particolare, si è soffermato sull'analisi del clima sociale, che ha suddiviso in tre dimensioni: dimensione relazionale, dimensione relativa all'orientamento degli obiettivi e della crescita personale; dimensione relativa al cambiamento o alla conservazione del sistema.

La dimensione relazionale fa riferimento al grado di coinvolgimento nelle relazioni con gli altri e, in particolare, al grado di coesione e integrazione, al grado di aiuto e supporto reciproco e al modo in cui le persone esprimono i propri sentimenti.

La dimensione relativa all'orientamento degli obiettivi e della crescita personale, invece, si riferisce a quegli obiettivi verso i quali si è orientati da un dato ambiente; in ambito familiare, ad esempio, tali obiettivi sono il conseguimento dell'indipendenza, la realizzazione personale, la partecipazione ad attività sociali e l'interiorizzazione di valori morali e religiosi.

La dimensione relativa al cambiamento o alla conservazione del sistema, infine, fa riferimento al grado di strutturazione, chiarezza e apertura al cambiamento che caratterizza un contesto.

Queste tre dimensioni sono state studiate da Moos nel contesto familiare in relazione allo sviluppo dei bambini, nel contesto scolastico in relazione all'apprendimento e nei contesti di cura in relazione al miglioramento del paziente.

In ambito familiare Moos (1981) ha rilevato che i bambini che presentano un miglior adattamento da un punto di vista sociale ed emotivo sono quei bambini le cui famiglie sono coese, orientano verso l'indipendenza e sono sufficientemente strutturate.

In ambito scolastico, invece, Moos (1979) ha rilevato che gli studenti che raggiungono un rendimento maggiore sono quegli studenti che hanno una relazione positiva con gli insegnanti e il gruppo dei pari, sono spronati a partecipare attivamente al loro processo di apprendimento e si trovano in contesti scolastici ben organizzati.

In ambito sanitario (Moos, 1974), infine, i pazienti che godono del supporto dei medici, che vengono incoraggiati ad avere un ruolo attivo nel loro processo di cura e che vengono inseriti in programmi sanitari ben strutturati e definiti ottengono dei risultati migliori nel processo di guarigione.

Moos, inoltre, ha sottolineato che i fattori fisici, politici e sovrappersonali si influenzano a vicenda ed incidono sul clima sociale; il clima sociale, a sua volta, svolge una funzione mediatrice e moderatrice sulla salute e l'adattamento.

Moos, infine, ha affermato che adottare una prospettiva socio-ecologica implica anche l'osservazione del modo in cui i diversi contesti del sistema ambientale si influenzano reciprocamente; influenza che può comportare tre esiti: apporto positivo, ovvero un contesto arricchisce gli altri contesti; apporto negativo, ovvero i problemi in un contesto creano tensioni negli altri; compensazione, che si verifica quando la mancanza di risorse in un contesto è compensata dalla presenza di risorse in un altro contesto.

b) *Il sistema personale*

Il sistema personale fa riferimento ai fattori di rischio o alle risorse che derivano dalle caratteristiche dei singoli individui. Esso è costituito da:

- caratteristiche biogenetiche degli individui;
- caratteristiche sociodemografiche;
- capacità di problem-solving;

- abilità cognitive;
- tratti di personalità;
- fiducia in sé e competenza sociale;
- ottimismo ed estroversione;
- stato di salute;
- impegni e aspirazioni.

Moos ha affermato che le variabili personali influenzano e sono influenzate dal sistema ambientale. Egli, in particolare, ha sottolineato che l'essere indipendenti, il percepire un senso di controllo interno e il ricorso a strategie di coping centrate sull'evitamento costituiscono dei fattori che consentono di interagire con diversi ambienti senza esserne troppo influenzati; di contro, le persone aperte al cambiamento, preoccupate di dover essere socialmente accettate e sensibili alle pressioni sociali sono più suscettibili di essere influenzate dal sistema ambientale.

c) *Le condizioni di vita stressanti*

Le condizioni di vita stressanti sono delle condizioni transitorie che comportano dei cambiamenti nella vita degli individui. Esse possono essere di tre tipi: eventi che hanno conseguenze di breve durata; eventi che comportano dei cambiamenti sequenziali; ed eventi che comportano un cambiamento permanente. Moos ha accordato alla rete sociale un ruolo importante rispetto al modo in cui gli individui affrontano questi eventi e ai conseguenti effetti sul benessere individuale. Egli, però, ha suggerito di considerare anche i potenziali cambiamenti che avvengono nell'ambito delle risorse sociali nel corso degli eventi stressanti: se le risorse sociali aumentano, migliora anche il grado di adattamento degli individui a tali eventi; se invece le risorse sociali decrescono, peggiora anche il modo in cui l'individuo riesce ad affrontare gli eventi e i cambiamenti a essi connessi.

d) *La valutazione della situazione e le strategie di coping*

Le condizioni di vita stressanti e le risorse sociali sono strettamente legate sia tra loro sia ai sistemi ambientali e personali. Dall'interazione tra questi fattori derivano i processi di

valutazione della situazione e delle strategie di coping per fronteggiare. La situazione può essere valutata come una sfida o una minaccia, attesa o inattesa e causata da sé, da altri o dall'ambiente naturale.

Per quanto riguarda le strategie di coping, Moos ha accordato loro una duplice funzione: da un lato esse in alcune circostanze possono prevenire il verificarsi di un evento stressante; dall'altro esse servono per fronteggiare l'evento stesso. Moos, inoltre, ha distinto le strategie di coping (Tab. 10) in relazione al loro focus (approccio o evitamento) e in relazione al metodo (cognitivo o comportamentale).

Tabella 10 Dimensioni delle strategie di coping (Fonte: Moos, 2002)

Tipo di coping	Coping centrato sull'approccio	Coping centrato sull'evitamento
Cognitivo	Analisi logica Reinterpretazione positiva	Evitamento cognitivo Accettazione o rassegnazione
Comportamentale	Cercare supporto Risoluzione della situazione	Cercare ricompense alternative Sfogo emotivo

L'analisi logica e la reinterpretazione positiva della situazione riflettono strategie di coping cognitive centrate sull'approccio al problema; le strategie di coping comportamentali centrate sull'approccio al problema, invece, si riferiscono al cercare supporto e al risolvere la situazione. L'evitamento cognitivo e l'accettazione della situazione o rassegnazione costituiscono delle strategie di coping cognitive centrate sull'evitamento del problema; le strategie di coping comportamentali centrate sull'evitamento, invece, consistono nel cercare delle ricompense alternative e nello sfogo emotivo.

Moos ha affermato che generalmente le persone che usano strategie di coping di tipo cognitivo e centrate sull'approccio al problema riescono ad affrontare meglio gli eventi stressanti e a trarre maggiormente beneficio da essi.

e) *La salute e il benessere*

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute e sul benessere, Moos ha affermato che essi possono essere positivi o negativi. La risoluzione di un problema stressante, infatti, può sia favorire la crescita personale, aumentare l'autostima ed incrementare il grado di maturità

personale, sia comportare l'insorgere di disagio emotivo che, influendo sul sistema immunitario, aumenta anche il rischio di malattia fisica.

Moos ha sottolineato che la prospettiva socio-ecologica da lui adottata sostiene l'importanza di attivare dei programmi di intervento che promuovano la crescita e il benessere non solo in presenza di un problema ma anche a fini preventivi e che tali programmi di intervento sono da considerarsi come microsistemi del più ampio sistema ambientale.

Moos, inoltre, ha evidenziato che il suo modello può essere utile sia a livello individuale, migliorando il processo terapeutico attraverso una più approfondita comprensione della persona, sia a livello ambientale, nel caso si vogliano attivare dei processi di cambiamento in determinati contesti; processi che per Moos constano di quattro fasi: valutazione del contesto; discussione e confronto sulla valutazione effettuata; pianificazione e istituzione di specifici cambiamenti; nuova valutazione.

L'apporto originale del modello socio-ecologico consiste nell'aver focalizzato l'attenzione sugli specifici fattori contestuali e sull'influenza che essi esercitano sul modo di valutare e affrontare l'evento stressante. Volendo applicare tale modello all'esperienza di infertilità, bisogna innanzitutto sottolineare la relazione tra gli aspetti biopsicosociali dell'individuo e specifici fattori contestuali legati alla Procreazione Medicalmente Assistita, quali ad esempio gli aspetti fisici e architettonici delle cliniche di PMA, l'organizzazione delle stesse, le possibilità e i limiti previsti dalla legislazione italiana in materia di PMA e il clima sociale che caratterizza tali cliniche. Bisogna anche osservare la reciproca influenza tra il contesto di PMA e i contesti familiari e lavorativi. Tali variabili interagiscono nel corso di quest'evento stressante e foriero di cambiamenti, l'esperienza di infertilità e i relativi percorsi di PMA, sui quali hanno un'influenza significativa anche la rete di relazioni sociali della coppia. Dall'interazione di questi fattori biopsicosociali, contestuali e relazionali dipenderà sia il modo in cui i membri della coppia valuteranno la propria situazione di infertilità che la scelta delle strategie di coping da adottare per affrontarla. Tali processi produrranno degli effetti positivi o negativi sulla salute e sul benessere individuale e di coppia.

Di particolare interesse sarebbe promuovere delle ricerche che consentano di esplorare l'influenza esercitata dal clima sociale che caratterizza le cliniche di PMA sul processo di adattamento dell'individuo alla propria esperienza di infertilità.

I.3.4 Il modello della congruenza delle risorse

A partire dagli studi condotti da Lazarus (Lazarus e Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1966, 1999) Paul T. P. Wong (Wong, 1990, 1993; Wong et al., 2006) ha elaborato un nuovo modello interpretativo dello stress, denominato modello della congruenza delle risorse. Egli ha definito lo stress come qualsiasi condizione che richiede delle risposte di coping; coping inteso come uno sforzo volto a ridurre o incrementare le richieste legate ad una determinata situazione. In altre parole lo stress è una condizione problematica che risulta dalla valutazione di uno squilibrio tra le richieste e le risorse e comporta degli sforzi per ripristinare l'equilibrio.

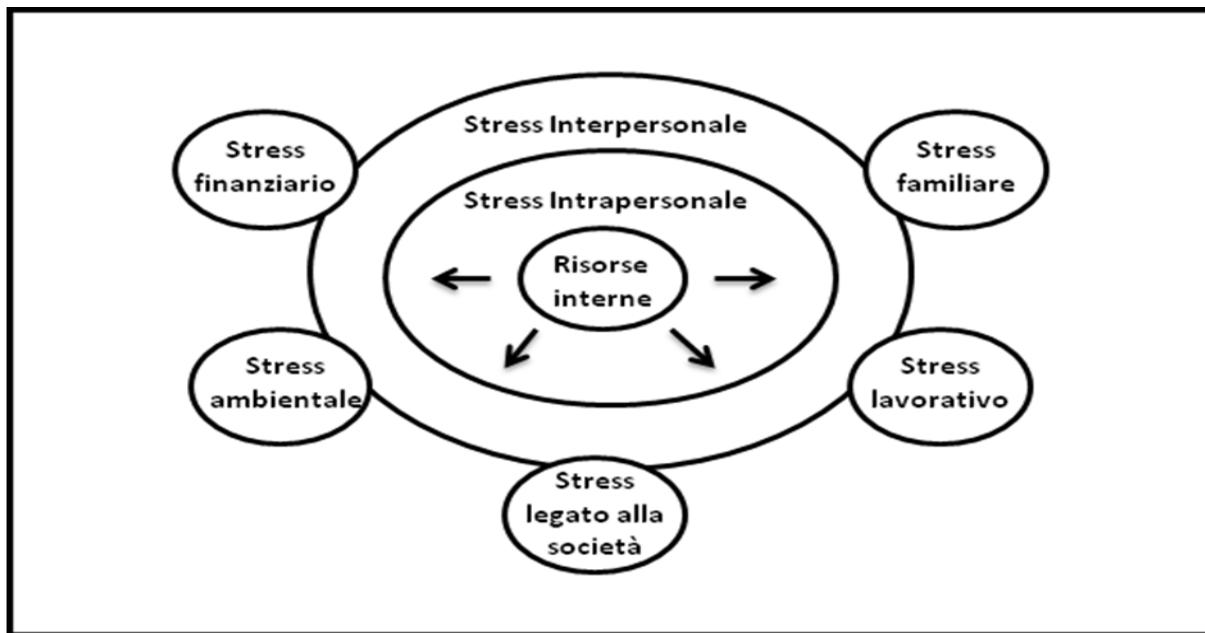
Wong, inoltre, ha affermato che i precedenti modelli dello stress hanno dato eccessivo risalto alle fonti esterne di stress e hanno sottovalutato l'importanza e il ruolo delle fonti interne, come la paura di invecchiare o una crisi ontologica dovuta alla riflessione sul significato della propria esistenza. In quest'ottica le fonti di stress sono viste come un continuum ai cui due poli ci sono la persona e l'ambiente. Avvicinandosi al polo ambientale, le fonti di stress sono relativamente indipendenti dalle caratteristiche personali e sono universalmente stressanti; sul lato opposto, invece, quello personale, le fonti di stress sono relativamente indipendenti dall'ambiente e sono legate alle caratteristiche e alla storia degli individui. Tra questi due poli ci sono delle condizioni stressanti che derivano in misura maggiore o minore da transazioni tra la persona e l'ambiente. Alla luce di quanto detto, lo stress può essere meglio definito come una condizione problematica interna o esterna che crea tensioni e turbamenti nell'individuo e richiede delle risposte di coping.

Wong ha fornito una descrizione approfondita delle varie fonti di stress e della loro relazione con le risorse interne dell'individuo, relazione rappresentata graficamente di seguito (Tab. 11). Le dimensioni esaminate da Wong sono:

- a) risorse interne;
- b) stress intrapersonale;

c) stress interpersonale.

Tabella 11 Dimensioni dello stress nella vita quotidiana (Fonte: Wong, 1993)



a) Risorse interne

Il cerchio centrale rappresenta il nucleo interno dell'individuo, ovvero la forza dell'Io, l'energia psichica e in generale le risorse interne di cui dispone ciascuna persona. La resistenza allo stress dipende dall'avere una vasta riserva di tali risorse. Se queste scemano e si riducono notevolmente l'individuo diviene vulnerabile ai vari disturbi legati allo stress come, ad esempio, depressione e ansia.

b) Stress intrapersonale

Il cerchio leggermente più largo si riferisce allo stress intrapersonale, ovvero alle pressioni e alle richieste provenienti dall'interno dell'individuo. Wong lo ha definito come una forza centrifuga che influenza tutte le aree della vita: se il sistema psichico è pieno di conflitti e tensioni, infatti, l'individuo si sentirà stressato e ansioso e, di conseguenza, il suo malessereemergerà, inducendolo a compiere delle azioni che andranno a proprio discapito nelle diverse sfere della vita. Wong, in particolare, ha distinto lo stress intrapersonale in relazione alla dimensione temporale:

1) stress legato al passato;

2) stress legato al presente;

3) stress legato al futuro.

1) *Stress legato al passato*. Lo stress intrapersonale legato al passato si riferisce a eventi di vita, traumi infantili e conflitti irrisolti. L'essere cresciuti in una famiglia disfunzionale, l'aver subito abusi sessuali e il non aver risolto dei conflitti con i propri genitori sono alcuni degli eventi che possono suscitare sentimenti di colpa e di vergogna che incatenano le persone al proprio passato.

2) *Stress legato al presente*. Lo stress intrapersonale legato al presente comprende crisi esistenziali, reattività emotiva, stress interpretativo e frustrazione.

La crisi esistenziale consiste nella riflessione sul significato delle propria vita, sul perché della propria sofferenza e sulla propria identità.

Anche l'avere un livello di reattività emotiva così elevato da essere costantemente disturbati e sofferenti costituisce un'importante fonte di stress intrapersonale.

Lo stress interpretativo, invece, si riferisce alla tendenza paranoica di vedere un pericolo dietro ogni angolo. Tale tendenza comporta sentimenti di sfiducia e paura e induce gli individui ad attribuire agli eventi un significato diverso da quello reale.

La frustrazione, infine, nasce dal non aver atteso le proprie aspettative e dal non aver realizzato i propri sogni. La frustrazione e la delusione possono condurre al rancore, all'ostilità e alla disperazione.

3) *Stress legato al futuro*. Lo stress intrapersonale legato al futuro fa riferimento allo stress anticipatorio, alla paura dell'incertezza, alla paura di invecchiare e alla paura di morire.

Lo stress anticipatorio e la paura dell'incertezza consistono nell'esperire paure, reali o immaginarie, legate rispettivamente a potenziali sfortune e alla mancata conoscenza dei percorsi che l'individuo intraprenderà nel proprio futuro.

La paura di invecchiare e la paura di morire, invece, sono delle paure sempre presenti che, secondo Wong, l'individuo tende ad allontanare dalla propria coscienza fino a che non è costretto dall'avanzare dell'età a fare i conti con questi aspetti della vita.

c) Stress interpersonale

Il cerchio dello stress interpersonale, infine, comprende specifici ambiti di vita nei quali l'individuo deve interagire con gli altri; interazione la cui qualità influenza il grado di benessere o di malessere percepito. Wong ha suddiviso lo stress interpersonale in:

- 1) stress personale;
- 2) stress familiare;
- 3) stress lavorativo;
- 4) stress legato alla società;
- 5) stress ambientale;
- 6) stress finanziario.

1 *Stress personale.* Lo stress personale deriva dalla mancata adesione a dei ruoli sociali prescritti (come essere genitore o marito) e ai quali ci si aspetta che l'individuo si conformi. Tale stress può comportare uno stato di salute debole, cattive abitudini, difficoltà sessuali, noia e mancanza di partecipazione ad attività ricreative.

2 *Stress familiare.* Lo stress familiare deriva da problematiche di carattere familiare quali, ad esempio, la suddivisione del lavoro domestico, problemi di coppia, rivalità fraterna, conflitti intergenerazionali e malattia e/o morte di un familiare. Tale tipo di stress può comportare, in particolare, l'abuso di alcool, violenze familiari, abusi sessuali e divorzi.

3 *Stress lavorativo.* Lo stress lavorativo è spesso collegato alla percezione di un carico di lavoro pesante, alla sensazione di mancanza di controllo e all'insorgere di ambiguità e conflitti di ruolo. Esso, secondo Wong, deriva generalmente da uno scarso grado di sicurezza sul lavoro, dalla presenza di momenti di valutazione del proprio operato, da politiche di ufficio e da una gestione incompetente e ingiusta.

4 Stress legato alla società. Lo stress legato alla società si riferisce a quei problemi vissuti da una larga porzione di una società o di una comunità quali, ad esempio, la depressione economica, la povertà, tensioni razziali e discriminazioni.

5 Stress ambientale. Lo stress ambientale include sia le condizioni di vita che l'ambiente naturale; esempio ne sono l'inquinamento dell'aria e dell'acqua, l'innalzamento della temperatura, il livello di criminalità, l'affollamento e il livello di rumore della zona in cui si vive.

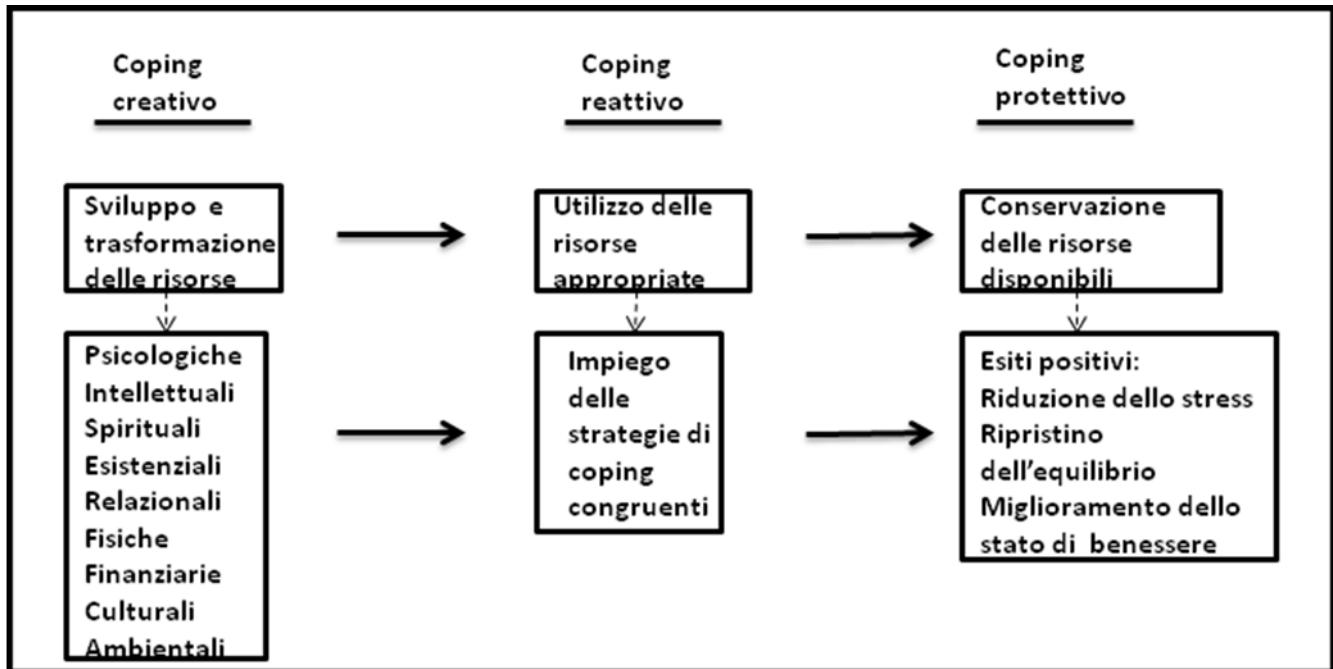
6 Stress finanziario. Lo stress finanziario si verifica sia quando l'individuo non riesce a far fronte alle spese quotidiane, come pagare le bollette, ed è costretto a indebitarsi, sia quando si riveste il ruolo di creditori e gli altri non saldano i loro debiti nei propri confronti.

Partendo dall'analisi delle fonti interne ed esterne di stress, Wong ha elaborato il modello della congruenza delle risorse; tale modello sostiene che il possedere sufficienti risorse e l'uso appropriato di esse sono essenziali per fronteggiare efficacemente le fonti di stress interne ed esterne. Di contro, il non avere sufficienti risorse non consente di affrontare bene tali fonti di stress e rende gli individui vulnerabili ai disturbi connessi allo stress.

Tale modello (Tab. 12) pone l'accento su tre aspetti:

- a) coping creativo;
- b) coping reattivo;
- c) coping protettivo.

Tabella 12 Il modello della congruenza delle risorse (Fonte: Wong, 1993)



a) *Il coping creativo*

Il coping creativo fa riferimento a un tipo di coping proattivo o preventivo, che consiste nello sviluppare una varietà di risorse di carattere psicologico, intellettuale, spirituale, sociale, fisico, finanziario, culturale e ambientale; e coping trasformativo, che consente di trasformare tali risorse e sviluppare un'attitudine positiva nei confronti della vita. Le succitate risorse sono considerate da Wong risorse personali in quanto esse possono essere sviluppate, possedute e utilizzate dall'individuo. Wong, inoltre, ha affermato che esiste un sistema cognitivo-emotivo parallelo alle risorse personali e che si contrappone a esse: le carenze. Egli ha sottolineato che risorse e carenze non sono poli opposti di uno stesso continuum e che quindi accrescere un polo non comporta una riduzione nell'altro; risorse e carenze, infatti, spesso coesistono in uno stato di tensione dinamica. Quindi il coping creativo consiste nel promuovere le risorse personali e contemporaneamente nel ridurre le carenze.

b) *Il coping reattivo*

Il coping reattivo comincia quando insorge una condizione problematica. In questa fase l'individuo valuta la condizione stressante alla luce di un'analisi accurata delle richieste connesse alla condizione e delle risorse disponibili; egli, inoltre, decide quali strategie di

coping adottare per fronteggiare efficacemente la situazione. Wong, quindi, riprende il concetto di valutazione primaria e secondaria di Lazarus (1999), sottolineando, però, che la cultura riveste un ruolo centrale rispetto alla valutazione sia delle condizioni stressanti sia delle strategie di coping per affrontarle efficacemente. Egli, inoltre, ha affermato che usare strategie di coping efficaci non consiste nel rispondere allo stress secondo modalità istintive o abituali ma nel prendere le distanze dalla situazione, fare un'analisi razionale della stessa e chiedersi quale sarebbe la soluzione migliore al problema; solo in questo modo l'individuo diviene in grado di scegliere delle strategie efficaci e congruenti con la condizione problematica. Wong, in particolare, ha sostenuto che le condizioni problematiche differiscono per il grado di controllo che l'individuo può esercitare su di esse e che scegliere delle strategie congruenti implica tenere in considerazione tale aspetto. Egli ha analizzato tre diverse situazioni: nel primo caso, quando una condizione stressante è controllabile dall'individuo dovrebbe prevalere l'utilizzo di strategie di coping focalizzate sulla risoluzione del problema; nel secondo caso, invece, quando la condizione stressante dipende dal controllo degli altri, dovrebbe essere maggiore il ricorso a strategie di coping centrate sul sostegno sociale; nel terzo caso, infine, quando lo stress non è controllabile dall'uomo l'individuo dovrebbe utilizzare maggiormente strategie di coping religiose ed esistenziali.

c) *Il coping protettivo*

L'individuo è in grado di conservare le proprie risorse personali e liberarsi dalla tensione legata alla condizione stressante quando ha raggiunto un certo grado di successo nel processo di adattamento a essa. Tale successo è da ricollegare alla presenza di adeguate risorse e al ricorso a strategie di coping efficaci. Wong ha affermato che l'adozione di strategie di coping efficaci comporta degli effetti positivi a breve e a lungo termine e che per valutare l'efficacia delle strategie di coping occorre analizzare tre indici: l'efficienza in termini di dispendio di energie e risorse; l'efficacia nel raggiungere il desiderato obiettivo di riduzione dello stress e ripristino dell'equilibrio; e la crescita personale in termini di aumentate competenze, autostima e benessere.

La teorizzazione di Wong delle fonti di stress e del modello della congruenza delle risorse, applicata all'esperienza di infertilità, induce in primo luogo a riflettere sulle diverse

fonti di stress interne (legate al desiderio di un figlio) ed esterne (legate alle procedure di PMA e alle relazioni con gli altri) che intervengono in tale esperienza; parimenti essa sottolinea l'importanza di considerare sia le risorse che l'individuo possiede per far fronte alla propria infertilità sia le carenze che lo caratterizzano. Infatti, è a partire dalle proprie risorse e carenze e dal grado di controllo che si percepisce nei percorsi di PMA che le persone valuteranno la propria condizione di infertilità e decideranno quali strategie di coping adottare per fronteggiarla. Tali processi andranno a incidere sullo stato di benessere delle persone infertili accrescendo o riducendo il livello di stress e favorendo o meno la crescita personale. Questo modello dovrebbe sostanziare nuove ricerche che approfondiscano la conoscenza delle fonti di stress connesse all'infertilità e delle risorse che consentono un migliore adattamento a tale esperienza.

I.4 Modelli dello stress connesso all'infertilità: alcune implicazioni per il counselling alle coppie infertili

Alcuni autori (Boivin et al., 2001) hanno affermato che le consultazioni con le persone infertili differiscono dalle altre consultazioni tese al sostegno psicologico in presenza di un sintomo o di un disagio in ambito ginecologico-ostetrico per le seguenti ragioni:

- il focus centrale verte sulla mancata realizzazione del desiderio di avere un figlio;
- il desiderio di un figlio è connesso alla decisione di generare una terza persona non ancora esistente e che pertanto non può essere parte del processo decisionale legato alla PMA;
- il trattamento per avere un figlio comprende un insieme di interventi che spesso non hanno un esito positivo;
- le procedure diagnostiche e i trattamenti medici hanno un profondo impatto sulla vita degli individui in relazione alle dinamiche di coppia, alla sessualità e alla capacità di affrontare i diversi aspetti connessi a questa esperienza.

In accordo alle linee guida della British Infertility Counselling Association (BICA, 2007) il counselling con le coppie infertili deve mirare a:

far comprendere le implicazioni dei vari percorsi di PMA proposti;

fornire supporto emotivo prima, durante e dopo il trattamento scelto;

aiutare le persone a sviluppare delle strategie di coping efficaci per far fronte alle conseguenze a breve e a lungo termine della propria esperienza di infertilità e dei trattamenti da affrontare;

aiutare le persone ad adattarsi alla propria situazione.

Al fine di conseguire i suddetti obiettivi i modelli dello stress precedentemente esaminati costituiscono un utile riferimento teorico nella guida delle aree da esplorare e valutare durante gli incontri di counselling. Di seguito sono illustrate solo alcune delle implicazioni per il counselling derivanti dai modelli su esposti. Nei capitoli successivi inerenti la ricerca, invece, verrà ripreso e approfondito in particolare il modello di Lazarus.

In accordo alla teorizzazione di Wong (2006), che ha ripreso il modello transazionale dello stress di Lazarus (1984), le fonti di stress sono viste come un continuum ai cui due poli ci sono la persona e l'ambiente. Avvicinandosi al polo ambientale, le fonti di stress sono relativamente indipendenti dalle caratteristiche personali e sono universalmente stressanti; sul lato opposto, invece, quello personale, le fonti di stress sono relativamente indipendenti dall'ambiente e sono legate alle caratteristiche e alla storia degli individui. Tra questi due poli ci sono delle condizioni stressanti che derivano in misura maggiore o minore da transazioni tra la persona e l'ambiente. Nel corso degli incontri di counselling, dunque, occorre innanzitutto esplorare sia gli aspetti legati all'ambiente e al contesto che quelli legati alle caratteristiche personali dei membri della coppia infertile.

Per quanto riguarda il polo ambientale e facendo riferimento a Lazarus (1984,1999), appare rilevante esplorare le aspettative sociali con le quali si confrontano i membri della coppia infertile, l'influenza della cultura di appartenenza, gli aspetti di novità connessi all'esperienza di infertilità, il suo esito imprevedibile e incerto, la durata della propria infertilità e il periodo in cui essa si verifica nel ciclo di vita delle persone. Riprendendo Moos (1984) è opportuno considerare la coppia infertile anche in relazione ad alcuni specifici fattori contestuali quali gli aspetti fisici e architettonici delle cliniche di PMA, le possibilità e i limiti previsti dalla legislazione in materia di PMA, l'organizzazione interna

delle cliniche, il supporto dello staff medico, il grado in cui lo staff sprona le coppie ad avere un ruolo attivo nelle scelta dei trattamenti da effettuare e il grado di chiarezza della comunicazione circa le diverse fasi del percorso che è stato scelto. In quest'ottica bisogna anche esplorare la reciproca influenza tra il contesto di PMA e i contesti legati alla famiglia, al lavoro e alla rete sociale. Di rilevante importanza risulta anche comprendere la percezione di supporto sociale di tali coppie. Alla luce del modello biopsicosociale (Williams, 1992), inoltre, appare rilevante considerare i diversi aspetti connessi alla relazione di coppia quali gli aspetti decisionali, la sfera sessuale ed eventuali conflitti e tensioni che possono scaturire da incomprensioni dovute a differenti modalità di far fronte alla propria esperienza di infertilità. In accordo a Wong (2006), infine, oltre agli aspetti già citati occorre considerare anche le possibilità finanziarie delle coppie che intraprendono un percorso di PMA e, per avere una visione più completa delle stesse, la presenza di eventuali problematiche legate al luogo o alla comunità in cui vivono.

Per quanto riguarda il polo personale, invece, alla luce dei modelli descritti, occorre esaminare le motivazioni individuali ad avere un figlio, le convinzioni su di sé e sulla propria esistenza, le caratteristiche socio-demografiche, gli aspetti cognitivi, la percezione di controllo sulla propria condizione di infertilità e le caratteristiche di personalità.

L'interazione tra le caratteristiche ambientali e le caratteristiche personali è mediata dalla valutazione primaria e dalla valutazione secondaria (Lazarus, 1984), ovvero dal modo in cui i membri della coppia infertile valutano la situazione e scelgono le strategie di coping da adottare per farvi fronte. Per sostenere la coppia nella valutazione della situazione e nella scelta del modo in cui affrontarla, alcuni autori (Williams et al., 1992; Newton, 2006) sostengono la necessità di fornire informazioni chiare e precise sui diversi esami del processo diagnostico, sui possibili trattamenti di PMA consentiti a livello legislativo, sulle probabilità di successo e sulle conseguenze che tali trattamenti comportano a livello emotivo, della relazione di coppia, sessuale e sociale; conseguenze descritte ampiamente nella letteratura sul tema (Greil, 1997; Scatoletti, 1996; Coëffin-Driol e Giami, 2004). Risulta altresì importante coinvolgere la coppia nella scelta dei trattamenti da seguire e promuovere un atteggiamento attivo in modo tale che sentano di esercitare un certo grado di controllo sulla propria condizione. Altro aspetto importante consiste nel promuovere le strategie di coping che risultano più adattive per ciascun membro della coppia, tenendo in

debita considerazione e comunicando alla coppia stessa le differenze di genere che inducono gli uomini e le donne ad affrontare in maniera diversa tale esperienza; comunicazione che può lenire quelle tensioni interne alla coppia che nascono proprio dalle divergenze nel modo di affrontare la propria infertilità.

I succitati fattori disposizionali, situazionali e moderatori interagiscono nel corso dell'esperienza di infertilità e dei trattamenti di PMA producendo degli effetti sulla sfera emotiva, di coppia e sociale. Risulta importante dunque fornire supporto emotivo e allo stesso tempo, in accordo alle teorizzazione di Wong (2006), favorire un coping creativo, ovvero promuovere la creazione di nuove risorse che consentano di adattarsi alla propria condizione e di cogliere le opportunità di maturazione individuale e di coppia insite nei diversi possibili esiti di questa esperienza, quali il conseguimento di una gravidanza, il fallimento del trattamento e la decisione di ripetere il trattamento o di interromperlo rivolgendosi a soluzioni alternative come l'adozione.

Newton (2006), in particolare, ha affermato che nella prima fase diagnostica il counselling con la coppia infertile deve mirare a far comprendere le implicazioni dei trattamenti di PMA e a identificare le possibili fonti di stress, promuovendo una pianificazione delle strategie di coping per far fronte a tale percorso e incoraggiando la coppia ad avere un ruolo attivo nel prendere le proprie decisioni sui trattamenti da effettuare.

Esso, inoltre, deve mirare a comprendere le reali motivazioni ad intraprendere un trattamento e ad avere un figlio e aiutare a sviluppare una certo grado di tolleranza nei confronti dell'ambiguità, dal momento che il trattamento potrebbe non andare a buon fine e potrebbe essere necessario considerare altre opzioni.

Altro obiettivo consiste nel chiarire le probabili conseguenze che derivano dall'affrontare un percorso di PMA e identificare le risorse interne ed esterne alla coppia. Per prevenire l'insorgere di conflitti all'interno della coppia, inoltre, in questa prima fase è anche opportuno chiarire che esistono delle differenze nel modo di affrontare la propria infertilità e che tali divergenze possono e devono essere oggetto di discussione per evitare eventuali incomprensioni. Se superata questa prima fase diagnostica insorgono problematiche di coppia, occorre promuovere l'accettazione dell'altro e del modo in cui affronta l'esperienza di infertilità; accettazione non intesa come rassegnazione ad uno status

quo ma come opportunità di una maggiore intimità con l’altro. Parimenti occorre favorire dei momenti in cui i partner si comunicano i propri stati d’animo e si confrontano sul grado di supporto che ritengono di ricevere dall’altro.

Nell’ultima fase del trattamento, se questo è stato fallimentare, occorre incoraggiare la coppia a prendere una decisione concorde sulla possibilità di continuare o interrompere i trattamenti ed esplorare i sentimenti elicitati dalle diverse opzioni disponibili. In questa fase è importante sostenere l’adattamento della coppia alla propria condizione incoraggiandola a parlare dei propri sentimenti di perdita al fine di favorire l’elaborazione del lutto. Occorre inoltre sostenere il bisogno di costruire una nuova realtà di coppia esplorando le possibilità di cambiamento.

Infine, per sancire il passaggio da coppia infertile a coppia senza figli possono essere proposti dei rituali simbolici (come scrivere una lettera al bambino mai concepito o piantare un albero) che favoriscono tale transazione (Newton, 2006).

II

Strumenti per l'assessment psicologico in infertilità

II.1 Premessa

S. C. Klock (2006) ha affermato che nel processo di valutazione psicologica delle coppie infertili l'uso di test costituisce una preziosa fonte di informazione. Essi, infatti, pur non sostituendo il colloquio clinico, consentono di approfondire e arricchire la comprensione dei fattori di rischio e delle risorse adattive delle persone che affrontano l'esperienza di infertilità.

Klock ha inoltre precisato che prima di utilizzare i test è buona prassi parlare con le coppie infertili dell'obiettivo della somministrazione testologica, dell'uso che se ne farà e delle modalità con cui verranno loro comunicati i risultati. Quando si decide di utilizzare dei test psicologici in infertilità una delle maggiori sfide consiste proprio nel prepararsi al modo in cui usare le informazioni ricavate dai test e nel proporre l'interruzione del trattamento in presenza di problematiche gravi (Klock, 2006).

Ai fini di un corretto assessment psicologico delle coppie infertili sono stati creati dei test specifici per la valutazione dei diversi aspetti che caratterizzano questa esperienza. Gran parte dei test, come vedremo, fa riferimento al modello transazionale dello stress ideato da R. S. Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987).

Lazarus ha proposto un approccio relazionale secondo il quale per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Tale equilibrio è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente e dalla valutazione delle strategie di coping da adottare per far fronte alla propria situazione. L'interazione di questi fattori comporta degli specifici effetti sulla sfera sociale, psicologica e somatica. Dunque Lazarus pone l'accento sull'importanza di considerare: le fonti di stress, ovvero quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti; le risorse adattive, intese in termini di risorse personali e interpersonali; e gli effetti, ovvero le conseguenze che coinvolgono il

piano individuale e relazionale. Ciascuno di questi aspetti è stato preso in considerazione dai diversi test creati per l'assessment psicologico delle coppie infertili, che pertanto possono essere distinti in:

- test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità;
- test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità;
- test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda i test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità, questi consentono di rilevare quali aspetti sono percepiti in maniera stressante dai membri delle coppie infertili; aspetti legati sia a fonti esterne di stress (come le procedure mediche previste dal trattamento intrapreso) che a fonti interne (come il bisogno percepito di genitorialità).

Per quanto riguarda i test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità, invece, questi mirano a valutare quali sono le risorse adattive possedute dai membri delle coppie infertili; risorse sia personali (come l'autoefficacia percepita e le strategie di coping) che interpersonali (come il supporto degli amici e della famiglia).

Per quanto riguarda i test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità, infine, questi consentono di rilevare l'impatto dell'infertilità sul benessere individuale, relazionale e sulla qualità della vita.

II.2 Test per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità

Comprendere le fonti di stress connesse all'esperienza di infertilità ed esplorare il modo in cui esse sono percepite dalle persone che vivono tale esperienza appare di rilevante importanza al fine di approntare degli interventi di sostegno psicologico e promuovere dei programmi di prevenzione del disagio. Di seguito sono presentati cinque test creati per la valutazione delle fonti di stress connesse all'infertilità: l'Infertility Treatment Questionnaire (ITQ; Shiloh e Larom, 1991), la Concerns of women undergoing Assisted Reproduction Technologies Scale (CART; Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007), il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999), l'Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999) e il Kognitionen bei Infertilität (KINT; Pook et al., 1999). Essi non sono tutti ugualmente

validi ma differiscono notevolmente tra loro per l'accuratezza delle analisi psicometriche eseguite e la numerosità del campione usato nello studio di validazione.

I primi due test, l'Infertility Treatment Questionnaire (ITQ; Shiloh e Larom, 1991) e la Concerns of women undergoing Assisted Reproduction Technologies Scale (CART; Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007), valutano quanto gli aspetti legati alle procedure mediche siano percepiti in maniera stressante; i restanti tre, il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999), l'Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999) e il Kognitionen bei Infertilität (KINT; Pook et al., 1999), invece, si riferiscono a fonti di stress relative all'incapacità di generare dei figli. I test trattati sono i seguenti:

- a) Infertility Treatment Questionnaire (ITQ; Shiloh e Larom, 1991);
- b) Concerns About Reproductive Technologies (CART; Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007);
- c) Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999);
- d) Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999);
- e) Cognitions in Infertility (KINT; Pook et al., 1999).

a) *Infertility Treatment Questionnaire*

L'Infertility Treatment Questionnaire (ITQ; Shiloh e Larom, 1991) è un questionario self-report creato per valutare in che modo vengono percepite le procedure dei diversi trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Facendo riferimento alla teorizzazione di Lazarus (1999), che propone un'interazione tra fonti di stress, risorse adattive ed effetti dello stress, Shiloh e Larom (1991) hanno esaminato alcune fonti di stress connesse alle procedure mediche relative ai percorsi di PMA, affermando la necessità di valutare non solo i fattori situazionali legati all'esperienza di infertilità (come la durata e il suo carattere ambivale e incerto) ma anche i fattori legati specificamente ai trattamenti di PMA. Conoscere le percezioni e le credenze legate a tali trattamenti, infatti, aiuta a comprendere il processo di valutazione della situazione da parte delle persone infertili, a promuovere una comunicazione efficace tra pazienti infertili e personale medico e a sostenere le coppie nell'affrontare questo percorso.

Alcune ricerche (Wallace, 1985) hanno messo in luce che è proprio il significato attribuito al trattamento più che la procedura dello stesso ad avere un'influenza importante sul modo in cui il paziente affronta il proprio percorso di PMA.

L'Infertility Treatment Questionnaire è costituito da 10 affermazioni inerenti i diversi tipi di trattamenti possibili; affermazioni valutate in relazione a 15 scale bipolarie, descritte più avanti. Le 10 affermazioni si riferiscono ai seguenti trattamenti:

- stimolazione ormonale;
- operazioni chirurgiche di ricostruzione pelvica in caso di danni arrecati da precedenti infezioni;
- esame delle tube;
- assunzione di farmaci da parte dell'uomo per migliorare la qualità dello sperma;
- operazioni chirurgiche per migliorare la qualità dello sperma;
- inseminazioni artificiali con il seme del partner;
- inseminazioni artificiali con il seme di un donatore;
- madre surrogata.

Ciascuna delle 10 affermazioni sui possibili percorsi da intraprendere è valutata in relazione a 15 categorie bipolarie su scala Likert a 13 punti che comprendono i seguenti fattori:

- Norme sociali: è considerato socialmente accettabile/ è considerato socialmente inaccettabile;
- Dolore: causa dolore e disagio fisico/ non causa dolore e disagio fisico;
- Legame nei confronti del bambino: può causare difficoltà nel legarsi al bambino e nell'esperienza di genitorialità/ può facilitare il legame nei confronti del bambino e l'esperienza di genitorialità;
- Relazione di coppia: è dannosa per la relazione di coppia/ causa un avvicinamento e un rafforzamento della relazione di coppia;

- Speranza di successo: elicita speranza di successo e ottimismo/ non elicita speranza ma aspettative di fallimento;
- Minaccia fisica: comporta il rischio di danni fisici o effetti non salutari per il paziente/ non comporta nessuna minaccia fisica per la paziente.
- Salute del feto: elicita preoccupazioni sulla salute fisica del feto/ rassicura circa la salute fisica del feto;
- Umiliazione: causa umiliazione/ non è umiliante;
- Livello di complessità dei trattamenti medici: usa le tecnologie mediche più sofisticate/ medicina semplice e non sofisticata;
- Vita sessuale: danneggia la normale vita sessuale/ contribuisce a migliorare la vita sessuale;
- Livello di esposizione sociale: non può essere nascosto agli altri/ possibilità di mantenere una totale privacy e riservatezza;
- Dilemma morale: elicita preoccupazioni filosofiche, morali e religiose/ non elicita alcuna preoccupazione filosofica, morale o religiosa;
- Artificialità: artificiale e innaturale/ non interferisce con il processo naturale;
- Autostima per la donna: inficia l'autostima della donna/ non inficia l'autostima della donna;
- Autostima per l'uomo: inficia l'autostima dell'uomo/ non inficia l'autostima dell'uomo.

Tali categorie derivano da uno studio pilota in cui a 10 pazienti sottoposti a fecondazione in vitro e a 10 persone fertili è stato chiesto di esprimere le loro valutazioni, preoccupazioni e credenze su ciascuno dei 10 trattamenti. Le risposte prodotte sono state analizzate per mezzo dell'analisi del contenuto che ha evidenziato la presenza delle suddette categorie. Queste sono state interpretate come delle dimensioni bipolari; ciascuna dimensione è stata a sua volta considerata come una scala Likert a 13 punti ai cui estremi ci

sono le due polarità e il cui punto centrale esprime uguale grado di accordo o disaccordo con entrambi i poli.

I 10 item sui trattamenti di PMA che compongono il questionario sono presentati di seguito (Tab. 1).

Tabella 1 – Item dell’Infertility Treatment Questionnaire (ITQ; Shiloh e Larom, 1991)

1	Medical treatments (ovulation induction): the use of various drugs taken orally or injected daily to increase the number of follicles growing in the ovary.
2	Pelvic reconstruction surgery: surgical corrections in cases where the pelvic normal architecture had been damaged due to previous infections or surgery.
3	Intrauterine manipulation: curettage of the uterine cavity, a procedure that examine the continuity of the uterine and tubal cavities.
4	Medical treatment for male: drugs taken to enhance sperm production and performance.
5	Surgery for male: various surgical procedures undertaken to recover sperm or to enhance its quality.
6	Artificial insemination with husband’s semen: the injection of the husband’s sperm recovered by masturbation directly into the vagina, cervix, or uterus.
7	Artificial insemination with donor semen: the same procedure, using donor semen.
8	In vitro fertilization with husband’s semen: induction of multiple follicular growth by drugs, aspiration of the eggs contained in the follicles by transvaginal ultrasonographic guided needle, insemination of the eggs by the husband’s sperm in a dish, and the replacement of the resulting embryos 48 hours later directly into the uterine cavity.
9	In vitro fertilization with donor semen: the same procedure, using donor semen.
10	Surrogate mother: an agreement achieved with another woman to have artificial insemination with husband’s semen, and to bear a baby that would be given to the infertile couple.

L’Infertility Treatment Questionnaire è stato uno dei primi strumenti creati per valutare le fonti di stress connesse ai trattamenti di PMA. Esso offre la possibilità di discutere in maniera approfondita delle procedure mediche relative a tali trattamenti e alle loro implicazioni. Ciò aiuta le coppie a contenere la propria ansia elicitata da questa nuova esperienza, a prendere una decisione più consapevole, a percepire un maggiore senso di controllo sul proprio percorso di PMA e ad affrontare meglio le conseguenze che investono il piano fisico ed emotivo.

L’Infertility Treatment Questionnaire presenta però evidenti limiti di validazione dal momento che la numerosità del campione, costituito complessivamente da 20 persone, non è sufficiente per potere effettuare uno studio di convalida di un test. Gli autori, inoltre, non

hanno esplorato la validità di costrutto del test da loro creato. Tuttavia essi sono stati i primi che, alla luce del modello transazionale di Lazarus, hanno evidenziato l'importanza di comprendere le fonti di stress connesse ai trattamenti di PMA, dal momento che esse influenzano il livello di disagio percepito durante il trattamento e la decisione di continuare o interrompere il trattamento stesso (Shiloh et al., 1991).

b) *Concerns of women undergoing Assisted Reproduction Technologies Scale*

La Concerns of women undergoing Assisted Reproduction Technologies Scale (CART; Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007) è un questionario self-report formato da 9 item su scala Likert a 3 punti che valuta la percezione delle fonti di stress connesse ai trattamenti di PMA da parte delle persone infertili.

Dopo un attento esame delle ricerche che hanno studiato gli effetti dello stress sulla riuscita dei trattamenti di PMA, gli autori (Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007) hanno sostenuto la necessità di individuare le specifiche fonti di stress connesse a tali trattamenti; ciò al fine di poter contenere le ansie elicitate dai trattamenti di PMA e mitigare le implicazioni psicosomatiche dello stress a essi connesso. Pertanto gli autori hanno sottolineato l'importanza di creare uno strumento standardizzato che rispondesse a questa esigenza. Essi hanno effettuato una revisione della letteratura e condotto un sondaggio con delle donne infertili per individuare gli item che meglio esprimessero le fonti di stress connesse ai trattamenti di PMA.

Una volta individuati gli item, questi sono stati sottoposti a 30 pazienti che stavano effettuando una fecondazione in vitro; tale studio pilota ha consentito di selezionare solo 9 item concernenti l'anestesia, la sala operatoria, la durata del ricovero, gli effetti collaterali, gli aspetti finanziari, le assenze al lavoro, il dolore della procedura, il non ricevere abbastanza informazioni e il partorire un bambino in buona salute. La decisione di selezionare un solo item per ogni aspetto è stata presa per rendere il questionario più breve e semplice da compilare.

Il questionario così composto è stata somministrato in sette centri di Los Angeles a 132 donne che stavano effettuando le tecniche della FIV o della GIFT. Tale somministrazione è avvenuta in due occasioni: prima di cominciare il trattamento e dopo il trasferimento dell'embrione nell'utero (FIV) o del liquido seminale nelle tube (GIFT). Alle

donne sono stati anche chiesti i dati sociodemografici, i dati relativi alla propria storia dal punto di vista medico e riproduttivo e le abitudini di vita. Inoltre le partecipanti hanno compilato anche un questionario sul disagio generale (POMS; McNair et al., 1981) e un questionario relativo alle percezioni e ai sentimenti legati all'infertilità (Infertility Reaction Scale; Collins et al., 1992), illustrato più avanti.

Ai fini della convalida è stata effettuata l'analisi fattoriale con il metodo delle componenti principali e la rotazione ortogonale. Tale analisi ha rilevato la presenza di 4 fattori: il primo fattore, che riguarda gli aspetti procedurali (6 item; 24% di varianza spiegata), si riferisce alle preoccupazioni relative alla sala operatoria, agli effetti collaterali dell'anestesia, all'insufficienza di informazioni, al dolore, agli effetti collaterali degli ormoni e alla durata del ricovero; il secondo fattore, legato al lavoro (1 item; 12% di varianza spiegata), riguarda le preoccupazioni relative alle assenze lavorative dovute al percorso di PMA; il terzo fattore, legato alla riuscita del trattamento (2 item; 8% di varianza spiegata), fa riferimento alle preoccupazioni economiche e relative alla paura di non conseguire il risultato desiderato.

L'attendibilità dei fattori è stata misurata per mezzo dell' α di Cronbach che è risultata buona per il primo fattore inerente gli aspetti procedurali (0.78), sufficiente per il secondo che riguarda le preoccupazioni relative alla sala operatoria (0.68) e scarsa per il terzo legato alla riuscita del trattamento (0.40). L'attendibilità test-retest, inoltre, è stata calcolata correlando i punteggi del test nei due tempi di somministrazione (prima e dopo il trattamento). Le correlazioni sono risultate positive ma non molto elevate; tale risultato è stato interpretato come effetto dovuto alle inevitabili modificazioni che l'eseguire il trattamento comporta nella percezione delle fonti di stress a esso associate prima di sottoporvisi.

La validità concorrente è stata valutata attraverso il calcolo delle correlazioni di Pearson tra i punteggi della CART e i punteggi del questionario sul disagio generale (POMS; McNair et al., 1981) e del questionario relativo alle percezioni e ai sentimenti legati all'infertilità (Infertility Reaction Scale; Collins et al., 1992); correlazioni che sono risultate significative, positive e moderate dal momento che i costrutti sono associati tra loro ma non identici. Inoltre sono state effettuate delle correlazioni tra i punteggi della CART, l'età e il livello di istruzione; correlazioni risultate non significative.

Gli autori, infine hanno condotto l'analisi della varianza (ANOVA) per verificare la presenza di differenze statisticamente significative rispetto al tipo di infertilità. Tale analisi però non ha prodotto risultati significativi.

Gli item della CART Scale sono presentati di seguito (Tab. 2).

Tabella 2 – Item della Concerns of women undergoing Assisted Reproduction Technologies Scale (CART; Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004, 2007)

1	Side effects from hormones
2	Undergoig surgery
3	Side effects from anesthetics
4	Not having enough information
5	Pain
6	Long recovery time
7	Not achieving desired result (i.e., a healthy baby) from this procedure
8	Finances
9	Missing work

Nell'elaborazione del questionario gli autori hanno fatto riferimento a un modello psicosomatico dello stress, sottolineando la necessità di esplorare le specifiche fonti di stress connesse ai trattamenti di PMA a causa della loro influenza sulla riuscita dei trattamenti stessi. Essi, inoltre, pur non avendo un campione molto ampio, hanno tuttavia condotto delle accurate analisi per quanto riguarda l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario, sostenendo che la CART è uno strumento valido e attendibile per rilevare le fonti di stress connesse ai trattamenti di procreazione medicalmente assistita; fonti di stress non rilevate da altri strumenti standardizzati. Tali analisi andrebbero tuttavia ripetute su un campione più ampio.

c) *Fertility Problem Inventory*

Il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999) è un questionario self-report costituito da 46 item su scala Likert a 6 punti che valuta l'intensità dello stress suscitato dalle diverse dimensioni individuali, relazionali e di coppia coinvolte nel processo di fronteggiamento dell'esperienza di infertilità.

Per la creazione del test gli autori hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984), che propone un'interazione tra fonti di stress,

risorse adattive ed effetti dello stress, sottolineando la necessità di esplorare le fonti di stress connesse all'infertilità. Essi hanno consultato la letteratura internazionale concernente l'infertilità e hanno individuato cinque possibili fonti di stress in relazione a tale esperienza. Per ogni fonte è stata costruita una relativa scala. Ai fini della convalida l'FPI è stato sottoposto a 2302 soggetti (1153 donne e 1149 uomini) in procinto di cominciare un percorso di PMA e sono state calcolate l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L'attendibilità è stata calcolata mediante il test-retest (17 coppie hanno compilato l'FPI in due occasioni a distanza di 30 giorni) e l'analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità discriminante sono state calcolate le intercorrelazioni tra le 5 scale del questionario per mezzo delle correlazioni di Pearson ed è stata valutata la capacità dell'FPI di discriminare rispetto al genere, alla diagnosi e alla storia di infertilità mediante la MANOVA;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI, i vissuti depressivi e ansiosi e le modalità di adattamento diadioco mediante le correlazioni di Pearson.

Nel succitato studio di convalida l'FPI ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche (Newton C. et al., 1999) per quanto riguarda sia l'attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l'attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

La correlazione tra i punteggi ottenuti nelle due somministrazioni (test-retest) è risultata significativa ed elevata sia per le donne ($r = .83$; $p < .001$) che per gli uomini ($r = .84$; $p < .001$);

L' α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala relativa allo Stress globale ($\alpha = .93$) che nelle cinque sottoscale: Aspetti sociali ($\alpha = .87$); Aspetti sessuali ($\alpha = .77$); Aspetti relazionali ($\alpha = .82$); Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($\alpha = .80$); Bisogno di genitorialità ($\alpha = .84$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Le intercorrelazioni tra le cinque scale del questionario sono risultate significative ma moderate (media delle intercorrelazioni $r = .45$; range $.26 - .66$) dimostrando che il questionario misura dimensioni separate dello stesso costrutto;
- Rispetto alle differenze di genere le donne hanno riportato dei punteggi significativamente più elevati degli uomini nella scala Stress globale ($F = 174.2$, $p < .001$) e nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 26.6$, $p < .001$), Aspetti sessuali ($F = 31$, $p < .001$) e Bisogno di genitorialità;
- Rispetto alla storia di infertilità i soggetti senza figli hanno riportato dei punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 33.7$, $p < .001$) e Aspetti sessuali ($F = 7.4$, $p < .001$) e un punteggio minore nella sottoscala Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($F = 13.5$, $p < .001$);
- Rispetto al tipo di diagnosi i soggetti con diagnosi femminile hanno ottenuto dei punteggi significativamente minori dei soggetti con diagnosi maschile nella scala Stress globale ($p < .05$) e significativamente minori degli individui con diagnosi sia maschile che sconosciuta nella sottoscala Aspetti sociali ($p < .05$). Gli individui con diagnosi maschile, invece, hanno riportato punteggi significativamente più elevati di coloro che hanno una diagnosi femminile e sconosciuta nella sottoscala Aspetti sessuali ($p < .05$) e significativamente maggiori degli individui con diagnosi sconosciuta nella sottoscala Bisogno di genitorialità ($p < .05$);
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e i vissuti depressivi e ansiosi sono risultate tutte significative e positive ma moderate sia per gli uomini che per le donne, dimostrando che l'FPI non è uno strumento che misura semplicemente la sintomatologia ansiosa e depressiva;
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e le modalità di adattamento diadico sono risultate significative e negative, mostrando che maggiore è lo stress legato all'infertilità e minore è il grado di soddisfazione nella relazione col partner.

Le scale originali dell'FPI sono le seguenti:

I) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sociali, che contiene item che fanno riferimento alla percezione di sentimenti di isolamento sociale, di alienazione dalla famiglia o dai pari e di disagio rispetto al confronto con gli altri circa la propria infertilità;

- II) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sessuali, che comprende item che fanno riferimento alla percezione della riduzione del piacere e dell'autostima relativi alla sfera sessuale e alla difficoltà percepita di continuare ad avere rapporti sessuali;
- III) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni relazionali, che contiene item che riguardano la difficoltà percepita di parlare col partner della propria infertilità, di affrontare l'impatto dell'infertilità sulla relazione di coppia e di comprendere e accettare le differenze di genere relative al modo in cui si reagisce a tale esperienza;
- IV) Scala dello stress connesso al Bisogno di genitorialità, che comprende item che si riferiscono alla percezione della genitorialità come obiettivo primario o essenziale della propria vita e ad una forte identificazione con il ruolo di genitore;
- V) Scala dello stress connesso al Rifiuto di uno stile di vita senza figli, che contiene item che riguardano la visione negativa di uno stile di vita senza figli e la percezione che la soddisfazione futura o la felicità dipendano dall'avere un figlio (o un altro figlio).

La somma delle cinque scale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Stress globale. Gli item dell'FPI sono presentati di seguito (Tab. 3).

Tabella 3 – Item del Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al.,1999)

1	Couples without a child are just as happy as those with children
2	Pregnancy and childbirth are the two most important events in a couple's relationship.
3	I find I've lost my enjoyment of sex because of the fertility problem.
4	I feel just as attractive to my partner as before.
5	For me, being a parent is a more important goal than having a satisfying career.
6	My marriage needs a child (or another child).
7	I don't feel any different from other members of my sex.
8	It's hard to feel like a true adult until you have a child.
9	It doesn't bother me when I'm asked questions about children.
10	A future without a child (or another child) would frighten me.
11	I can't show my partner how I feel because it will make him/her feel upset
12	Family don't seem to treat us any differently.
13	I feel like I've failed at sex.
14	The holidays are especially difficult for me
15	I could see a number of advantages if we didn't have a child (or another child).
16	My partner doesn't understand the way the fertility problem affects me.
17	During sex, all I can think about is wanting a child (or another child).
18	My partner and I work well together handling questions about our infertility.

19	I feel empty because of our fertility problem.
20	I could visualize a happy life together, without a child (or another child).
21	It bothers me that my partner reacts differently to the problem.
22	Having sex is difficult because I don't want another disappointment.
23	Having a child (or another child) is not the major focus of my life.
24	My partner is quite disappointed with me.
25	At times, I seriously wonder if I want a child (or another child).
26	My partner and I could talk more openly with each other about our fertility problem.
27	Family get-togethers are especially difficult for me.
28	Not having a child (or another child) would allow me time to do other satisfying things.
29	I have often felt that I was born to be a parent.
30	I can't help comparing myself with friends who have children.
31	Having a child (or another child) is not necessary for my happiness.
32	If we miss a critical day to have sex, I can feel quite angry.
33	I couldn't imagine us ever separating because of this.
34	As long as I can remember, I've wanted to be a parent.
35	I still have lots in common with friends who have children.
36	When we try to talk about our fertility problem, it seems to lead to an argument.
37	Sometimes I feel so much pressure, that having sex becomes difficult.
38	We could have a long, happy relationship without a child (or another child).
39	I find it hard to spend time with friends who have young children.
40	When I see families with children I feel left out.
41	There is a certain freedom without children that appeals to me.
42	I will do just about anything to have a child (or another child).
43	I feel like friends or family are leaving us behind.
44	It doesn't bother me when others talk about their children.
45	Because of infertility, I worry that my partner and I are drifting apart.
46	When we talk about our fertility problem, my partner seems comforted by my comments.

Gli autori dell'FPI, per la creazione del test, hanno fatto un chiaro riferimento al modello dello stress di Lazarus. Essi, inoltre, a partire da un ampio campione, hanno condotto della approfondite analisi sull'attendibilità e sulla validità del questionario, dalle quali è emerso che l'FPI è un valido e utile strumento per rilevare le fonti di stress connesse all'esperienza di infertilità. Esso, infatti, è stato usato in numerose ricerche che hanno esplorato la relazione tra fonti di stress, adattamento diadiaco e disagio emotivo (Peterson et al., 2005, 2006, 2009; Domar et al., 2005), illustrate nel capitolo seguente.

d) *Infertility Distress Scale*

L'Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999) è un questionario self-report costituito da 8 item su scala Likert a 5 punti; esso esamina quanto l'esperienza di infertilità è valutata come una fonte di stress. Alla luce del modello transazionale dello stress di Lazarus

e Folkman (1984), che pone l'accento sull'interazione tra fonti di stress, risorse adattive ed effetti dello stress, e analizzando gli studi che hanno rilevato gli effetti dello stress sulla qualità del liquido seminale, gli autori hanno esplorato le fonti di stress connesse all'infertilità per gli uomini, sottolineando l'importanza di comprendere il livello di stress legato al modo in cui gli uomini valutano la propria infertilità.

Gli autori hanno così formulato 11 item riguardanti alcune fonti di stress (come la comparsa delle mestruazioni della compagna e il bisogno percepito di avere un figlio) e il modo in cui è valutata la propria infertilità (come il percepire tale esperienza in maniera minacciosa o come una sfida).

Gli 11 item formulati sono stati somministrati in un primo momento a 158 uomini inferti che si erano recati in una clinica andrologica per degli accertamenti; la somministrazione è avvenuta prima dell'incontro col dottore. Gli uomini che sono stati selezionati per lo studio non presentavano azoospermia o mancanza di ejaculazione; essi, inoltre, non avevano subito incidenti o operazioni che avrebbero potuto inficiare la qualità del liquido seminale. Altro criterio di inclusione era che le loro partner non presentassero problemi di infertilità di natura organica. Oltre agli 11 item che costituivano la prima versione dell'Infertility Distress Scale gli uomini che hanno partecipato alla ricerca hanno compilato anche la versione tedesca della Symptom Checklist-90-R (Franke, 1995) che valuta il grado di disagio psicologico generale.

Al fine di verificare le proprietà psicométriche dell'Infertility Distress Scale è stata eseguita un'analisi fattoriale con il metodo di analisi delle componenti principali dalla quale sono emersi 3 fattori con autovalori maggiori di 1. Tuttavia dall'analisi dei fattori e osservando le saturazioni degli item all'interno degli stessi, gli autori hanno preso in considerazione solo il primo fattore; questo è composto da 8 item che misurano il grado di stress derivante dalla valutazione della propria esperienza di infertilità.

L'Infertility Distress Scale ha dimostrato di avere un'elevata consistenza interna (α di Cronbach = 0.90) e una buona attendibilità split-half ($r = 0.89$). Le correlazioni item-totale sono risultate molto soddisfacenti (tra 0.52 e 0.79) e le correlazioni inter-item comprese tra 0.31 e 0.70. La media del punteggio dei soggetti è stata 14.85 e in ragione di questa gli autori hanno scelto un punteggio di 15 come valore cut-off per distinguere il livello basso o alto di stress percepito. È stato inoltre calcolato il valore del coefficiente di correlazione di

Pearson tra l'Infertility Distress Scale e la durata dell'infertilità e l'età dei pazienti ma tale analisi non ha rilevato correlazioni statisticamente significative. L'IDS è risultata però correlare positivamente con due scale dell'SCL-90-R: la scala della depressione ($r = 0.23$, $p < 0.05$); e la scala totale ($r = 0.26$, $p < 0.01$). Tali correlazioni sono risultate positive ma moderate dal momento che i relativi costrutti sono collegati tra loro ma non equivalenti.

In un secondo momento l'Infertility Distress Scale è stata somministrata a 69 uomini inferti adottando gli stessi criteri di inclusione e somministrazione; in aggiunta era necessario che questi avessero eseguito un'analisi del liquido seminale almeno sei mesi prima. Ciò al fine di rilevare il valore predittivo del test in relazione ad eventuali cambiamenti nella qualità del liquido seminale.

Dal confronto delle medie dei punteggi ottenuti all'IDS (tramite ANOVA) rispetto al cambiamento (positivo o negativo) nella qualità del liquido seminale è emerso che il livello di stress legato all'infertilità è maggiore negli uomini che hanno riportato una minore concentrazione e motilità dello sperma. Gli autori hanno inoltre condotto delle ANOVA a misure ripetute per verificare se i cambiamenti nella qualità del liquido seminale fossero dovuti alla durata dell'astinenza; tuttavia nessuna interazione è stata rilevata tra queste due variabili. Infine suddividendo i punteggi ottenuti da questo secondo campione in relazione al livello basso e alto di stress percepito usando il valore cut-off (15) individuato nel primo studio, sono stati calcolate le proporzioni di rischio relativo e di rischio attribuibile.

Per quanto riguarda il rischio relativo è emerso che gli uomini con elevati livelli di stress mostravano un deterioramento nella concentrazione dello sperma e una diminuzione della motilità rispettivamente 3.31 e 1.89 volte maggiore degli uomini con bassi livelli di stress.

Il rischio attribuibile, invece, stima la proporzione di uomini la cui peggiorata qualità dello sperma è attribuibile ad un elevato livello di stress. Dai risultati è emerso che ad un elevato livello di stress è attribuibile il 47.7% del deterioramento nella concentrazione dello sperma e il 31.6% della diminuzione della motilità. Gli item dell'Infertility Distress Scale sono presentati di seguito (Tab. 4).

Tabella 4 – Item dell’Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999)

1	Distress due to the last menstruation
2	Distress due to infertility
3	Importance of a child
4	Infertility as a challenge
5	Infertility as a threat
6	Helplessness due to infertility
7	Thoughts on infertility
8	Desire for a child

Gli autori dell’Infertility Distress Scale, alla luce del modello transazionale di Lazarus, hanno ideato e convalidato un questionario atto a misurare quanto l’infertilità sia percepita come una fonte di stress per gli uomini, studiando la validità predittiva del test sulla sfera biologica e, in particolare, sulla qualità del liquido seminale. Rispetto agli studi di validazione degli altri strumenti questo è l’unico che ha effettuato tale tipo di analisi. Le analisi sull’attendibilità e sulla validità di costrutto del test, condotte su un campione sufficientemente ampio, denotano inoltre buone proprietà psicometriche dello stesso.

e) *Kognitionen bei Infertilität (Cognitions in Infertility)*

Il Kognitionen bei Infertilität (KINT; Pook et al., 1999) è un questionario self-report di 20 item che esamina il modo in cui le persone valutano la propria esperienza di infertilità; valutazioni potenzialmente rilevanti da conoscere al fine di pianificare il trattamento da intraprendere.

Alla luce del modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984), che teorizza l’interazione tra fonti di stress, risorse adattive ed effetti dello stress, gli autori hanno interpretato l’infertilità come una fonte di stress e hanno studiato il modo in cui tale fonte di stress è percepita dalle persone infertili. Essi hanno elaborato 46 item che hanno sottoposto ad un primo campione costituito da 95 donne e 64 uomini infertili. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare anche la versione tedesca di un questionario che rileva la sintomatologia depressiva (CES-D; Hautzinger, 1988) un questionario sul coping, l’SVF (Jahnke et al., 1985) e un questionario sull’adattamento, l’FKV-LIS (Muthny, 1989).

Al fine di verificarne le proprietà psicometriche è stata condotta un’analisi fattoriale usando il metodo delle componenti principali e rotazione varimax che ha consentito di ridurre gli item a 20 e ha evidenziato la presenza di 4 fattori che spiegano il 53.1% di

varianza: pensieri che riducono lo stress; pensieri centrati sull'emozione; pensieri centrati sul problema; e pensieri di impotenza.

Per verificare l'attendibilità dello strumento, inoltre, è stato calcolato il valore dell' α di Cronbach dei quattro fattori; valore molto soddisfacente in quanto compreso tra 0.70 e 0.82. Questa versione è stata somministrata insieme agli altri succitati questionari ad un secondo campione composto da 93 coppie.

Usando i dati ricavati da questa seconda somministrazione è stata effettuata un'analisi fattoriale confermativa che ha confermato la validità dello strumento. Per verificare la capacità del questionario di discriminare rispetto al genere, inoltre, è stata condotta l'analisi della varianza; tale analisi ha evidenziato che gli uomini hanno un punteggio significativamente più basso delle donne nella scala inerente i pensieri centrati sulle emozioni.

Per verificare la validità convergente è stata inoltre effettuata l'analisi delle correlazioni tra il KINT e gli altri strumenti usati nello studio; correlazioni significative e nella direzione attesa dagli autori. In particolare tutte le scale del KINT sono risultate correlare positivamente e in maniera statisticamente significativa con il punteggio del questionario sulla sintomatologia depressiva; unica eccezione è stata la scala sui pensieri che riducono lo stress che, invece, è risultata correlare negativamente con lo stesso.

Gli item del KINT sono presentati di seguito (Tab. 5).

Tabella 5 – Item del Kognitionen bei Infertilität (KINT; Pook et al., 1999)

1	Est ist schade, wenn wir kein Kind bekommen, aber ich werde damit umgehen können.
2	Ich kann nichts gegen die Kinderlosigkeit tun.
3	Ich bin schon wieder völlig deprimiert.
4	Ich sollte versuchen, gelassener zu bleiben.
5	Niemand kann mir helfen.
6	Ich muß mich ablenken.
7	Wenn wir eine gute Behandlung erhalten hatten, dann hatten wir jetzt schon ein Kind.
8	Irgendwann werde ich ein Kind bekommen.
9	Ich sollte mich wegen der Kinderlosigkeit behandeln lassen.
10	Ich werde lernen, das Beste aus der Kinderlosigkeit zu machen.
11	Ich mib mir mehr daruber klar warden, woran es liegt, dab wir kein Kind bekommen.
12	Ich sollte daran denken, dab es mir auch ohne ein Kind gut gehen kann.
13	Ich werde auch ohne Kind ein ausgefülltes Leben führen können.
14	Es gibt Schlimmeres.
15	Eine Beziehung ohne Kind ist fur meinen partner und mich nicht möglich.
16	Ich sollte mit jemandem reden, um mich abzulenken.

17	Ich sollte noch eine andere Behandlung ausprobieren.
18	Was ich auch probiere, letztlich hilft doch nichts gegen die Kinderlosigkeit.
19	Ich sollte mich mit meiner Kinderlosigkeit intensive auseinandersetzen.
20	Jeden Monat werde ich doch wieder aufs neue enttäuscht, wenn die Monatsblutung meiner Frau einsetzt.

Gli autori hanno studiato l'infertilità alla luce del modello transazionale di Lazarus. Essi, a partire da un campione sufficientemente ampio, hanno esplorato l'attendibilità e la validità di costrutto del KINT, rilevando che esso è un utile strumento per esaminare il modo in cui le persone valutano la propria esperienza di infertilità ed esplorare quali sono i pensieri prevalenti a riguardo. Comprendere questi aspetti è fondamentale per offrire alle coppie infertili un sostegno volto a promuovere quelle strategie di coping che risultano più adattive in questa esperienza.

II.3 Test per la valutazione delle risorse adattive in infertilità

Possedere delle risorse personali e interpersonali è fondamentale per far fronte a un'esperienza stressante come l'infertilità. In questo paragrafo sono illustrati quattro test atti a valutare le risorse adattive dei membri delle coppie infertili: la Coping Scale for Infertile Couples (CSIC; Lee et al., 2000), l'Infertility Self-Efficacy scale (ISE; Cousineau et al., 2006), il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) e il Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility Questionnaire (COMPI; Schmidt, 2006). La validità e l'attendibilità non sono elevate per ciascuno di questi test, i cui studi di validazione differiscono per la numerosità del campione e l'accuratezza della analisi eseguite.

I primi due test presentati, la Coping Scale for Infertile Couples (CSIC; Lee et al., 2000) e l'Infertility Self-Efficacy scale (ISE; Cousineau et al., 2006), sono utili alla comprensione delle risorse personali, quali rispettivamente le strategie di coping e la percezione di autoefficacia.

Il terzo questionario, il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008), valuta sia alcune risorse personali, come l'apertura all'esperienza, la tenacia, la percezione del

controllo, sia alcune risorse interpersonali, come il sostegno degli amici e della famiglia e la sessualità della coppia; esso, inoltre, valuta anche il livello di disagio emotivo percepito.

Il quarto questionario, il Copenaghen Multi-centre Psychosocial Infertility Questionnaire (COMPI; Schmidt, 2006), infine, consente di rilevare le risorse personali, quali le strategie di coping, le risorse interpersonali, quali la relazione col partner, e il livello di stress percepito in relazione all'infertilità. I test illustrati sono i seguenti:

- a) Coping Scale for Infertile Couples (CSIC; Lee et al.,2000);
- b) Infertility Self-Efficacy Scale (ISE; Cousineau et al., 2006);
- c) Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008);
- d) Copenaghen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Questionnaire (COMPI; Schmidt, 2006)

a) Coping Scale for Infertile Couples

La Coping Scale for Infertile Couples (CSIC; Lee et al.,2000) è un questionario self-report costituito da 15 item su scala Likert a 5 punti atto a rilevare le strategie di coping adottate dalle persone infertili. Per l'elaborazione del questionario gli autori (Lee et al.,2000) hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984), il quale sottolinea l'importanza delle strategie di coping intese come risorse personali che svolgono un'importante funzione moderatrice. Essi hanno dunque affermato la necessità di esplorare le specifiche strategie di coping adottate nell'esperienza di infertilità e di creare e validare un questionario per misurarle.

Nella prima formulazione della CSIC, gli autori (Lee et al.,2000) hanno formulato 20 item concernenti diversi comportamenti messi in atto dalle persone per affrontare la propria esperienza di infertilità. Tali item sono stati ricavati da interviste in profondità con pazienti inferti americani; essi sono stati successivamente testati con coppie infertili eterosessuali cinesi.

Per verificare la validità di contenuto questa prima versione è stata sottoposta a cinque giudici: un esperto in statistica, due medici esperti di trattamenti di PMA, un professore universitario e una infermiera specializzata che lavorava in una clinica di PMA.

In accordo ai giudici due dei 20 item sono stati cancellati; altri tre item inoltre sono stati eliminati perché risultati psicomericamente inadeguati in seguito all'analisi degli item. La scala così ottenuta di 15 item è stata sottoposta a 138 coppie infertili afferenti ad un centro medico, coppie sposate e diagnosticate infertili da più di un anno.

Oltre al CSIC alle coppie è stato chiesto di compilare anche un questionario sullo stress percepito in relazione all'infertilità, l'Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985), illustrato più avanti, e un questionario sulle strategie di coping, la Jalowiec Coping Scale (JCS; Jalowiec, 1983). Alle coppie, infine, è stato chiesto di fornire i dati sociodemografici e relativi alla diagnosi ricevuta.

Per valutare le proprietà psicomeriche gli autori hanno dapprima verificato l'attendibilità test-retest dello strumento correlando i punteggi ottenuti al test a distanza di due settimane; tale attendibilità è risultata soddisfacente ($r = 0.73$). In secondo luogo è stata valutata la validità di costrutto effettuando un'analisi fattoriale con il metodo di analisi dei fattori principali e rotazione varimax. Tale analisi ha rilevato la presenza di 4 fattori: il primo fattore è composto da 5 item che si riferiscono alla strategia usata per accrescere lo spazio tra la coppia infertile e i problemi di infertilità; il secondo fattore è composto da 5 item che fanno riferimento alla strategia usata per riguadagnare il controllo sui trattamenti di infertilità; il terzo fattore consta di 3 item che si riferiscono alla strategia che induce la coppia ad adottare determinati comportamenti che la fanno sentire migliore delle altre; il quarto fattore è composto da 2 item che fanno riferimento a una strategia usata per condividere i sentimenti legati all'infertilità con il proprio partner o con le altre coppie infertili.

Gli autori hanno poi calcolato il valore α di Cronbach per verificare l'attendibilità di ciascun fattore; attendibilità risultata molto soddisfacente (valori di α compresi tra .71 e .82).

Al fine di verificare la validità convergente, inoltre, è stato effettuato il calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson tra la CSIC, l'IFQ e la JCS dalla quale sono emersi risultati coerenti e significativi. I punteggi ottenuti dai 4 fattori, infine, sono stati analizzati mediante t-test per esaminare la capacità dello strumento di discriminare in relazione al genere. Dal confronto delle medie tramite t-test è emerso che le donne riportano punteggi significativamente più elevati degli uomini nei fattori relativi all'incremento dello spazio e

alla condivisione del peso legato all'infertilità; gli uomini, invece riportano un punteggio significativamente più elevato nella strategia relativa al mettere in atto determinati comportamenti per sentirsi i migliori.

Gli item della CSIC sono illustrato di seguito (Tab.6).

Tabella 6 – Item della Coping Scale for Infertile Couples (CSIC; Lee et al.,2000)

1	I keep myself very busy to forget the fact that I don't have a child.
2	I stop attending baby showers.
3	I stop attending get-together parties filled with children.
4	I don't discuss my inability to conceive with anyone other than my spouse.
5	I don't discuss my inability to conceive with my family or relatives.
6	I read as much as possible from books on infertility.
7	I believe that the more I know, the more I can deal with my problem.
8	The readings related to infertility let me know that some of the emotions I feel are typical for infertile patients.
9	I keep a positive attitude and a positive discourse with myself.
10	I continually remind myself not to get depressed and to have hope for a successful pregnancy.
11	Although I cannot control my infertility, I keep myself in the best condition by controlling my weight, diet, and appearance.
12	I try to change the places, positions, and times when I engage in sex.
13	I confide my feelings to my spouse and try to understand how my spouse feels.
14	I wear sexy underwear to create a romantic environment.
15	I confide my frustrations, disappointments, fears, and hopes with other infertile patients.

Alla luce del modello transazionale dello stress gli autori hanno elaborato un questionario atto a rilevare le strategie di coping adottate dai membri delle coppie infertili. Le analisi psicometriche, condotte su un campione sufficientemente ampio, hanno evidenziato una soddisfacente validità e attendibilità dello strumento. La CSIC è stato il primo questionario ideato per valutare specificamente le strategie di coping delle persone infertili. Esso può dunque essere adoperato per esplorare quali strategie di coping sono adottate dagli individui inferti e promuovere quelle strategie che risultano più efficaci per affrontare la propria infertilità.

b) *Infertility Self-Efficacy Scale*

L'Infertility Self-Efficacy scale (ISE; Cousineau et al., 2006) è un questionario self-report costituito da 16 item su scala Likert a 5 punti che valuta il livello di autoefficacia percepita dalle persone che affrontano dei trattamenti per la propria infertilità. Gli autori del

questionario (Cousineau et al., 2006), in accordo alla prospettiva transazionale dello stress di Lazarus, hanno affermato che il modo in cui l'individuo affronta la propria infertilità deriva da una molteplicità di fattori, quali le fonti di stress e le risorse adattive personali e interpersonali, come le strategie di coping, i tratti di personalità, le risorse finanziarie e il supporto sociale. Essi hanno approfondito la comprensione delle risorse personali e, in particolare, la percezione di autoefficacia in infertilità.

Il costrutto dell'autoefficacia in infertilità è particolarmente rilevante perché se la persona percepisce che è in grado di esercitare un controllo sulla propria esperienza di infertilità, tale esperienza tende ad essere valutata meno stressante e minacciosa. Ciò può indurre la persona ad adottare delle strategie di coping più efficaci e a ridurre l'impatto negativo dello stress connesso all'infertilità sulla sfera emotiva, sociale e riproduttiva.

L'ISE scale è stata sviluppata in tre fasi. Nella prima fase gli autori hanno effettuato una revisione della letteratura che li ha supportati nella formulazione di 70 item inerenti la percezione di autoefficacia nell'esperienza di un percorsi di PMA. A questi item ne sono stati aggiunti altri 6 in seguito ad un focus group di due ore condotto con 4 donne e 3 uomini inferti ai quali è stato chiesto di indicare quali capacità, strategie di coping e risorse sono utili per far fronte all'esperienza di infertilità. Per verificare la validità di contenuto degli item formulati è stato chiesto a un team di professionisti ed esperti del settore di valutare su una scala Likert a 5 punti l'importanza di ciascun item in relazione al costrutto di autoefficacia in infertilità.

Nella seconda fase 69 donne e 24 uomini con durata dell'infertilità inferiore ai due anni hanno compilato questa prima versione del questionario. I partecipanti hanno compilato anche un questionario sociodemografico, un questionari sullo stress connesso all'infertilità, il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton et al., 1999) e un questionario sul coping, il Ways of Coping questionnaire (WOC; Folkman e Lazarus, 1988). L'analisi degli item ha consentito di eliminare quegli item la cui correlazione inter-item era inferiore a 0.35, la cui correlazione item-totale era inferiore a 0.5 e le cui correlazioni multiple al quadrato erano maggiori di 0.9. Gli autori hanno anche eliminato gli item ridondanti e ripetitivi che non risultavano correlare in maniera significativa con gli altri questionari somministrati. Le analisi condotte in questa seconda fase hanno consentito di ridurre gli item da 76 a 43.

Nella terza fase gli autori hanno somministrato la batteria da loro usata in precedenza a 113 persone infertili (86 donne e 27 uomini) chiedendo a un sottocampione composto da 29 persone di ripetere la compilazione dell'ISE in un secondo momento per poter verificare l'attendibilità test-retest.

Al fine di analizzare le proprietà psicometriche della nuova versione dell'ISE gli autori hanno dapprima eseguito l'analisi degli item. Tale analisi ha portato ad una riduzione del numero degli item da 43 a 22. Essi hanno poi effettuato un'analisi fattoriale usando il metodo di analisi delle componenti principali e rotazione varimax. Tale analisi ha consentito di eliminare altri 6 item non risultati validi e ha rilevato la presenza di un solo fattore che spiega il 55.5% della varianza. Per quanto riguarda l'attendibilità, il valore dell' α di Cronbach è risultato molto elevato (0.94), le correlazioni item-totale variavano tra 0.59 e 0.86 e nessuno degli item migliorava il valore dell' α di Cronbach se eliminato. Anche la correlazione dei punteggi dell'ISE ottenuti in due tempi diversi per verificare l'attendibilità test-retest è risultata molto elevata ($r = 0.91$).

La validità convergente e discriminante, infine, è stata verificata attraverso l'analisi delle correlazioni di Pearson tra il punteggio dell'ISE e gli altri questionari su citati. Gli autori, in particolare, hanno ipotizzato che i punteggi della scala di autoefficacia correlassero negativamente con i punteggi del questionario sullo stress e che emergessero specifiche correlazioni tra il punteggio dell'ISE e i punteggi del questionario sulle strategie di coping. I risultati ottenuti si sono dimostrati coerenti con le ipotesi di partenza supportando la validità convergente e discriminante dello strumento.

Gli autori, inoltre, al fine di verificare la validità di contenuto, hanno confrontato i 16 item della versione definitiva con il giudizio dato dagli esperti sugli stessi e hanno osservato che tutti gli item del test erano stati giudicati rilevanti.

Gli item dell'ISE scale sono illustrato di seguito (Tab. 7).

Tabella 7 – Item dell'Infertility Self-Efficacy scale (ISE; Cousineau et al., 2006)

1	Ignore or push away unpleasant thoughts that can upset me during medical procedures
2	Keep a sense of humor
3	Make meaning out of my infertility experience
4	Handle mood swings caused by hormonal treatment
5	Keep from getting discouraged when nothing I do seems to make a difference
6	Accept that my best efforts may not change my/our infertility
7	Control negative feelings about infertility

8	Cope with pregnant friends and family members
9	Handle personal feelings of anger or hostility
10	Keep a positive attitude
11	Lessen feelings of self-blame, shame, or defectiveness
12	Stay relaxed while waiting for appointment or test results
13	Do something to make myself feel better if I am sad or discouraged
14	Feel good about my body and myself
15	Keep active with my usual life routine
16	Feel like a sexual individual

Interpretando l'infertilità alla luce del modello transazionale dello stress, gli autori hanno creato un questionario che esplora la percezione di autoefficacia nelle persone che hanno intrapreso dei trattamenti per la propria infertilità. Essi, seppure con un campione modesto, hanno condotto delle accurate analisi relative all'attendibilità e alla validità di costrutto dello strumento.

Dalle analisi è emerso che l'ISE scale ha una struttura semplice e facilmente interpretabile, un'alta consistenza interna, un'eccellente attendibilità test-retest, una buona validità convergente e discriminante e una soddisfacente validità di facciata. Essa rappresenta dunque un utile strumento per valutare la percezione di autoefficacia nei percorsi di PMA, sebbene sarebbe opportuno ripetere le analisi con un campione più ampio. L'ISE scale rappresenta tuttavia l'unico strumento che consente di rilevare la percezione di autoefficacia in infertilità.

c) *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*

Il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) è un questionario self-report costituito da 48 item su scala Likert a 5 punti che valuta il disagio emotivo e le risorse adattive personali e interpersonali in relazione all'esperienza dell'infertilità.

Le autrici hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus (1966; 1999), sottolineando l'importanza di studiare le risorse adattive personali e interpersonali e gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla sfera emotiva. Esse hanno inoltre ripreso Maddi e Kobassa (1984), i quali hanno concettualizzato un modello di personalità denominato personalità resistente. Tale modello è composto da tre elementi di base: impegno; percezione del controllo; apertura al cambiamento. Il concetto di impegno fa riferimento al senso di risolutezza e coinvolgimento nelle attività e nei rapporti

con le persone che fanno parte della propria vita. La percezione del controllo si riferisce alla convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita. L'apertura al cambiamento, infine, consiste nell'aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita.

Per la creazione del questionario le autrici hanno formulato item concernenti sia il disagio emotivo che le possibili risorse adattive di persone infertili al fine di ottenere informazioni su costrutti teorici distinti con un solo questionario. Ai fini della convalida il questionario è stato sottoposto a 490 soggetti (220 uomini e 270 donne) che attendevano una diagnosi di infertilità o erano nelle fasi iniziali di un percorso di PMA, e sono state calcolate l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L'attendibilità è stata calcolata mediante l'analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità di contenuto è stata condotta un'analisi fattoriale di primo e di secondo ordine utilizzando il procedimento di analisi delle componenti principali con rotazione Varimax;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni del DERA e le modalità di adattamento individuale mediante le correlazioni di Pearson.

Il DERA ha dimostrato di avere buone proprietà psicométriche (Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) per quanto riguarda sia l'attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l'attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

L' α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala Disagio emotivo ($\alpha = .90$) che nelle scale Risorse interpersonali ($\alpha = .78$), Risorse personali ($\alpha = .57$) e Risorse adattive ($\alpha = .74$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Da una prima analisi fattoriale sono emersi 12 fattori che spiegavano il 59.58% della varianza: Percezione dell'ansia; Esteriorizzazione dell'ansia; Sostegno degli amici; Depressione; Pessimismo; Percezione del controllo; Sostegno della famiglia; Costanza; Apertura all'esperienza; Affabilità; Sessualità della coppia; Energia. A partire da questi primi fattori è stata condotta un'analisi fattoriale di secondo ordine dalla quale sono emersi 4 fattori che spiegavano il 56% della varianza: Disagio

emotivo; Risorse interpersonali; Personalità resistente; Energia. Dati questi risultati e alla luce del modello teorico su esposto i fattori sono stati raggruppati in tre dimensioni: Disagio emotivo; Risorse interpersonali; Risorse personali, composte dalla somma dei fattori Personalità resistente ed Energia. Dalla somma delle Risorse interpersonali e delle Risorse personali, inoltre, le autrici hanno dato vita ad una nuova dimensione denominata Risorse adattive;

- Rispetto alla validità convergente, infine, è emerso che le strategie di coping evitanti correlano in maniera significativa e positiva col disagio emotivo, e in maniera significativa e negativa con le risorse adattive, personali e interpersonali. Le strategie di coping attive, invece, correlano in maniera significativa e positiva con le risorse adattive, personali e interpersonali, e in maniera significativa e negativa col disagio emotivo.

Il DERA è costituito dalle scale seguenti:

I) Scala del Disagio Emotivo, che contiene 26 item che riguardano gli effetti negativi dell'infertilità sullo stato emotivo dei membri delle coppie infertili, e in particolare la sintomatologia ansiosa e depressiva; essa comprende le seguenti sottoscale: *Percezione dell'ansia* (8 item), *Depressione* (6 item), *Esteriorizzazione dell'ansia* (9 item) e *Pessimismo* (3 item);

II) Scala delle Risorse Interpersonali, che contiene 11 item che prendono in considerazione la percezione del soggetto di poter usufruire del sostegno degli amici e della famiglia e comprende le seguenti sottoscale: *Sostegno degli amici* (3 item), *Sostegno della famiglia* (3 item), *Sessualità della coppia* (2 item) e *Affabilità* (3 item);

III) Scala delle Risorse Personali, (11 item) che comprende le seguenti sottoscale: *Apertura all'esperienza* (3 item), *Tenacia* (3 item), *Percezione del controllo* (3 item) ed *Energia* (2 item);

La somma delle ultime due scale fornisce un punteggio che indica nel complesso l'eventuale presenza di Risorse Adattive.

Gli item del DERA sono presentati di seguito (Tab. 8).

Tabella 8 – Item del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008)

1	Si creo que tengo razòn, intent convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía
2	Siempre me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos
3	Me tiemblan las manos o las piernas
4	Me gusta mucho ver programas de informaciòn cultural o científica
5	Siento desànimò cuando pienso en el future
6	Tengo palpitaciones, el corazòn me late muy deprisa
7	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos
8	Los miembros de mi familia confian en mí
9	Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales
10	Si es preciso, no tengo inconveniente an ayudar a un desconocido
11	Me falta al aire y mi respiraciòn es agitada
12	La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida
13	Siempre estoy al dìa de lo que pasa en el mundo
14	Llevo a cabo la decisions que he tomado
15	Puedo contribuir a que la calidad de la atenciòn medica mejore a travès de las cosas que hago o las acciones que emprendo
16	Creo que todas las personas tienen algo bueno
17	Mis amigos y yo somos muy importantes los unos para los otros
18	Fumo, como o bebo demasiado
19	Suelo cambiar de humor bruscamente
20	Se me seca la boca y tengo difficultades para tragar
21	Si fracas en algo, lo intent de Nuevo hasta conseguirlo
22	Tengo pensamientos o sentimientos negatived sobre mí, tales como “inferior a los demás”, “torpe”, etc.
23	Me cuesta concentrarme
24	Siento inseguridad
25	Mi familia me quiere mucho
26	Me quedo inmóvil o mis movimientos son torpes
27	Las cosas nunca ocurren como yo quiero
28	Siento nauseas o mareo
29	Me muevo y hago cosas sin un afinalidad concreta
30	La gente me aprecia mucho
31	Puedo contar con mis amigos
32	Mis amigos se preocupan por mí
33	Llevo a cabo lo que he decidido aunque me suponga un esfuerzo no previsto
34	Ahora lloro más de lo normal
35	Rara vez confío que las cosa buenas me ocurran a mí
36	Puedo contribuir a que el tratamiento sea efectivo a travès de las cosas que hago o las accione que emprendo
37	Generalmente tiendo a imporme a las otras personas mà que a condescender con ellas
38	Generalmente confío en los demás y en sus intenciones
39	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme
40	Pienso que la gente se darà cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos
41	Mi cuerpo está en tensiòn
42	Casi nunca espero que las cosas me sean favorable
43	Trato de evitar o rehuir las situationes que pueden producir tension

44	Siento tristeza o depresión
45	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo
46	Tartamudo o tengo otras dificultades de expresión verbal
47	Puedo contribuir a la probabilidad de conseguir mi objetivo a través de las cosas que hago o las acciones que emprendo
48	Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa

Riprendendo le teorizzazioni sullo stress di Lazarus e sulla personalità resistente di Maddi e Kobassa, le autrici hanno creato un questionario che valuta sia le risorse adattive personali e interpersonali che il disagio emotivo prodotto dall'esperienza di infertilità. Il DERA è l'unico strumento che consente di misurare due costrutti differenti e, quindi, comprendere sia le risorse adattive che l'eventuale disagio percepito. Il questionario, somministrato a un ampio campione ai fine della validazione, ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche sia per quanto riguarda l'attendibilità che per quanto riguarda la validità.

d) *Copenaghen Multi-centre Psychosocial Infertility Questionnaire*

Il Copenaghen Multi-centre Psychosocial Infertility Questionnaire (COMPI; Schmidt, 2006) è un questionario self-report teso alla valutazione dei diversi aspetti psicosociali che caratterizzano l'infertilità e i percorsi di PMA.

Interpretando l'infertilità alla luce del modello transazionale dello stress ideato da Lazarus e Folkman (1984), che propone un'interazione tra fonti di stress, risorse adattive ed effetti dello stress, Schmidt ha creato un questionario che esplora alcune risorse personali, come le strategie di coping, alcune risorse interpersonali, come la relazione con il partner e con il personale medico, e gli effetti dello stress in termini di disagio psicologico e cambiamenti nella relazione con il partner. Egli ha dapprima condotto delle interviste con delle coppie infertili (Schmidt, 1996) i cui risultati, affiancati da un approfondito esame della letteratura sul tema, hanno condotto il team COMPI alla creazione di 7 scale:

1. Comunicazione col partner;
2. Strategie di comunicazione legate all'infertilità;
3. Strategie di coping;
4. Stress legato al problema dell'infertilità;

5. Benefici legati alla relazione col partner;
 6. Atteggiamento nei confronti dell'attenzione medica e centrata sul paziente e nei confronti dei servizi professionali psicosociali;
 7. Valutazione dell'attenzione medica.
1. Comunicazione col partner. Questa scala è composta da 8 item. Il primo item riguarda la difficoltà di parlare col partner della propria infertilità. Gli altri 7 item, invece, sono legati alla frequenza con cui si parla col partner del fatto che non si hanno figli, delle ragioni per le quali non si è riusciti ad averli, degli esami medici, dei trattamenti, delle emozioni legate all'infertilità e dei progetti futuri. Le risposte possono essere segnate su una scala Likert a 3 punti.
2. Strategie di comunicazione legate all'infertilità. Questa scala è composta da 6 item su scala Likert a 3 punti. I primi 4 item consentono di esplorare quanto le persone parlano con gli altri della propria infertilità e dei trattamenti intrapresi; i 2 restanti item riguardano la comunicazione delle emozioni elicite dall'esperienza di infertilità e dai trattamenti di PMA. In particolare le risposte sono categorizzate in tre strategie: una strategia basata sulla segretezza, che consiste nel non condividere la propria esperienza con gli altri; una strategia basata sulla formalità, che consiste nel condividere con gli altri solo le informazioni mediche; una strategia incline all'apertura, che viene adottata quando si condividono con gli altri sia le informazioni mediche sia i propri stati d'animo a esse connessi.
3. Strategie di coping. Questa scala è stata originariamente composta da 29 item: 18 adattati dal questionario Ways of Coping (WOCQ; Folkman e Lazarus, 1988) e 11 ideati a partire dall'analisi delle interviste di Schmidt (1996). Gli item sono stati categorizzato in 4 sottoscale: strategie attivo-evitanti, come evitare donne o bambini; strategie attivo-confrontanti, come mostrare i propri sentimenti e chiedere consiglio agli altri; strategie passivo-evitanti, come sperare in un miracolo; strategie basate sull'attribuzione di significato, come interpretare l'infertilità in maniera positiva e riuscire ad apprezzare di più la propria relazione di coppia. Le risposte possono essere espresse su una scala Likert a 4

punti che valuta la frequenza del ricorso a tali strategie. Gli item di ciascuna sottoscala sono risultati positivamente e significativamente intercorrelati, ad eccezione di 10 item che sono stati eliminati. Gli autori hanno condotto inoltre un'analisi fattoriale confermativa che ha prodotto un buon indice di bontà dell'adattamento ($GFI = 0.88$). Per calcolare l'attendibilità, infine, è stato calcolato il valore dell' α di Cronbach, risultato buono per le prime due sottoscale (rispettivamente .68 e .76) e insufficiente per le ultime due sottoscale (rispettivamente .46 e .59).

4. Stress legato al problema dell'infertilità. Questa scala consta di 14 item su scala Likert a 4 punti che riguardano il disagio percepito come conseguenza dell'infertilità in relazione all'ambito personale, sociale e di coppia. Dei 14 item 7 sono stati ripresi dal Fertility Problem Stress Inventory (Abbey et al., 1991), illustrato più avanti, e 7 sono stati sviluppati a partire dai risultati delle interviste condotte da Schmidt. Gli autori hanno poi condotto un'analisi fattoriale che ha confermato la distribuzione degli item in tre fattori: la sottoscala dello stress inerente la relazione di coppia (4 item) che valuta il grado di disagio prodotto dall'infertilità sulla relazione di coppia; la sottoscala dello stress sociale (4 item) che valuta lo stress prodotto dall'infertilità nelle relazioni con amici, familiari e colleghi; sottoscala dello stress personale (6 item) che esplora lo stress dell'infertilità in relazione alle conseguenze sulla vita personale e sulla salute mentale e fisica. Inoltre la somma di queste tre sottoscale fornisce un indice dello stress globale. Gli autori, infine, hanno calcolato il valore dell' α di Cronbach, risultato molto soddisfacente per tutte le sottoscale (rispettivamente .73, .79 e .81).

5. Benefici legati alla relazione col partner. Gli autori definiscono i benefici legati alla relazione col partner come la percezione che l'infertilità abbia avvicinato i partner e rafforzato il loro legame. Il concetto di beneficio è diverso da quello di soddisfazione perché quest'ultima si riferisce a una valutazione soggettiva della qualità della propria relazione. Questa scala è composta da 2 item ai quali si deve rispondere su una scala Likert a 5 punti che valuta il grado di accordo con ciascun item.

6. Atteggiamento nei confronti dell'attenzione medica e centrata sul paziente e nei confronti dei servizi professionali psicosociali. Questa scala riguarda le aspettative e le intenzioni riguardanti la possibilità di usare dei servizi psicosociali.

Essa è composta da 16 item suddivisi in tre sottoscale: la prima sottoscala (4 item) riguarda l'atteggiamento del paziente nei confronti dell'attenzione ricevuta dai dottori, come spiegare i risultati degli esami; la seconda sottoscala (4 item) riguarda l'atteggiamento del paziente nei confronti dell'attenzione ricevuta rispetto ai propri bisogni emotivi; il terzo fattore riguarda l'atteggiamento nei confronti dei diversi servizi professionali psicosociali non disponibili nelle cliniche di infertilità. Le risposte possono essere espresse su una scala Likert a 3 punti che valuta il grado di importanza attribuito a ciascuno di questi aspetti.

7. Valutazione dell'attenzione medica. Questa scala comprende 13 item che esplorano il modo in cui i pazienti valutano la qualità dell'attenzione ricevuta dai dottori. Dei 13 item 11 sono stati adattati da uno studio europeo sulle priorità dei pazienti (Grol et al., 1999; Mainz et al., 2000). Gli autori hanno effettuato un'analisi fattoriale sui 13 item; analisi che ha rilevato la presenza di 2 fattori: soddisfazione nei confronti della cura medica (7 item); e soddisfazione nei confronti dell'attenzione rivolta al paziente (6 item). Gli autori, infine, hanno calcolato il valore dell' α di Cronbach, risultato molto soddisfacente per entrambe le sottoscale (rispettivamente .91 e .93).

Il Questionario COMPI è stato validato e migliorato attraverso diverse somministrazioni. In un primo tempo esso è stato sottoposto a 54 uomini e 68 donne inferti che stavano per cominciare o ricominciare un trattamento di PMA.

In questo primo tempo Schmidt ha anche condotto otto interviste telefoniche per discutere della chiarezza degli item e del modo di categorizzare le risposte. In un secondo momento e dopo piccole modifiche il questionario è stato somministrato a 14 donne e 17 uomini inferti per osservare se fosse opportuno apportare ulteriori modifiche, non risultate necessarie. La versione definitiva del COMPI è stata così somministrata a 1025 donne e 909 uomini che si trovavano in diverse fasi del percorso di PMA.

Gli item del questionario COMPI sono presentati di seguito (Tab.9).

Tabella 9 – Item del Copenaghen Multi-centre Psychosocial Infertility Questionnaire (COMPI; Schmidt, 2006)

Partner Communication	
	Do you talk to your partner about:
1	that you are not able to have children?
2	the reason why you are childless?
3	your tests?
4	what kind of treatments you are trying?
5	your emotional feelings as childless?
6	how tests and treatments affects you emotionally?
7	what you will do in the future to have a baby?
Infertility-related Communications Strategies (ICS)	
	Do you talk to other people about:
1	that you are not able to have children?
2	the reason why you are childless?
3	your tests and examinations?
4	what kind of treatments you are trying?
5	your emotional feelings as childless?
6	how tests and treatments affects you emotionally?
The COMPI Coping Strategy Scales	
	How do you cope? I ...
<i>Active-avoidance Coping Scale</i>	
1	avoid being with pregnant women or children
2	leave when people are talking about pregnancies and children
3	try to keep my feelings to myself
4	turn to work or substitute activity to take my mind off things
<i>Active-confronting Coping Scale</i>	
1	let my feelings out somehow
2	accept sympathy and understanding from someone
3	ask other childless people for advice
4	ask a relative or friend for advice
5	read or watch television about childlessness
6	talk to someone about my emotions as childless
7	talk to someone about how tests and treatments affect me emotionally
<i>Passive-avoidance Coping Scale</i>	
1	hope a miracle will happen
2	feel that the only thing I can do is to wait
3	have fantasies and wishes
<i>Meaning-based Coping Scale</i>	
1	have grown as a person in a good way
2	think about infertility in a positive light
3	find my marriage/partnership even more valuable now
4	find other life goals
5	believe there is a meaning in our difficulties in having children
The COMPI Fertility Problem Stress Scales	
<i>Personal domain</i>	
1	My life has been disrupted because if this fertility problem
2	It is very stressful for me to deal with this fertility problem

	How much stress has your fertility problem placed on the following...
1	your relationship with people with children?
2	your relationship to pregnant women?
3	your physical health?
4	your mental health?
	<i>Marital domain</i>
	The childlessness has...
1	caused crisis in our relationship
2	caused thoughts about divorce
	How much stress has your fertility problem placed on the following...
1	your marriage?
2	your sex life?
	<i>Social domain</i>
	How much stress has your fertility problem placed on the following...
1	your relationship with your family?
2	your relationship with your family-in law?
3	your relationship with friends?
4	your relationship with workmates?
	The COMPI Marital Benefit Measure
	The childlessness has...
1	brought us closer together
2	has strengthened our relationship
	Attitude to treatment
	I wish the staff at the fertility clinic...
	<i>Medical care</i>
1	tells the results of the tests
2	inform us about the different treatment options relevant for us
3	inform us about the possibilities of adoption
4	gives us written information about our treatment
	<i>Patient-centred care</i>
1	asks us about our emotional feelings
2	shows us understanding
3	gives us a pamphlet about the emotional consequences of childlessness
4	refers to associations for childless people
	<i>Professional psychosocial service</i>
	I wish there was a possibility to...
1	participate in a course about childlessness
2	to participate in a support group
3	to talk to a psychologist
4	to talk to a sex therapist
	<i>Intentions to use psychosocial services</i>
	If these services existed, I would like to...
1	participate in a course about childlessness
2	to participate in a support group
3	to talk to a psychologist
4	to talk to a sex therapist
	Evaluation of treatment
	How do you assess the staff at the fertility clinic after having started treatment 12 month ago
	<i>Medical care</i>

1	to be thorough and careful
2	to examine you
3	to explain the purpose of tests and treatments in detail
4	to tell you all you want to know about infertility and treatment
5	to inform you of what you could expect from the fertility clinic
6	to make an individualized treatment plan for your situation
7	to explain what went wrong if treatment was unsuccessful
	<i>Patient-centred care</i>
1	to make you feel you had enough time during consultation
2	to take a personal interest in you as a person
3	to make you feel free to talk about your problems
4	to involve you in decision-making
5	to listen to you
6	to take care of the emotional problems of our fertility problem and treatment

Nonostante la costruzione del questionario sia stata guidata da un chiaro riferimento teorico al modello transazionale dello stress di Lazarus, e sebbene esso sia stato somministrato a un campione molto ampio per lo studio di validazione, occorre sottolineare che l'attendibilità e la validità di costrutto sono state esaminate solo per le scale relative alle strategie di coping, all'attenzione ricevuta dal personale medico e allo stress percepito, che hanno dimostrato di avere buone proprietà psicométriche. Sulla validità e attendibilità delle altre scale, invece, non è stato riportato alcun risultato. Il COMPI ha tuttavia il vantaggio di esplorare sia i fattori di rischio che le risorse delle coppie infertili.

II.4 Test per la valutazione degli effetti legati all'esperienza di infertilità

L'esperienza di infertilità è stata definita come una crisi (Menning, 1980) che comporta delle conseguenze negative sul piano individuale, sociale e di coppia. Riuscire a comprendere quali ambiti e quanto essi sono stati inficiati da tale esperienza è importante al fine di offrire un supporto psicologico in quelle aree in cui la persona ha maggiormente bisogno di un sostegno. È opportuno sottolineare che nei modelli transazionali dello stress, essendo questi dei modelli ricorsivi, gli stessi effetti dello stress influenzano il modo in cui gli individui percepiscono le fonti di stress e le proprie risorse per farvi fronte.

Di seguito sono presentati sette test per la valutazione degli effetti prodotti dall'esperienza di infertilità sul benessere individuale, relazionale e sulla qualità della vita: l'Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985), il Fertility Problem Stress (Abbey et

al., 1991), l'Infertility Reaction Scale (Collins et al., 1992), la Fertility Adjustment Scale (FAS; Glover et al., 1999), il Psychological Evaluation Test per coppie infertili (PET; Franco et al., 2002), il Tübingen Quality-of-Life Questionnaire for Men with Involuntary Childlessness (Tübinger Lebensqualitätsfragebogen für Männer mit Kinderwunsch, TLMK; Schanz et al., 2005) e il Fertility Quality of Life (FertiQoL; Boivin et al., 2011). Essi differiscono tra loro per il grado di attendibilità e validità emerso dagli studi di validazione. I test illustrati sono i seguenti:

- a) Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985);
- b) Fertility Problem Stress (Abbey et al., 1991);
- c) Infertility Reaction Scale (Collins et al., 1992);
- d) Fertility Adjustment Scale (FAS; Glover et al., 1999);
- e) Psychological Evaluation Test (PET; Franco et al., 2002);
- f) Tübingen Quality-of-Life Questionnaire for Men with Involuntary Childlessness (TLMK; Schanz et al., 2005);
- g) Fertility Quality of Life (FertiQoL; Boivin et al., 2011).

a) *Infertility Questionnaire*

L'Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985) è un questionario self-report costituito da 21 item su scala Likert a 5 punti che valuta gli effetti dell'infertilità sull'autostima, sul senso di colpa e sulla sessualità. Gli autori (Bernstein et al., 1985) hanno analizzato gli studi condotti fino a quel momento sulle conseguenze dell'infertilità sul piano personale e sulla relazione di coppia (Menning, 1980; Mazor, 1978; Platt et al., 1973) e hanno sostenuto la necessità di creare uno strumento specifico per la rilevazione degli effetti provocati dall'infertilità.

La formulazione degli item dell'IFQ è stata eseguita da un team di medici e specialisti del settore che hanno individuato tre aree principali: autostima (8 item), sensi di colpa (5 item) e sessualità (8 item). Le risposte vanno segnate su una scala Likert a 5 punti che valuta il grado di accordo con ciascun item. L'IFQ è stato somministrato a 39 donne e

31 uomini frequentanti la Clinica di infertilità e endocrinologia riproduttiva dell'ospedale universitario di New Mexico. I criteri di inclusione prevedevano che le coppie sapessero parlare inglese e avessero una durata dell'infertilità maggiore di due anni. I questionari sono stati inviati per posta e riportati in clinica in maniera anonima. Oltre all'IFQ i soggetti hanno compilato anche la Symptom Check List (SCL-90; Derogatis et al., 1973), un questionario che misura il grado di disagio psicologico in diversi ambiti.

Al fine di verificarne le proprietà psicométriche gli autori hanno dapprima esplorato la capacità del test di discriminare rispetto al genere calcolando la differenza nelle medie dei punteggi mediante t-test; da questi è emerso che le donne riportano un punteggio significativamente maggiore degli uomini nella perdita di autostima. Nelle altre due dimensioni, invece, non sono emerse differenze significative.

Per verificare la validità di criterio, inoltre, è stato calcolato il valore dei coefficienti di correlazione tra l'IFQ e la SCL-90; correlazioni risultate significative, positive ed eccellenti nonostante i due test non misurino precisamente lo stesso costrutto. L'attendibilità del questionario è stata calcolata mediante l' α di Cronbach; questa è risultata molto soddisfacente per le tre scale e per la scala totale (valore α da .72 a .88). Anche l'analisi della correlazione inter-item è risultata molto soddisfacente e ha rilevato che la maggioranza dei valori era compresa tra .35 e .45.

La verifica dell'attendibilità test-retest, infine, è stata calcolata correlando i punteggi dell'IFQ di 10 coppie che hanno compilato il questionario in due occasioni a distanza di due mesi. Tale correlazione è risultata eccellente ($r = .92$) provando la stabilità nel tempo del questionario.

Gli item dell'IFQ sono presentati di seguito (Tab. 10).

Tabella 10 – Item dell' Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985)

1	I feel bad about my body because of our inability to have a child
2	Since our infertility, I feel I can do anything as well as I used to
3	I feel as attractive as before our infertility
4	I feel less masculine/feminine because of our inability to have a child
5	Compared with others, I feel I am a worthwhile person
6	Lately, I feel I am sexually attractive to my wife/husband
7	I feel I will be incomplete as a man/woman if we cannot have a child
8	Having an infertility problem makes me feel physically incompetent
9	I feel guilty about somehow causing our infertility
10	I wonder if our infertility problem is due to something I did in the past

11	My spouse make me feel guilty about our problem
12	There are times when I blame my spouse for our infertility
13	I feel I am being punished because of our infertility
14	Lately I feel I am able to respond to my spouse sexually
15	I feel sex is a duty, not a pleasure
16	Since our infertility problem, I enjoy sexual relations with my spouse
17	We have sexual relations for the purpose of trying to conceive
18	Sometimes I feel like a “sex machine”, programmed to have sex during the fertile period
19	Impaired fertility has helped our sexual relationship
20	Our inability to have a child has increased my desire for sexual relations
21	Our inability to have a child has decreased my desire for sexual relations

Nella creazione del questionario gli autori non hanno fatto riferimento a uno specifico modello dello stress. Essi sono stati i primi studiosi che hanno esplorato alcune conseguenze connesse all’esperienza di infertilità attraverso uno strumento standardizzato. Sebbene i risultati da loro ottenuti depongano a favore dell’attendibilità e della validità dello strumento, tale studio di validazione presenta dei forti limiti relativi all’ampiezza troppo esigua del campione usato.

b) *Fertility Problem Stress*

Il Fertility Problem Stress (Abbey et al., 1991) è un questionario self-report che consta di 9 item ai quali si può rispondere su una scala Likert a 5 punti. Esso valuta il livello di stress percepito inteso come effetto della propria condizione di infertilità. Abbey, Andrews e Halman (1991) hanno fatto riferimento al modello transazionale di Lazarus (1999), il quale afferma che lo stress è una condizione che deriva dall’interazione di fonti di stress e risorse adattive. Essi hanno dunque affermato che l’interazione di tali fattori nell’esperienza di infertilità induce le persone che la vivono a provare diversi livelli di stress nelle varie sfere della propria vita. Essi perciò hanno voluto creare uno strumento che rilevi il livello di stress percepito inteso come indice globale degli effetti dell’infertilità nei diversi ambiti di vita.

Il Fertility Problem Stress esplora la percezione individuale di quanto sia cambiata la propria vita in conseguenza dell’esperienza di infertilità e quanto sia stressante affrontare questi cambiamenti. Il questionario, inoltre, chiede di esprimere il grado di stress percepito nella sfera sessuale, finanziaria, matrimoniale, sociale, fisica ed emotiva.

Il Fertility Problem Stress è stato somministrato a 185 coppie infertili nel corso di una ricerca che esplorava le differenze di genere nel modo di percepire e affrontare l'infertilità. Gli autori hanno verificato l'attendibilità dello strumento per mezzo del calcolo dell' α di Cronbach, risultata molto elevata (.88). Essi, inoltre, tramite t-test hanno esplorato la differenza delle medie dei punteggi del Fertility Problem Stress in relazione al genere ed hanno rilevato che le donne percepiscono un livello significativamente maggiore di stress rispetto agli uomini; dato a sostegno dei risultati presenti in letteratura (Freeman et al., 1985).

Gli item del Fertility Problem Stress sono presentati di seguito (Tab. 11).

Tabella 11 – Item del Fertility Problem Stress (Abbey et al., 1991)

1	How much has your life disrupted because of this fertility problem?
2	How much has your life changed because of this fertility problem?
3	How stressful has it been for you to deal with this fertility problem?
	How much stress has your fertility problem placed on each of the following:
4	Your sex life?
5	Your financial condition?
6	Your marriage?
7	Your relationship with people with children?
8	Your physical health?
9	Your mental health?

Nonostante gli autori abbiano somministrato tale test a un campione piuttosto ampio, tuttavia essi non hanno eseguito un vero e proprio studio di convalida, limitandosi a verificare solo l'attendibilità dello stesso e la sua capacità di discriminare rispetto al genere, risultate entrambe soddisfacenti.

c) *Infertility Reaction Scale*

L' Infertility Reaction Scale (Collins et al., 1992) è un questionario self-report composto da 15 item su scala Likert a 5 punti. Esso valuta il livello di stress inteso come disagio prodotto dall'infertilità in diverse sfere di vita.

Partendo da una rassegna delle ricerche che hanno esplorato gli effetti dell'infertilità sulla sfera emotiva, lavorativa e sociale, gli autori hanno chiesto a 200 coppie che stavano cominciando un percorso di fecondazione in vitro all'Ospedale di Pennsylvania di

compilare un questionario che richiedeva di indicare la durata del trattamento, l'effetto percepito dell'infertilità sulle relazioni sociali, il grado di supporto sociale, la probabilità percepita di conseguire una gravidanza e lo stress atteso in relazione al trattamento. Alle coppie è stato anche sottoposto un altro questionario composto da 15 item, l'Infertility Reaction Scale; item formulati da Keye, Deneris e Sullivan nel 1984 ma i cui dati relativi alla convalida non erano mai stati pubblicati.

Al fine di verificare le proprietà psicométriche dell'Infertility Reaction Scale gli autori hanno condotto un'analisi fattoriale usano il metodo di rotazione varimax. Tale analisi ha evidenziato la presenza di tre fattori: il primo si riferisce al senso di inadeguatezza derivante dalla mancata realizzazione del desiderio di concepire un figlio; il secondo si riferisce agli effetti dell'infertilità sulle relazioni sociali e sull'efficienza lavorativa; il terzo, infine, si riferisce al disagio prodotto dalle pressioni sociali ad avere un figlio.

Al fine di verificare la capacità degli item di discriminare rispetto al genere, inoltre, sono state confrontate le medie dei punteggi ottenuti in ciascun item tramite t-test il quale ha rilevato che le donne riportano un punteggio significativamente maggiore degli uomini; ciò sottolinea quindi che le sfere emotive e sociali delle donne sono infestate dall'infertilità in misura maggiore degli uomini.

Gli autori hanno inoltre eseguito il calcolo delle correlazioni di Pearson tra i punteggi dei tre fattori dell'IRS e il grado di stress atteso in relazione al trattamento. Essi hanno individuato una correlazione significativa tra questo e il fattore relativo al senso di inadeguatezza derivante dal mancato desiderio di un figlio sia per gli uomini ($r = 0.48$, $p < 0.001$) che per le donne ($r = 0.35$, $p < 0.001$). Essi hanno rilevato anche una correlazione significativa tra il grado di stress atteso in relazione al trattamento e il fattore relativo alla sfera sociale e lavorativa per le donne ($r = 0.40$, $p < 0.01$).

Al fine di verificare anche la capacità del test di discriminare rispetto all'assenza/presenza di figli gli autori hanno eseguito l'analisi della varianza (ANOVA) dalla quale è emerso che tale variabile influenza il disagio percepito in relazione al desiderio di un figlio sia nel caso degli uomini che nel caso delle donne. Non sono emersi risultati significativi rispetto agli altri fattori.

Gli item dell'IRS sono presentati di seguito (Tab. 12).

Tabella 12 – Item dell’Infertility Reaction Scale (Collins et al., 1992)

1	Avoid family with children
2	Able to respond sexually to the partner
3	Think about our infertility
4	Easy to separate infertility from other aspects of life
5	Inability to have children is more than I can cope with
6	I will do anything to have a child
7	I feel like a failure when my wife/I start a period
8	Having a child is the major focus of my life
9	Infertility is one of the hardest problems in my life
10	Pressure from others to have a child
11	Guilty when thinking of stopping treatment
12	Infertility has affected other areas of my life
13	My role as a man/woman is incomplete if we cannot have children
14	I feel helpless about our infertility
15	I am not a good husband/wife

L’IRS è stato uno dei primi strumenti ad essere creati per la valutazione degli effetti dell’infertilità sulle sfere emotive e sociali delle persone che affrontano un percorso di PMA. Nell’elaborazione del test gli autori non hanno fatto riferimento a uno specifico modello teorico dello stress. Le analisi da loro condotte con un ampio campione per la validazione dell’IRS hanno dimostrato che esso è uno strumento che possiede una soddisfacente validità di costrutto. Tuttavia non sono stati eseguiti i calcoli relativi all’attendibilità dello stesso.

d) *Fertility Adjustment Scale*

La Fertility Adjustment Scale (FAS; Glover et al., 1999) è un questionario self-report costituito da 12 item su scala Likert a 6 punti che valuta il grado di adattamento all’esperienza di infertilità.

Gli autori (Glover et al., 1999) hanno sottolineato che il progressivo affermarsi delle tecniche di PMA comporta la necessità di esplorare l’effetto che tali trattamenti hanno sulla vita degli individui in termini di adattamento. L’adattamento è qui inteso come un concetto eterogeneo che include aspetti cognitivi, comportamentali ed emotivi; esso non implica l’accettazione di non poter più avere figli o il non provare più desiderio di averne ma il grado in cui gli individui divengono capaci di gestire dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale la possibilità di avere o meno dei figli.

I 12 item che compongono la FAS sono stati elaborati in seguito a uno studio pilota in cui sono state condotte delle interviste con alcune coppie infertili in differenti fasi di diagnosi e trattamento contattate in una clinica specializzata. Questi item sono stati intesi come indici del grado in cui gli individui hanno considerato la possibilità di vivere con o senza figli. Le possibili risposte ai 12 item devono essere segnate su una scala Likert a 6 punti che valuta il grado di accordo con ciascun item. La scelta di adottare una scala a 6 punti è stata effettuata per evitare punteggi neutrali. Un punteggio elevato sulla scala risponde ad uno scarso adattamento.

Al fine di rilevarne le proprietà psicometriche la FAS è stata somministrata a 50 donne e 50 uomini contattati in due ospedali di Londra e ai quali è stato chiesto di fornire i propri dati sociodemografici (età, impiego, storia di infertilità e tipo di trattamento). Ai partecipanti, inoltre, è stato chiesto di compilare anche un questionario atto alla rilevazione della sintomatologia depressiva e ansiosa, l'Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond e Snaith, 1983), e una scala dello stress legato all'infertilità consistente in una linea di 10 cm i cui due poli rappresentavano il massimo e il minimo stress percepito.

In primo luogo è stata eseguita l'analisi degli item dalla quale è emerso che gli item si distribuiscono in maniera normale. In secondo luogo è stata effettuata l'analisi della coerenza interna per mezzo del calcolo dell' α di Cronbach che ha prodotto risultati soddisfacenti ($\alpha = 0.86$). È stata poi calcolata l'attendibilità split-half che rileva il grado in cui gli item misurano lo stesso costrutto e il coefficiente di correlazione di Guttman tra le due metà è risultato molto elevato (0.81).

Inoltre dopo due settimane dalla prima compilazione della FAS a 30 soggetti è stato chiesto di completare nuovamente il questionario per verificare l'attendibilità test-retest; anche in questo caso il coefficiente di correlazione di Pearson è risultato molto elevato ($r = 0.88$). La validità concorrente invece, è stata calcolata attraverso il calcolo della correlazione di Pearson tra i punteggi della FAS e le misure di ansia, depressione e stress. Le correlazioni, come ipotizzato dagli autori, sono risultate significative, positive e modeste dal momento che i costrutti sono associati tra loro ma non identici. Inoltre è stata effettuata l'analisi delle correlazioni tra i punteggi della FAS e l'età, il tempo intercorso dai primi tentativi di avere un figlio, la durata del trattamento e la probabilità percepita di avere un figlio ma non sono emerse correlazioni significative. Gli autori, infine, hanno calcolato

tramite t-test i punteggi della fase in relazione al grado di istruzione e alla presenza/assenza di un figlio ma non sono emerse differenze statisticamente significative.

Gli item della FAS sono presentati di seguito (Tab. 13).

Tabella 13 – Item della Fertility Adjustment Scale (FAS; Glover et al., 1999)

1	I will continue with investigation/treatment until I succeed in having a child
2	There are both advantages and disadvantages in having a child
3	I cannot plan for the future until I know for certain whether or not I can have a child
4	I can talk to my partner about the possibility of not having a child
5	I want a child of my own more than anything else in life
6	I have made plans for a possible future life without a child
7	I seem to live my life from month to month
8	I will always feel unfulfilled if I am unable to have my own child
9	I think I could adjust to a future life without a child
10	I make sure that I carry on with my normal life activities
11	I cannot imagine a future without a child
12	I think life could be rewarding either with or without children

Gli autori hanno affermato che tale questionario può costituire un punto di partenza per discutere con la coppia dei problemi legati all’adattamento all’esperienza di infertilità e promuovere un confronto a riguardo tra i partner. La FAS, inoltre, riguardando la possibilità di concepire o meno un figlio, consente di introdurre il tema delle reali probabilità di successo associate alle tecniche di PMA, aiutando a sviluppare aspettative reali sul percorso intrapreso. Gli autori, infine, hanno sostenuto che la FAS costituisce uno strumento valido, attendibile e utile per valutare le reazioni psicologiche ai problemi di infertilità e, in particolare, il modo in cui l’individuo si rapporta alla possibilità di avere o meno dei figli.

Tuttavia essi non fanno riferimento a uno specifico modello dello stress e non esplicitano in maniera chiara la loro concezione di adattamento. Il campione da loro utilizzato, inoltre, è piuttosto esiguo per uno studio di validazione e i risultati inerenti la validità della FAS sono discreti. Buoni risultano invece i risultati inerenti l’attendibilità dello strumento.

e) *Psychological Evaluation Test*

Il Psychological Evaluation Test per coppie infertili (PET; Franco et al., 2002) è un questionario self-report che consta di 15 item ai quali bisogna rispondere su una scala Likert a 4 punti. Esso valuta le reazioni emotive all’esperienza di infertilità.

Nel formulare gli item gli autori hanno considerato le diverse sfere emotive, sociali, lavorative e relazionali che possono essere inficate dall'esperienza dell'infertilità, come si evince dalla letteratura sul tema (Covington, 1997; Kemeter e Fiegl, 1998; Oddens et al., 1999). Gli autori hanno somministrato il test a 251 donne e 231 uomini inferti che stavano frequentando il Centro di Riproduzione Umana a Ribeirão Preto, in Brasile. Le risposte ai 15 item potevano essere espresse su una scala Likert a 4 punti che si riferiva alla frequenza con la quale le persone avvertivano determinate emozioni.

Il PET è stato somministrato separatamente a uomini e donne dopo aver effettuato un ciclo di stimolazione ovarica e prima di sottoporsi a una tecnica di procreazione medicalmente assistita.

Al fine di verificarne le proprietà psicometriche gli autori hanno eseguito il Mann-Whitney test per testare la capacità del questionario di discriminare rispetto al genere; dal confronto delle medie del punteggio al PET tramite il Mann-Whitney test è emerso che le donne hanno un punteggio significativamente maggiore degli uomini.

Tale dato ha evidenziato che l'impatto emotivo dell'infertilità è maggiore per le donne che per gli uomini. Tramite il test di Fisher, inoltre, gli autori hanno confrontato gli uomini e le donne rispetto alla frequenza bassa (punteggio 1 e 2) o alta (punteggio 3 e 4) di risposte al questionario; dal test di Fisher è emerso che le donne rispetto agli uomini mostrano un livello significativamente più elevato di risposte sul versante alto. Per quanto riguarda l'attendibilità, invece, è stato calcolato il valore dell' α di Cronbach, risultato molto soddisfacente (0.88). Infine è stato verificato che nessun item migliorasse il valore dell' α di Cronbach se cancellato.

Gli item del PET sono mostrati di seguito (Tab. 14).

Tabella 14 – Item del Psychological Evaluation Test (PET; Franco et al., 2002)

1	Are you irritated by the fact of not having children?
2	Relatives and friend usually ask about the fact that we don't have children and I don't feel well in this situation
3	I am upset when I am invited to a children's birthday party
4	I am annoyed when a friend or relative becomes pregnant
5	Are you depressed every time you menstruate?
6	Is your sexual relationship being impaired by the fact that you have not become pregnant up to now?
7	Is your professional activity impaired due to the lack of children?
8	Do you feel inferior to other women due to the fact of not having children?

9	Are you a person who is always suspicious or afraid of treatments?
10	Do you think you might go crazy if you don't have children?
11	Do you feel tachycardia, shortness of breath, pressure in the chest, tremors, and hand sweating when thinking about the fact of not having children?
12	Do you feel a sensation of emptiness due to the fact of not having children?
13	Is your daily relationship with your husband impaired by the fact of not having children?
14	Does the difficulty in having children make you want not to leave home as you used to do and to think that it is better to be isolated from others?
15	Do you think about your difficulty in having children during daily life?

In questo studio non emerge alcuna connessione coi modelli dello stress. Gli autori hanno voluto creare uno strumento per l'identificazione di uomini e donne che presentano un disagio psicologico dovuto all'infertilità. Essi, però, pur avendo un campione numeroso, non hanno condotto analisi approfondite sulla validità di costrutto del questionario, rilevando solo la sua capacità di discriminare rispetto al genere. Soddisfacente è invece risultata l'attendibilità dello strumento.

f) *Tübingen Quality-of-Life Questionnaire for Men with Involuntary Childlessness*

Il Tübingen Quality-of-Life Questionnaire for Men with Involuntary Childlessness (Tübinger Lebensqualitätsfragebogen für Männer mit Kinderwunsch, TLMK; Schanz et al., 2005) è un questionario self-report costituito da 35 item su scala Likert a 5 punti che valuta l'impatto dell'infertilità sulla qualità di vita degli uomini inferti. A partire dall'analisi della letteratura sull'infertilità e dalla rassegna degli strumenti utilizzati per l'assessment psicologico di persone inferti, gli autori (Schanz et al., 2005) hanno sottolineato la necessità di valutare l'impatto dell'infertilità sulla qualità di vita degli uomini che vivono questa esperienza. Essi, inoltre, facendo riferimento a Aaronson (1988) e Price (1996) hanno sostenuto che la valutazione della qualità di vita dovrebbe includere lo stato di salute, il benessere psicologico e il funzionamento fisico e sociale.

Il questionario è stato sviluppato in tre fasi. Nella prima fase 10 pazienti hanno partecipato a delle interviste semi-strutturate condotte da due andrologi nella clinica andrologica di Tubingen, in Germania. Ai pazienti è stato chiesto quali problemi connessi all'infertilità avessero delle ripercussioni sulla loro vita quotidiana. Le risposte fornite e l'analisi della letteratura hanno consentito di definire otto ambiti legati alla qualità della vita in infertilità: benessere psicologico, contatti sociali, disagio fisico, relazione di coppia, relazione sessuale, desiderio di un figlio, identità di genere e soddisfazione nei confronti del

trattamento. Nella seconda fase quattro clinici esperti (due ginecologi e due andrologi) hanno selezionato 120 item da strumenti generici per la valutazione della qualità di vita adattandoli agli otto ambiti su menzionati. Nella terza fase, infine, sono stati eliminati gli item ridondanti e i 91 item rimanenti sono stati suddivisi nelle otto categorie. Il TLMK chiede di rispondere agli item facendo riferimento alle precedenti quattro settimane; le risposte devono essere espresse su una scala Likert a 5 punti che valuta il grado di accordo o disaccordo con ciascun item. Oltre ai 91 item sono state aggiunte due domande a risposta aperta per valutare la rilevanza e l'accettabilità del questionario.

Al fine di testarne le proprietà psicométriche, questa prima versione del TLMK è stata sottoposta a 275 uomini che erano agli inizi della fase diagnostica e che provavano ad avere un figlio da almeno 6 mesi. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario sociodemografico per rilevare l'età, la durata dell'infertilità, il livello di istruzione e lo status coniugale. Oltre al questionario sociodemografico è stato chiesto di compilare altri due questionari: il PFB (Hahlweget al., 1982) sui conflitti, l'affettuosità e la comunicazione nella relazione di coppia e l'FLZ (Fahrenberg et al., 2000) che valuta il livello di soddisfazione in relazione allo stato di salute, alla vita professionale, alla situazione finanziaria, ai piaceri e agli hobby, al matrimonio e alla relazione di coppia, all'autostima, alla sessualità, alla vita sociale, alla relazione con i propri figli e alla condizione di vita.

Per quanto riguarda le proprietà psicométriche è stata dapprima condotta l'analisi degli item che ha portato all'eliminazione degli item la cui correlazione col punteggio totale era inferiore a .40, riducendone il numero da 91 a 53.

In secondo luogo è stata valutata positivamente la rilevanza e l'accettabilità degli item del questionario analizzando le risposte alle due domande aperte poste alla fine del questionario.

In terzo luogo è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa usando il metodo di analisi delle componenti principali con la rotazione varimax ed estrazione dei fattori con autovalore maggiore di 1. I risultati emersi dall'analisi fattoriale hanno consentito di eliminare gli item il cui livello di saturazione era inferiore a .32 e i fattori costituiti da soli 2 item. Tale eliminazione ha ridotto ulteriormente gli item da 53 a 35, item raggruppati in 4 fattori: il primo fattore, concernente il desiderio di un figlio, riguarda il modo in cui si riesce

ad affrontare la vita presente e futura in prospettiva di una vita senza figli; il secondo fattore, concernente la relazione sessuale, esplora l'impatto dell'infertilità sulla sfera sessuale; il terzo fattore, concernente l'identità di genere, si riferisce alle ricadute dell'infertilità sul proprio senso di identità; il quarto fattore, concernente il benessere psicologico, fa riferimento al grado di benessere percepito in relazione alla propria infertilità. L'attendibilità dei fattori del questionario è stata valutata per mezzo dell' α di Cronbach ed è risultata soddisfacente (valori compresi tra .83 e .92). Infine è stata analizzata la validità convergente e discriminante rispetto al questionario sulla relazione di coppia (PFB) e al questionario sul benessere (FLZ) per mezzo del calcolo dei coefficienti di correlazione di Pearson. In accordo con le ipotesi formulate dagli autori sono emerse delle significative correlazioni negative tra le dimensioni della relazione di coppia e del benessere e la qualità di vita in infertilità misurata dal TLMK, il cui punteggio è inversamente proporzionale alla percezione di una buona qualità di vita.

Gli item del TLMK sono presentati di seguito (Tab. 15).

Tabella 15 – Item del Tübingen Quality-of-Life Questionnaire for Men with Involuntary Childlessness (TLMK; Schanz et al., 2005)

1	Not being able to father a child is distressing to me
2	I can't achieve happiness without a child
3	I feel hurt when others make remarks on our childlessness
4	I feel upset when I see a perambulator
5	I consider infertility a personal shortcoming
6	I feel down
7	I am coping well with our difficulties conceiving
8	My life revolves around trying to have children
9	Planning for our future has been hindered by our difficulties conceiving
10	I avoid contact with people who have children
11	The psychological stress interferes with work, leisure activities
12	I feel like giving up
13	Certain aspects of my relationship with my partner have become less important since we have had problems conceiving
14	My partner and I have less sex when she is not ovulating
15	The stress of trying to conceive decreases feeling of tenderness for my partner
16	The desire to have a child decreases my sexual desire for my partner
17	We have less sex when my partner is ovulating
18	Sex is a chore
19	I feel like I am under pressure when my partner is ovulating
20	I feel less satisfied after sex than I used to
21	I feel less masculine than other men I know
22	I am afraid of sexual failure with my partner

23	I feel less successful as a man
24	I feel like a failure because of our problems conceiving
25	I feel like I am not meeting expectations as a man
26	I feel guilty for having let my partner down
27	I have feelings of low self-worth around women
28	My ability to achieve a sufficient erection has decreased
29	I can better my life situation
30	I can enjoy the good things in life
31	I have a good sense of humour about life
32	I have lost interest in things I used to enjoy
33	I am able to relax
34	I am satisfied with my life
35	I have difficulties with planning and problem-solving

Nella costruzione del test gli autori non hanno fatto riferimento ad uno specifico modello dello stress. Dalle analisi condotte su un campione sufficientemente ampio emerge che il TLMK è un questionario valido dal punto di vista psicométrico sia per quanto riguarda l'attendibilità che per quanto riguarda la validità di costrutto. L'uso del TLMK consente di esplorare l'impatto che l'esperienza dell'infertilità ha sulla qualità di vita percepita dagli uomini in relazione al modo di affrontare tale esperienza, alla sfera sessuale, all'identità di genere e al benessere psicologico.

g) Fertility Quality of Life

Il Fertility Quality of Life (FertiQoL; Boivin et al., 2011) è un questionario self-report atto a rilevare la percezione della qualità della vita in relazione all'esperienza di infertilità; esso è rivolto sia agli uomini che alle donne. Nella creazione del questionario gli autori (Boivin et al., 2011) hanno fatto riferimento alla definizione di qualità della vita proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1998) 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.

Dal momento che numerosi studi hanno mostrato un'alta incidenza di effetti negativi dell'infertilità e dei trattamenti a essa connessi sulla soddisfazione di vita e sul benessere (Greil, 1997) e sul successo dei trattamenti (Smeenk et al., 2004) gli autori hanno sottolineato l'importanza di prendere in considerazione la qualità della vita legata all'esperienza di infertilità e ai trattamenti di PMA.

L'intento degli autori è consistito nel creare e validare un questionario internazionale che misurasse la percezione della qualità della vita in uomini e donne infertili. Il campione è costituito da 291 donne e 75 uomini contattati in cliniche di diversi Paesi (Australia, Canada, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti) e da 1.014 donne e 34 uomini che hanno compilato il questionario online negli stessi Paesi. Lo studio ha ricevuto l'approvazione della Commissione Etica della Scuola di Psicologia dell'Università di Cardiff e del consiglio di amministrazione interna di ciascuna clinica. I soggetti dello studio hanno compilato sia un modulo informativo richiedente i dati socio-demografici, i dati legati alla storia medica e alle caratteristiche della propria esperienza di infertilità sia una prima versione del FertiQol composta da 102 item centrali e 27 item opzionali sul trattamento. Questa prima versione è stata frutto del lavoro di un team di esperti sul tema ed ha richiesto 4 fasi: generazione di item potenziali; eliminazione di item ridondanti e irrilevanti; validazione con persone infertili; sondaggio cross-culturale dell'accettabilità e fattibilità del questionario.

Nella prima fase si è proceduto ad una revisione degli studi psicosociali condotti in infertilità e degli strumenti per valutare tale esperienza e i trattamenti di PMA al fine di individuare specifici ambiti di vita affetti dall'infertilità e generare degli item ad essi attinenti. Tale processo ha condotto alla formulazione di 302 item concernenti la relazione di coppia, la rete sociale, le emozioni, gli aspetti cognitivi, il coping, il trattamento, l'autostima, gli aspetti finanziari, le conseguenze psicologiche, l'ottimismo e il pessimismo, le reazioni alle opzioni alternative di genitorialità, la salute fisica, l'importanza dei bambini e l'impatto sullo stile di vita.

Nella seconda fase tali item sono stati sottoposti ad un team di esperti con il compito di eliminare gli item ridondanti e irrilevanti e modificare la formulazione degli stessi se poco chiara e/o ambivalente. Il lavoro del team ha ridotto gli item da 302 a 116.

Nella terza fase è stata testata la validità dei rimanenti 116 item attraverso 17 focus group condotti in Canada, Germania, Messico, Stati Uniti e Italia con pazienti infertili diversi per caratteristiche socio demografiche e storia di infertilità. Ciascun focus group ha avuto la durata di un'ora e mezza/due ore in cui i partecipanti sono stati invitati a parlare delle loro sfere di vita positivamente e negativamente affette dall'infertilità. Dal confronto tra i 116 item e i feedback dei focus-group sono stati eliminati 22 item e ne sono stati

aggiunti 8, ottenendo così 102 item (oltre a 27 item opzionali concernenti il trattamento).

Nella quarta fase è stata esplorata l'accettabilità e la fattibilità del FertiQoL come strumento per valutare la qualità di vita in infertilità attraverso un sondaggio condotto con pazienti infertili diversi per età, genere e livello di istruzione. Tale sondaggio è stato condotto in diversi Paesi (Argentina, Brasile, Canada, Francia, Germania, Grecia, Italia, Messico, Nuova Zelanda, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti) dopo che il FertiQoL è stato opportunamente tradotto nella rispettiva lingua di ciascun Paese. Gli item del FertiQoL sono stati ben accettati, considerati importanti e facili da comprendere; essi tuttavia non sono risultati applicabili a tutte le persone, come i single o le persone che non hanno ancora intrapreso un trattamento.

Gli item ottenuti in seguito a queste prime quattro fasi sono stati sottoposti al campione su descritto e sono stati ulteriormente ridotti in seguito all'individuazione di item problematici dal punto di vista psicométrico (problemi di elevata curtosi, elevate intercorrelazioni, scarsa coerenza). La versione finale del FertiQoL è risultata di 24 item centrali e 10 item opzionali concernenti il trattamento.

Dato il valore elevato dell'indice di adeguatezza campionaria ($KMO > .80$) è stato possibile condurre l'analisi fattoriale del FertiQoL; analisi effettuata separatamente rispetto alle persone contattate nelle cliniche di PMA e rispetto alle persone che hanno compilato il questionario online. Per quanto riguarda i 24 item centrali sono emersi 4 fattori: il fattore emotivo (6 item; varianza spiegata 31.8% per il campione online e 37.8% per il campione delle cliniche) che fa riferimento a sentimenti di rabbia, perdita, tristezza, speranza, gelosia e risentimento; il fattore relazionale (6 item; varianza spiegata 10.9% per il campione online e 9.9% per il campione delle cliniche) che esplora l'impatto sulla relazione di coppia e sulla sfera sessuale; il fattore mente/corpo (6 item; varianza spiegata 6.0% per il campione online e 5.1% per il campione delle cliniche) che valuta l'impatto sulla sfera cognitiva e somatica; il fattore sociale (6 item; varianza spiegata 4.8% per il campione online e 4.5% per il campione delle cliniche) che fa riferimento al supporto degli amici e della famiglia. Per quanto riguarda i 10 item opzionali inerenti il trattamento sono emersi 2 fattori: il fattore riguardante l'ambiente del trattamento (6 item; varianza spiegata 34.9% per il campione online e 38% per il campione delle cliniche) che esplora la qualità delle informazioni ricevute, dell'interazione con lo staff medico e del supporto ricevuto da questo; il fattore

riguardante la tollerabilità del trattamento (4 item; varianza spiegata 19.3% per il campione online e 16.8% per il campione delle cliniche) che si riferisce alla percezione del grado di difficoltà connesso alle procedure mediche e agli effetti di queste sulla vita quotidiana, sul lavoro, sull'umore e sul proprio corpo.

I punteggi del FertiQoL sono stati inoltre analizzati in relazione al genere, all'assenza/presenza di figli e al modo in cui era stato compilato il questionario (online o in clinica). Dai t-test è emerso che le donne riportano un punteggio significativamente più basso degli uomini, le persone senza figli riportano un punteggio significativamente più basso delle persone con figli e i partecipanti online riportano un punteggio significativamente più basso delle persone contattate nelle cliniche.

In particolare la versione tedesca del FertiQoL è stata validata in Olanda (Aarts et al., 2011) sottoponendo il test a 583 donne contattate in 29 cliniche PMA olandesi. L'attendibilità della scala e delle sue sottoscale è risultata elevata (α di Cronbach compresa tra 0.72 e 0.91) e nessuno degli item migliorava il valore dell' α se cancellato. Per verificare la validità convergente gli autori (Aarts et al., 2011) hanno effettuato il calcolo delle correlazioni di Pearson tra il FertiQoL e l'Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond e Snaith, 1983) rilevando, come ipotizzato, delle significative correlazioni negative tra i punteggi del FertiQoL e i punteggi di ansia e depressione.

Gli autori hanno anche confrontato tramite t-test i pazienti infertili in relazione alla scelta di sottoporsi o meno alle tecniche di PMA non trovando però differenze statisticamente significative. Differenze significative invece sono emerse confrontando i punteggi del FertiQoL rispetto all'aver ottenuto punteggi bassi o alti nelle scale di depressione e ansia dell'HADS: coloro che hanno riportato punteggi bassi di depressione e ansia, infatti, riportano anche una migliore qualità della vita.

Gli item del FertiQoL sono i seguenti (Tab. 16).

Tabella 16 – Item del Fertility Quality of Life (FertiQoL; Boivin et al., 2011)

1	La Sua attenzione e concentrazione sono compromesse perché pensa all'infertilità?
2	Crede che non potrà perseguire gli altri obiettivi e programmi di vita a causa del problema dell' infertilità?
3	Si sente spacciata o sfinita dal problema dell' infertilità?
4	Si sente in grado di affrontare il problema dell' infertilità?
5	È soddisfatta con il supporto che riceve dagli amici per quanto riguarda il Suo problema dell'infertilità?

6	È soddisfatta delle Sue relazioni sessuali anche se ha il problema dell'infertilità?
7	Il Suo problema dell'infertilità Le provoca sentimenti di gelosia e risentimento?
8	Prova sentimenti di pena e/o perdita per il fatto di non essere in grado di avere un bambino (o più bambini)?
9	Passa da sentimenti di speranza a quelli di disperazione a causa del problema dell'infertilità?
10	Si sente socialmente isolata a causa del problema dell'infertilità?
11	Esistono ancora sentimenti tra Lei e il Suo partner anche se avete il problema dell'infertilità?
12	Il Suo problema dell'infertilità interferisce con il lavoro o gli obblighi di tutti i giorni?
13	Si sente a disagio quando si trova in situazioni sociali come vacanze e celebrazioni a causa del Suo problema dell'infertilità?
14	Crede che la Sua famiglia sia in grado di rendersi conto di cosa Lei sta sperimentando in questo momento?
15	Il Suo problema dell'infertilità ha rafforzato il sentimento che prova verso il Suo partner?
16	Si sente triste e depressa a causa del Suo problema dell'infertilità?
17	Il Suo problema dell'infertilità la fa sentire inferiore alle persone che hanno bambini?
18	Si sente spesso stanca a causa del Suo problema dell'infertilità?
19	Il Suo problema dell'infertilità ha avuto un impatto negativo sulla Sua relazione
20	Trova difficile parlare al Suo partner dei Suoi sentimenti concernenti il Suo problema dell'infertilità?
21	È contenta delle relazioni che ha con il Suo partner anche se ha il problema dell'infertilità?
22	Si sente sotto pressione dal punto di vista sociale ad avere un bambino (o più bambini)?
23	Si sente adirata a causa del Suo problema dell'infertilità?
24	Sente dolore e sofferenza fisica a causa del Suo problema dell'infertilità?
<i>Item opzionali sul trattamento</i>	
1	La terapia per la Sua infertilità ha un effetto negativo sul Suo stato d'animo?
2	I servizi sanitari che Lei desidererebbe Le sono disponibili?
3	Quanto complesse sono le procedure e/o la somministrazione dei farmaci necessari per le cure della Sua infertilità?
4	È preoccupata per l'effetto che la terapia avrà sulle attività giornaliere o pertinenti al lavoro?
5	Crede che il personale sanitario si renda conto di quello che Lei sta sperimentando al momento?
6	E' preoccupata per gli effetti fisici collaterali dei farmaci e per le cure per l'infertilità?
7	È soddisfatta con la qualità dei servizi disponibili nel senso che prendono in considerazione le Sue necessità emotive?
8	Qual è il Suo grado di soddisfazione con l'intervento e/o la terapia ricevuta?
9	Come considera la qualità delle informazioni ricevute sui farmaci, interventi e/o altre cure?
10	È soddisfatta del modo in cui interagisce con il personale sanitario che lavora nel settore dell'infertilità?

Nella elaborazione del questionario gli autori non hanno fatto riferimento ad uno specifico modello dello stress. Lo studio di validazione è stato condotto su un campione molto ampio. Da tale studio emerge che il FertiQoL è un questionario valido dal punto di vista psicométrico solo per quanto riguarda la validità. Non sono riportati invece i risultati relativi all'attendibilità. L'uso del FertiQoL consente di esplorare l'impatto che l'esperienza dell'infertilità ha sulla qualità di vita percepita dai membri delle coppie infertili in relazione

alla sfera emotiva, relazionale, fisica e sociale. Esso può dunque essere adoperato per identificare le persone a rischio e indicare quali sono le specifiche aree che necessitano di un sostegno (Boivin et al., 2011).

II. 5 Conclusioni

Gli strumenti creati per l'assessment psicologico in infertilità mirano ad esplorare: le fonti di stress interne (ad esempio il bisogno percepito di genitorialità) ed esterne (relative ai trattamenti di PMA); le risorse adattive personali (come le strategie di coping e la percezione di autoefficacia) e interpersonali (come il supporto della famiglia e degli amici); e gli effetti sulla sfera psicologica, relazionale e biologica.

Essi, dunque, consentono di comprendere in maniera approfondita quali sono i fattori di rischio e le risorse adattive dei membri delle coppie infertili. Questa comprensione è utile al fine di approntare degli interventi di sostegno che aiutino tali coppie ad affrontare meglio la propria esperienza di infertilità.

Avere degli strumenti specifici per l'assessment psicologico delle coppie infertili appare dunque di rilevante importanza. Tuttavia, in Italia, ancora non sono stati condotti degli studi di validazione di strumenti creati per la valutazione psicologica in infertilità.

Per sopperire a tale carenza il presente lavoro di tesi propone, tra gli altri, due studi di validazione di due strumenti: il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999) per rilevare le fonti di stress percepito in relazione all'infertilità e il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) per valutare le risorse adattive personali e interpersonali e gli effetti dello stress intesi in termini di disagio emotivo.

Questi strumenti sono stati scelti perché sono stati validati su campioni molto ampi e hanno dimostrato di avere ottime proprietà psicométriche. L'FPI è stato inoltre usato in numerose ricerche che hanno esplorato la relazione tra fonti di stress, adattamento diadiaco e disagio emotivo (Peterson et al., 2005, 2006, 2009; Domar et al., 2005). I succitati studi di validazione sono presentati in dettaglio più avanti.

III

Rassegna delle ricerche sull'infertilità

III.1 Premessa

Numerose ricerche hanno esplorato l'influenza esercitata dalle molteplici variabili che intervengono nell'esperienza di infertilità al fine di comprendere quali sono i fattori di rischio e le risorse adattive delle persone infertili. La maggior parte delle ricerche fa riferimento al modello transazionale dello stress ideato da Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987). Egli ha affermato che per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Per spiegare meglio tale concetto Lazarus ha suggerito l'analogia dell'altalena ai cui due fulcri ci sono rispettivamente le richieste ambientali e le risorse personali. Se le risorse della persona e le richieste ambientali si bilanciano si verifica una situazione non stressante. Se le richieste ambientali sono di gran lunga inferiori alle risorse dell'individuo, invece, questi può percepire una mancanza di coinvolgimento nella situazione e conseguente noia. Se il peso delle richieste ambientali eccede le risorse della persona, infine, si instaura una relazione stressante individuo-ambiente.

Lazarus ha però precisato che tale equilibrio di forze non deriva da caratteristiche oggettive dell'ambiente e della persona ma è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente e dalla valutazione delle strategie di coping da adottare. In particolare, Lazarus ha asserito che il suo modello rappresenta l'analisi di un sistema caratterizzato da: antecedenti causali, che fanno riferimento a variabili situazionali e personali; processi di mediazione; ed effetti sulla sfera sociale, psicologica e fisica.

Gli antecedenti causali rappresentano le caratteristiche dell'ambiente e dell'individuo, tra le quali secondo Lazarus esiste una interazione dinamica o transazione. Essi dunque comprendono variabili situazionali e personali. Per quanto riguarda le variabili situazionali, queste fanno riferimento ad aspetti legati all'ambiente sociale e relazionale e a

quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti. Per quanto riguarda le variabili disposizionali, invece, queste fanno riferimento ad alcune caratteristiche personali tra le quali Lazarus ha citato gli obiettivi, le convinzioni personali ed esistenziali e le risorse personali.

Per quanto riguarda i processi di mediazione, questi hanno la funzione di mediare la relazione tra le caratteristiche situazionali e le caratteristiche disposizionali. Per processi di mediazione Lazarus intende sia la valutazione cognitiva della situazione sia le strategie di coping per fronteggiarla. Lazarus ha inoltre affermato che un altro processo di mediazione è svolto dal supporto sociale, il quale si riferisce alla natura delle interazioni che avvengono nelle relazioni sociali e al modo in cui esse sono valutate dalla persona. Riprendendo Schaefer (1982) Lazarus ha indicato tre tipi di supporto sociale: emotivo, che consiste nel rassicurare l'altro e contribuisce alla sensazione di essere amati; concreto, come il fare regali o prendersi cura di qualcuno se malato; informativo, che consiste nel fornire informazioni o consigli.

Per quanto riguarda gli effetti, infine, Lazarus ha asserito che il fronteggiamento di un evento stressante comporta degli specifici effetti sulla sfera sociale, psicologica e somatica.

Ciascuno di questi aspetti che costituiscono il modello dello stress di Lazarus è stato studiato nelle diverse ricerche condotte sull'infertilità, che pertanto possono essere distinte in:

- ricerche sui fattori personali in infertilità;
- ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità;
- ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità;
- ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori personali in infertilità, queste hanno esplorato l'influenza esercitata dalle variabili socio-demografiche, come il genere, l'età e la posizione sociale, dalle caratteristiche di personalità, dalla percezione del controllo e dagli aspetti identitari e motivazionali. Appartengono a quest'area le ricerche condotte da Link e Darling (1986), O'Moore et al. (1983), Shaw et al. (1988), Beaurepaire et al. (1994), Brucker e McKenry (2003); Peterson et al. (2005; 2006), Lechner et al. (2007), Wichman et al. (2010), Wright et al. (1991), Baram et al. (1988), Lalos et al. (1986), Abbey et al. (1991),

McGrade (1981), Ulbrich et al. (1990), Boivin et al. (2006), Templeton et al. (1996), Mai (1972), Salvatore et al. (2001), Sbaragli et al. (2007), Lancastle e Boivin (2005), Morelli et al. (2000; 2003), Conrad et al. (2002), Tennen et al. (1991), Berg et al. (1991), Vieyra et al. (1990), Matthews e Matthews (1986), Olshansky (1987), Kikendall (1994), Clark et al. (1991), Wischmann et al. (2001) e Stoleru et al. (1993; 1997).

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità, invece, queste fanno riferimento al alcuni aspetti connessi alla propria esperienza di infertilità, come la diagnosi di infertilità, la durata della stessa, l'assenza di figli, gli aspetti relativi al percorso di PMA e la natura stigmatizzante di tale esperienza. Appartengono a quest'area le ricerche condotte da Connolly et al. (1987), Holter et al. (2007), Jacob et al. (2007), Fassino et al. (2002), Connolly et al. (1987), Demyttenaere et al. (1991), Ardenti et al. (1999), Slade et al. (2007), Domar et al. (2005), Boivin e Schmidt (2005), Morrow et al. (1995), McQuillan et al. (2003), Newton et al. (1990), Stolwijk et al. (1996), Connolly et al. (1987), Pook e Krause (2005), Slade et al. (2007) e Donkor e Sandall (2007).

Per quanto riguarda le ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità, inoltre, è stata studiata l'influenza esercitata dal coping, dal supporto legato alla relazione col partner, dal supporto sociale e dal supporto psicologico. Appartengono a quest'area le ricerche condotte da Peterson et al. (2005; 2006; 2008; 2009; 2011), Myers (2002), Lechner et al. (2007), Demyttenaere et al. (1991), Domar et al. (2000; 2005), Mahajan et al. (2009), Dhillon et al. (2000), Van den Akker (2005), Stanton (1992), Sabatelli et al. (1988), Lancastle e Boivin (2005), Morelli et al. (2000), Slade et al. (1997), Salvatore et al. (2001), Abbey et al. (1991; 1994); Newton et al., 1990; Mahajan et al., 2009), Agostini et al. (2011), Gameiro et al. (2010), O'Moore et al. (1983), Brucker e McKenry (2003), Emery et al. (2003), Boivin (2003).

Per quanto riguarda le ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità, infine, è stato esplorato l'impatto dell'infertilità sulla sfera emotiva, relazionale e biologica. Appartengono a quest'area le ricerche condotte da Leiblum et al. (1987), Menning (1980), Blenner (1990), Gonzalez (2000), Lalos et al. (1986), Daniluk (1987; 1988), Wright et al. (1991), Beaurepaire et al. (1994), Ardenti et al. (1999), Wischmann et al. (2001), Wichman et al. (2011), Carter et al. (2011), Baram et al. (1988), Slade et al. (1992; 1997), Lukse e Vacc (1999), Eugster e Vingerhoets (1999), Verhaak et al. (2007), Coëffin-Driol e Giami

(2004), Keye (1984), Ulbrich et al. (1990), Abbey et al. (2003), Raval et al. (1987), Cook et al. (1989), Peterson (2001), Monga et al. (2004), Link e Darling (1986), Fagan et al. (1986), Markestad et al. (1998), Benazon et al. (1992), Schmidt et al. (2005), Lalos et al. (1985), Elstein (1975), Seibel e Taymor (1982), Costa et al. (2001), Testa e Graziottin (2006), Cook et al. (1989), Moro et al. (2003), Freeman et al. (1985), Sabatelli et al. (1988), Webb e Daniluk (1999), Czyba e Ahami (1987), Glover et al. (1996), Saleh et al. (2003), Andrew et al. (1992), Bianchi-Demicheli et al. (2003), Millheiser et al. (2009), Chevret-Measson (1999), Harrison et al. (1987), Ragni e Caccamo (1992), Clarke et al. (1999), Boivin (1995), Sanders e Bruce (1999), Boivin e Schmidt (2005), Facchinetti et al. (1997), Smeenk et al., (2001), Gallinelli et al. (2001), Thiering et al. (1993), Klonoff-Cohen e Natarajan (2004), Harlow et al. (1996), Anderheim et al. (2005), Merari et al. (1992) e Cooper et al. (2007).

Qui di seguito è riportata l'evoluzione delle ricerche in relazione alle diverse aree tematiche.

III.2 Ricerche sui fattori personali in infertilità

Numerose ricerche hanno analizzato l'esperienza di infertilità focalizzandosi su alcune variabili ascrivibili alle caratteristiche personali degli individui che affrontano tale esperienza. I fattori personali presi in considerazione dalle ricerche sul tema sono i seguenti:

- a) variabili socio-demografiche;
- b) caratteristiche di personalità;
- c) attribuzione causale e percezione del controllo;
- d) aspetti identitari;
- e) aspetti motivazionali.

a) Variabili socio-demografiche

Di rilevante importanza risulta conoscere l'influenza esercitata dalle variabili socio-demografiche sul modo in cui le persone vivono e affrontano la propria infertilità. In particolare, le ricerche hanno esplorato le seguenti variabili socio-demografiche:

1. genere;
2. età;
3. posizione sociale.

1. Genere

Numerosi studiosi hanno esplorato la presenza di eventuali differenze di genere nel modo in cui i membri delle coppie vivono e affrontano la propria esperienza di infertilità. Gli strumenti più adoperati in queste ricerche sono: il Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979) per il vissuto depressivo, lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, Spielberger, 1983) per il vissuto ansioso, la Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) per l'adattamento di coppia, il Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) per le strategie di coping e il Fertility Problem Inventory (Newton et al., 1999) per le fonti di stress connesso all'infertilità. Dalla maggior parte delle ricerche è emerso che le donne sono più a rischio degli uomini dal momento che sia la sfera emotiva sia la sfera relazionale risultano maggiormente inficate dall'esperienza di infertilità. Ciò indipendentemente dal tipo di diagnosi ricevuta e nonostante i partner tendano ad adottare strategie di coping simili per affrontare tale esperienza.

Rispetto agli uomini, infatti, le donne riportano dei livelli significativamente minori di autostima (Wright et al., 1991) e soddisfazione nei confronti della propria vita (Link e Darling, 1986) e significativamente maggiori di vissuti ansiosi (O'Moore et al., 1983; Shaw et al., 1988; Beaurepaire et al., 1994; Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Baram et al., 1988), vissuti depressivi (Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2005; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Beaurepaire et al., 1994; Wright et al., 1991; Lalos et al., 1986; Baram et al., 1988), stress connesso all'infertilità (Abbey et al., 1991; McGrade,

1981; Brucker e McKenry, 2003; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Ulbrich et al., 1990) e sensi di colpa (O'Moore et al., 1983; Lalos et al., 1986).

Esse percepiscono inoltre un maggiore danno all'immagine di sé (McGrade, 1981), un maggior desiderio di diagnosticare la causa di infertilità (McGrade, 1981) e un maggior bisogno di ricevere assistenza medica (McGrade, 1981). Parimenti le donne si percepiscono più stigmatizzate e meno disposte ad aprirsi agli altri (Slade et al., 2007) nonostante avvertono un maggior supporto sociale (Agostini et al., 2001). Esse avvertono anche una minore soddisfazione nella sfera sessuale (McGrade, 1981; Moro et al., 2003) ma un maggior sostegno da parte del partner (Beaurepaire et al., 1994). Da alcune ricerche è emerso anche che le donne avvertono una minor grado di coesione col partner rispetto agli uomini (Ulbrich et al., 1990). Da questi dati emerge con forza il notevole impatto dell'infertilità sulla sfera emotiva e relazionale delle donne.

Inoltre, le donne tendono maggiormente ad attribuire la colpa della propria infertilità a dei comportamenti assunti in passato (Vieyra et al., 1990; Abbey et al., 1991; Abbey e Halman, 1995) e a percepire un minor controllo sulla situazione (Beaurepaire et al., 1994). Tuttavia alcuni studiosi hanno rilevato che sono gli uomini a percepire un minor grado di controllo su questa esperienza (Abbey e Halman 1995). Rispetto agli uomini, le donne tendono anche ad attribuire maggiore importanza alla probabilità di generare dei figli (Berg et al., 1991). È interessante notare che le donne, rispetto agli uomini, percepiscono maggiormente vissuti emotivi negativi e una minore percezione del controllo, unitamente al fatto che esse tendono ad attribuire maggiore importanza alla probabilità di generare dei figli.

Da alcune ricerche è infine emerso che le donne usano maggiormente strategie di coping centrate sul problema (Abbey et al., 1991), sull'accettazione, sul supporto sociale e sull'evitamento (Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007). In particolare, da una meta-analisi effettuata da Jordan e Reverson (1999) si evince che sebbene siano presenti alcune differenze attribuibili al genere, quali maggior uso da parte delle donne di strategie di evitamento, interpretazione positiva della situazione e ricerca di supporto sociale, gli uomini e le donne possiedono più somiglianze che differenze nelle strategie di coping adottate per far fronte alla propria esperienza di infertilità.

2. Età

L'età delle persone infertili è stata studiata soprattutto in relazione all'esito dei trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), in relazione all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva e in relazione alla qualità del liquido seminale.

Per quanto riguarda l'influenza che l'età esercita sull'esito dei trattamenti, alcuni studiosi (Boivin et al., 2006) hanno rilevato che vi è un'associazione positiva tra l'aumentare dell'età e la frequenza di insuccessi relativi ai trattamenti di PMA. Parimenti altri studiosi (Stolwijk et al., 1996) hanno rilevato che l'età della donna è predittiva del successo delle tecniche FIV sia nel primo che nel secondo ciclo di trattamento; tali risultati, però, non sono stati confermati in uno studio successivo (Stolwijk et al., 1996). Altri studiosi (Templeton et al., 1996) hanno esplorato in particolare la relazione tra l'età e la capacità di portare a termine la gravidanza. Essi hanno osservato che i tassi significativamente maggiori di gravidanze ottenute mediante PMA e portate a termine si registrano nella fascia 25-30 anni, e che dopo i 45 anni nessuna donna del loro studio ha portato a termine la gravidanza.

Tuttavia, studiando la variabile età in relazione al livello di stress percepito, è stato rilevato (Boivin et al., 2006) che il fallimento del trattamento si verifica in misura significativamente maggiore quando le donne hanno un elevato livello di stress e un'età inferiore ai 31 anni. Questo risultato è stato interpretato alla luce del Reproduction Suppression Model. Le donne più giovani, infatti, hanno la possibilità di riprodursi anche successivamente e in condizioni psicofisiche migliori; le donne più grandi, invece, pur essendo molto stressate dall'esperienza dell'infertilità hanno meno possibilità di riprodursi in un tempo successivo. Ciò spiegherebbe il diverso tasso di insuccesso dei trattamenti di PMA in relazione all'età e allo stress percepito.

Per quanto riguarda la relazione tra età ed insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva, invece, alcuni studiosi (Demittenaere et al., 1991; McQuillan et al., 2003) hanno rilevato che maggiore è l'età e minore è il livello di disagio emotivo percepito in relazione all'infertilità.

Per quanto riguarda l'influenza che l'età esercita sulla qualità del liquido seminale, infine, in letteratura esistono diverse ricerche con risultati discordanti (Sobreiro et al., 2005; Gerhard et al., 1992). Alcuni studiosi (Ying Li et al., 2011) hanno effettuato una meta-analisi al fine di confrontare i risultati emersi dalle diverse ricerche condotte sul tema; meta-

analisi dalla quale è emerso che l'età esercita un'influenza significativa e negativa sulla quantità del liquido seminale maschile ma non sulla sua densità.

Da tali studi, dunque, emerge che l'avanzare dell'età comporta un aumento della probabilità di insuccessi nell'ottenere e portare a termine la gravidanza, maggiori problematiche legate alla qualità del liquido seminale ma un minor disagio emotivo, indice, probabilmente, di una progressiva elaborazione della propria condizione di infertilità.

3. Posizione sociale

La posizione sociale è stata concettualizzata da alcuni studiosi (Boivin et al., 2006) come la risultante di diversi fattori, quali il titolo di studio, il livello di istruzione professionale e il tipo di lavoro. Essa è stata esaminata in relazione al livello di stress percepito, all'esito dei trattamenti di PMA e all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in seguito al fallimento del trattamento intrapreso.

Dagli studi che hanno esaminato la relazione tra posizione sociale e stress legato all'infertilità, misurato soprattutto attraverso il Fertility Problem Inventory (Newton et al., 1999), è emersa una significativa associazione negativa tra queste due variabili (McQuillan et al., 2003). Maggiore è la posizione sociale rivestita, dunque, e maggiore è la capacità di far fronte allo stress connesso alla propria infertilità.

Per quanto riguarda la relazione tra posizione sociale ed esito dei trattamenti di PMA, invece, J. Boivin (Boivin et al., 2006) ha rilevato che la frequenza di insuccessi dei trattamenti di PMA è significativamente maggiore nel caso di persone con posizione sociale bassa e alta anziché media. L'autrice ha analizzato tale risultato alla luce del Reproduction Suppression Model e ha affermato che ci sono due possibili spiegazioni per questo dato. Nel caso di persone con posizione sociale bassa l'insuccesso potrebbe essere ricondotto alla carenza di risorse disponibili; per quanto riguarda le persone con posizione sociale elevata, invece, l'insuccesso riproduttivo può essere ricondotto alla previsione di usare le proprie risorse per creare delle future condizioni più favorevoli alla riproduzione stessa.

Alcuni studi (Newton et al., 1990), infine, hanno evidenziato che il tipo di lavoro e il livello di istruzione non sono predittivi dell'insorgenza di sintomatologia depressiva e ansiosa, misurati rispettivamente con il Beck Depression Inventory (Beck et al., 1979) e lo

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, Spielberger, 1983), in seguito al fallimento del trattamento intrapreso.

Dunque tali risultati, nel complesso, evidenziano che la posizione sociale influenza la propria capacità di far fronte all'esperienza di infertilità ed è connessa all'esito dei trattamenti di PMA, sebbene non predica l'insorgenza di sintomatologia depressiva e ansiosa in seguito al fallimento del trattamento intrapreso. Emerge quindi l'esigenza di offrire supporto alle coppie con posizione sociale più bassa.

b) Caratteristiche di personalità

Alcune ricerche hanno cercato di comprendere quali sono le caratteristiche di personalità prevalenti nelle persone infertili (Mai, 1972; Salvatore et al., 2001; Sbaragli et al., 2007) e se esse sono collegate all'ovulazione femminile (Lancastle e Boivin, 2005) e alla qualità del liquido seminale maschile (Morelli et al., 2000, 2003; Conrad et al., 2002).

Per quanto riguarda l'esplorazione delle caratteristiche di personalità nella popolazione infertile, queste sono state esplorate soprattutto attraverso: l'intervista semi-strutturata secondo i criteri del DSM-IV (SCID), il Neuroticism Scale Questionnaire (NSC; Scheier e Cattell, 1961) e l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck, 1952, 1959). Queste ricerche hanno mostrato che non vi sono differenze significative tra persone infertili e fertili. Tuttavia sono emersi interessanti risultati.

Tali studi hanno infatti rilevato la presenza nelle donne di conflitti inerenti la propria femminilità (Ford et al., 1953; Nesbitt et al., 1968; Kipper et al., 1976), paura nei confronti della riproduzione (Morris e Sturgis, 1959), disagio emotivo (Eisner, 1963) e difficoltà psicosessuali (Rommer e Rommer, 1958; Sandler, 1959; Dawkins e Taylor, 1961). Risultati simili sono stati riscontrati anche negli uomini infertili (Morris e Sturgis, 1959; Abse, 1966; Shirai et al., 1968). In contrasto con questi risultati, alcuni studi (Wittkower e Wilson, 1940; Labandibar e Benzecry, 1959; Seward et al., 1965) non hanno rilevato la presenza di una relazione tra fattori psicologici e infertilità.

Partendo dall'analisi di queste ricerche Mai (1972) ha affermato che tale divergenza nei risultati può essere ricondotta al non aver esplorato le stesse variabili o al non aver usato i medesimi strumenti per comprendere una stessa variabile. Egli ha inoltre condotto delle interviste al fine di confrontare persone fertili e infertili rispetto alla presenza di patologia

psichiatrica. Dai risultati è emerso che sebbene nelle persone infertili si riscontrino dei sintomi in maniera leggermente più frequente delle persone fertili, tuttavia non ci sono delle differenze statisticamente significative. I due gruppi, fertile e infertile, inoltre, non differiscono rispetto alla frequenza di persone che soffrono di nevrosi; l'unica differenza più marcata consiste in una maggiore frequenza di disturbi isterici e aggressivi nelle persone infertili, interpretabile come un disagio relativo alla propria identità sessuale.

Un altro studio (Salvatore et al., 2001) ha confermato l'assenza di differenze statisticamente significative nella prevalenza di disturbi di personalità in accordo ai criteri del DSM-III-R in donne fertili e infertili. Queste ultime hanno però presentato dei punteggi significativamente più elevati nelle scale dell'MMPI (Hathaway e McKinley, 1958) relative all'isteria, alla depressione e all'ipocondria e punteggi più bassi nelle scale di mascolinità-femminilità e schizofrenia. Da tali risultati è emerso un profilo caratterizzato da preoccupazioni eccessive circa la presenza di malattie somatiche, timidezza, riservatezza, elevata sensibilità, pessimismo, tendenza a delegare le proprie decisioni e responsabilità al partner e uno stile comunicativo seduttivo.

Alcuni autori (Sbaragli et al., 2007) hanno inoltre rilevato una presenza significativamente maggiore di disturbi di carattere alimentare e disturbi legati all'umore depresso e ansioso in donne con infertilità idiopatica rispetto a donne fertili o con infertilità organica; essi hanno anche rilevato un'associazione positiva tra la presenza di disturbi ossessivo-compulsivi e infertilità idiopatica negli uomini.

Da questi studi emerge che, nonostante l'assenza di differenze statisticamente significative rispetto alle caratteristiche di personalità, tuttavia le persone infertili presentano un maggior disagio relativo alla propria identità sessuale. Le donne, in particolare, risultano caratterizzate da preoccupazioni eccessive circa la presenza di malattie somatiche, timidezza, riservatezza, elevata sensibilità, pessimismo, tendenza a delegare le proprie decisioni e responsabilità al partner e uno stile comunicativo seduttivo.

Fassino (2002) ha esplorato inoltre la presenza di differenze nel temperamento e nel carattere di coppie fertili e coppie con infertilità organica e idiopatica. Per quanto riguarda il versante maschile è emerso che gli uomini con infertilità idiopatica hanno riportato minore ricerca della novità e maggiore evitamento del danno degli altri due gruppi; allo stesso tempo gli uomini con infertilità organica hanno riportato minore evitamento del danno del

gruppo fertile. La dimensione di evitamento del danno si riferisce all'essere cauti, passivi, paurosi, insicuri e all'essere inclini a inibire il proprio comportamento in relazione a situazioni dannose o stressanti.

Per quanto riguarda il versante femminile, invece, le donne con infertilità idiopatica hanno riportato un maggiore evitamento del danno e una minore autodirezionalità delle donne con infertilità organica; parimenti esse hanno mostrato una minore cooperazione e autodirezionalità delle donne fertili. L'autodirezionalità si riferisce all'essere immaturi, all'essere critici verso gli altri, alla difficoltà nell'accettarsi e nell'assumere le proprie responsabilità. Una bassa cooperazione e una bassa autodirezionalità si configurano come dei tratti caratteriali propri delle donne con infertilità idiopatica e potrebbero indicare una certa difficoltà nell'investimento emotivo degli altri e nel far fronte ai cambiamenti psicologici e relazionali di un evento; ciò potrebbe influire sul livello di stress percepito e, attraverso alterazioni endocrinologiche, sulla riduzione del tasso di fertilità.

Lancastle e Boivin (2005) hanno inoltre studiato gli effetti di alcuni tratti di personalità, quali la disposizione all'ottimismo e l'ansia di tratto, misurate rispettivamente con il Life Orientation Test (Scheier e Carver, 1985) e lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, Spielberger, 1983), e di alcune strategie di coping, misurate attraverso il Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985), sulla risposta ovarica ai trattamenti di stimolazione ormonale effettuati in vista di una FIV. Tale ricerca ha evidenziato che esiste un effetto negativo congiunto della mancanza di ottimismo, dell'ansia di tratto e delle strategie di coping di tipo evitante sul livello di estradiolo e sul numero di follicoli e ovociti prodotti. La presenza di ansia di tratto nelle donne, inoltre, è risultata incidere in maniera significativa sull'impatto emotivo che accompagna il fallimento di un trattamento di PMA (Newton et al., 1990).

Tali dati evidenziano l'importante influenza che determinate caratteristiche di personalità possono esercitare direttamente sulla sfera biologica femminile, inficiano la stessa riuscita dei trattamenti di PMA.

Altri studi, infine, hanno esplorato le caratteristiche di personalità in relazione alla qualità del liquido seminale maschile. Morelli (Morelli et al., 2000), attraverso l'uso dell'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck, 1952, 1959), ha esplorato l'influenza di nevroticismo, psicotismo, coping e alessitimia su quattro parametri del seme

maschile: concentrazione, quantità, motilità e forma. Lo psicoticismo è risultato predire negativamente il livello di concentrazione, la quantità, la motilità e la forma. Il nevroticismo è risultato predire positivamente il livello di concentrazione e la quantità. Il coping centrato sulle emozioni è risultato predire negativamente la quantità e l'alessitimia è risultata predire negativamente la quantità, la motilità e la forma.

Altre ricerche (Conrad et al., 2002) hanno inoltre evidenziato una correlazione negativa tra qualità dello sperma ed estroversione, ansia e psicoticismo. Una significativa correlazione negativa è emersa anche tra l'alessitimia e gli ormoni dello stress. Questi dati sono confermati dai risultati di un'altra ricerca condotta da Morelli (Morelli et al., 2003) il quale ha rilevato che lo psicoticismo e l'alessitimia consentono di discriminare con un'elevata probabilità uomini con oligospermia o normospermia.

Interessanti risultano anche questi dati che mettono in risalto l'impatto di alcune caratteristiche di personalità degli uomini sulla qualità del liquido seminale.

c) Attribuzione causale e percezione del controllo

L'attribuzione della causa di un evento e la percezione di controllo su di esso sono due aspetti strettamente correlati ma distinti (Tennen et al., 1991).

Per quanto riguarda l'attribuzione causale in infertilità, questa è stata esplorata soprattutto attraverso delle interviste semi-strutturate finalizzate al rilevamento del grado in cui i membri delle coppie attribuiscono la causa della propria infertilità a se stessi o ad eventi esterni. È interessante collegare i risultati di queste ricerche, che evidenziano che le donne tendono in misura maggiore degli uomini ad attribuire la causa a se stesse o a dei comportamenti assunti in passato, indipendentemente dal tipo di diagnosi, ai risultati precedentemente illustrati che evidenziano che le donne sono più a rischio per quanto riguarda la sfera emotiva, indipendentemente dal tipo di problematica rilevata.

Tali ricerche (Berg et al., 1991; Vieyra et al., 1990) hanno dunque mostrato che le donne tendono in misura maggiore degli uomini ad associare la causa di infertilità al proprio comportamento, attribuendo la colpa a se stesse. Alcuni autori (Tennen et al., 1991) hanno sottolineato che ciò avviene anche in presenza di diagnosi maschile e potrebbe riflettere un tentativo di protezione del partner attraverso il processo di attribuzione causale operato dalle donne. Altre ricerche (Abbey et al., 1991) hanno rilevato che anche gli uomini tendono ad

attribuire la causa di infertilità maggiormente alle donne; essi, inoltre, attribuiscono la propria infertilità a fattori legati al caso in misura significativamente maggiore di quanto facciano le donne. Nel caso degli uomini, quindi, vi è una maggiore attribuzione della causa della propria infertilità ad eventi esterni e un minore impatto emotivo, come precedentemente descritto.

Per quanto riguarda la percezione del controllo in infertilità, invece, questa è stata esplorata soprattutto attraverso il Multidimensional Health Locus of Control (MHLC; Wallston et al., 1978) e la Locus of Control Scale (Craig et al., 1984). Tali ricerche hanno rilevato in particolare che il riuscire a percepire un controllo sulla propria esperienza di infertilità protegge dall'insorgenza di vissuti emotivi negativi.

Da alcuni studi (Abbey et al., 1991) si evince che, rispetto agli uomini, le donne percepiscono un controllo sulla situazione significativamente maggiore. Un altro studio (Beaurepaire et al., 1994), invece, ha rilevato che le donne hanno un locus of control esterno in misura significativamente maggiore degli uomini; esse cioè tendono ad attribuire l'eventuale successo del trattamento a fattori esterni come il caso o la bravura dei medici piuttosto che ai propri sforzi nel seguire le prescrizioni mediche. Tale studio ha anche rilevato che le donne che hanno già effettuato diversi cicli FIV presentano un livello di locus of control esterno significativamente maggiore della media del campione normativo di riferimento; stesso dato non è emerso per gli uomini il cui livello di locus of control esterno è risultato in linea con la media del campione normativo.

Per le donne, dunque, con l'aumentare delle esperienze fallimentari di PMA, decresce la percezione di controllo sulla propria esperienza di infertilità.

In particolare, Abbey (Abbey et al., 1994) ha rilevato una correlazione positiva tra percezione del controllo e qualità di vita generale e di coppia. Altri interessanti studi (Morrow et al., 1995; Mahajan et al., 2009) hanno esplorato il valore predittivo del tipo di locus of control (interno o esterno) in relazione al livello di stress percepito; non sono però emersi risultati statisticamente significativi. Tuttavia Campbell (Campbell et al., 1991), dopo aver distinto tra la percezione di controllo sulla vita in generale e sull'esperienza di infertilità in particolare, ha rilevato che la percezione di controllo sull'infertilità predice negativamente la comparsa di sintomatologia depressiva e che la percezione di controllo generale predice positivamente una buona qualità di vita. Tale risultato è stato confermato

anche da un altro studio (Habbey e Halman, 1995). La percezione di controllo si configura quindi come un importante fattore protettivo.

Habbey e Halman (1995) hanno inoltre studiato la relazione tra attribuzione causale, percezione del controllo generale e percezione del controllo legato all'infertilità. Dalla ricerca è emerso che per le donne la percezione di controllo generale è associata positivamente alla percezione di controllo sull'infertilità; per gli uomini invece tale relazione non è risultata significativa. Per le donne, inoltre, il controllo generale non è risultato correlare significativamente con le diverse attribuzioni causali; per gli uomini, invece, esso è risultato associato negativamente con l'attribuzione al caso della propria infertilità. Infine la percezione di controllo sulla propria infertilità è risultata correlare significativamente e positivamente con le attribuzioni causali dell'infertilità a se stessi sia per gli uomini che per le donne.

È quindi interessante notare che le persone che percepiscono un controllo sulla propria esperienza di infertilità tendono anche ad attribuire la causa di tale condizione a se stesse.

d) Aspetti identitari

J. R. Allison (1979) ha sottolineato che è fondamentale studiare le trasformazioni identitarie connesse all'esperienza di infertilità. A tal fine alcuni studiosi (Matthews e Matthews 1986) hanno adottato la prospettiva dell'interazionismo simbolico sviluppata da Stryker (1980), secondo cui l'identità è situata: essa cioè si sviluppa in relazione a un contesto sociale. In tale prospettiva l'individuo possiede un sistema di identità sviluppate a partire da ciascuna posizione sociale occupata. Matthews e Matthews (1986) hanno adattato tre assunzioni di tale teoria all'esperienza di infertilità. In primo luogo essi hanno affermato che quanto più è larga la rete sociale che enfatizza l'importanza di generare dei bambini, tanto più l'individuo percepisce l'infertilità come una minaccia alla propria identità. In secondo luogo gli studiosi hanno affermato che quanto più è elevata nella propria gerarchia la posizione dell'identità legata alla genitorialità biologica, maggiori saranno i tentativi per conseguirla. In terzo luogo essi hanno sostenuto che quanto più è rilevante questo tipo di identità, tanto maggiore sarà l'impatto sull'autostima nel caso essa non venga conseguita.

Essi hanno quindi sottolineato soprattutto il modo in cui viene percepita l'infertilità e l'impatto della stessa dal punto di vista del senso di identità.

Anche C. F. Olshansky (1987) ha studiato l'infertilità alla luce dell'interazionismo simbolico; egli ha studiato in particolare il processo di trasformazione identitaria che accompagna l'individuo dai primi tentativi riproduttivi attraverso delle interviste analizzate con il metodo della gronde-theory.

Olshansky ha affermato che inizialmente ci sono dei tentativi simbolici di avere un figlio, tentativi di carattere immaginario che iniziano dall'infanzia. Successivamente questi tentativi si concretizzano nella scelta di interrompere gli anticoncezionali e avere rapporti mirati nei giorni fertili. Se i tentativi di avere un figlio risultano fallimentari inizia un processo di accettazione riluttante dell'identità di sé come infertile, identità inizialmente di natura informale e poi confermata e formalizzata attraverso la diagnosi medica.

A questo punto ha inizio un lavoro informale per tentare di espellere tale identità attraverso il ricorso a degli espedienti (diete, tempo in cui avere rapporti sessuali) che dovrebbero favorire la riproduzione. L'insuccesso di tali espedienti induce a chiedere aiuto a dei centri specializzati; questa richiesta sancisce il passaggio dall'identità informale di sé come infertile all'identità formale di sé come infertile.

Tale identità può essere gestita in diversi modi: essa può essere vinta riuscendo a concepire naturalmente o mediante qualche intervento medico; essa può essere circuita attraverso l'uso di tecniche di fecondazione in vitro; essa può essere spinta in posizioni periferiche attraverso la scelta di opzioni alternative come l'adozione; e infine essa non riesce ad essere gestita con successo dal momento che l'individuo continua a effettuare tentativi di PMA fallimentari rimanendo in uno stato di limbo. In questo caso l'identità di sé come infertile continua ad avere una posizione centrale nella vita dell'individuo. Olshansky ha dunque esplorato il processo di trasformazione identitaria che accompagna l'individuo dai primi tentativi riproduttivi, analizzandone gli sviluppi a seconda dei possibili esiti.

Alcuni studiosi (Jacob et al., 2007) hanno inoltre rilevato che la percezione dell'identità di sé come infertile influenza positivamente la percezione di stress associato all'infertilità.

K. A. Kikendall (1994), invece, ha studiato l'identità nelle persone infertili interpretando l'infertilità alla luce della teoria delle discrepanze del sé di Higgins (1987).

Tale teoria è centrata su due tipi di discrepanze: la prima è tra il sé reale percepito e il sé ideale; la seconda è tra il sé reale percepito e il sé dovuto. Il sé ideale rappresenta un sé desiderato a cui si aspira; il sé dovuto, invece, è un sé che ci si sente costretti ad essere. Secondo questa teoria le discrepanze tra l'ideale e il reale producono depressione o altri stati d'animo analoghi all'avvilimento. Le discrepanze tra il reale e il dovuto, invece, producono ansia o altri stati d'animo vicini all'agitazione.

Applicando tale teoria all'esperienza di infertilità, Kikendall ha affermato che le discrepanze tra il reale e il dovuto producono degli stati d'animo vicini all'agitazione. Questi derivano da una duplice discrepanza della propria condizione attuale con ciò che è dovuto agli altri e con ciò che è dovuto a se stessi. La prima discrepanza ha luogo quando il desiderio di avere un figlio si basa meramente sul desiderio di realizzare delle aspettative sociali. Il timore di non realizzare tali aspettative può comportare sentimenti di ansia e paura di essere puniti o abbandonati. La seconda discrepanza ha luogo quando le donne hanno interiorizzato le aspettative sociali di avere un figlio e il timore di non realizzare tali aspettative può comportare sentimenti di colpa e di disprezzo.

Le discrepanze tra il reale e l'ideale, invece, producono degli stati d'animo vicini all'avvilimento. Questi derivano da una duplice discrepanza della propria condizione attuale con gli ideali propri e con gli ideali degli altri. La prima discrepanza ha luogo quando le donne hanno interiorizzato il desiderio di un figlio. Il timore di non realizzare tale desiderio può comportare sentimenti di insoddisfazione, frustrazione, tristezza e depressione. La seconda discrepanza ha luogo quando il desiderio di avere un figlio è fortemente influenzato dal desiderio degli altri che la donna abbia un figlio e tale discrepanza produce sentimenti di vergogna e di imbarazzo. Kikendall ha quindi approfondito la comprensione dei diversi vissuti emotivi esperiti dalle persone infertili a seconda del tipo di discrepanze del sé. Tale comprensione è molto utile anche ai fini di un supporto psicologico.

J. R. Allison (1979) ha infine condotto una ricerca in cui ha rilevato che le donne infertili hanno una visione più tradizionale della maternità, presentano minori discrepanze tra sé ideale e sé reale, hanno minori conflitti su quanto attiene la cura del bambino e hanno uno status occupazionale più elevato delle donne fertili. Una possibile spiegazione di questi risultati è che la discrepanza tra la tradizionale concezione della maternità e l'impossibilità di aderire a essa conduce le donne infertili a focalizzare la loro attenzione sul desiderio di

avere un figlio e su una prospettiva di vita più tradizionale. Ciò però aumenta la discrepanza e conseguentemente il livello di stress percepito, incrementando anche il rischio di implicazioni psicosomatiche.

e) Aspetti motivazionali

Alcuni autori (Clark et al., 1991) hanno affermato che è importante comprendere gli aspetti motivazionali nell'esperienza di infertilità. Le ricerche che hanno esplorato tali aspetti si sono soffermate maggiormente sull'intensità percepita del desiderio di un figlio, studiandola in relazione al tipo di infertilità, al genere, al tempo in cui viene loro comunicata la diagnosi e alla sfera biologica.

In particolare T. Wischmann (Wischmann et al., 2001), attraverso un questionario che valuta le aspettative relative alla gravidanza, al parto e alla genitorialità (FKW; Holzle, 2001), ha confrontato la percezione dell'intensità del desiderio di un figlio in donne con infertilità idiopatica e organica. Sebbene non sia emersa alcuna differenza significativa rispetto all'intensità con cui si desidera generare un figlio, tuttavia le donne con infertilità idiopatica hanno mostrato di percepire un minore incremento di autostima legato all'eventuale probabilità di generare un figlio. Questo dato è stato tuttavia interpretato dall'autore come espressione di un più elevato livello culturale delle donne con infertilità idiopatica rispetto alle donne con infertilità organica del suo campione.

B. J. Berg (Berg et al., 1991), attraverso degli item preparati ad hoc, ha invece studiato le differenze di genere nell'importanza percepita di avere un figlio. Dalla ricerca da lui condotta è emerso che le donne attribuiscono all'avere un figlio un'importanza significativamente maggiore degli uomini. Egli ha inoltre confrontato la percezione dell'importanza di avere un figlio in due momenti, ovvero prima e dopo aver ricevuto la diagnosi di infertilità. Da tale confronto è emerso che sia gli uomini che le donne attribuiscono maggiore importanza al procreare un figlio dopo aver ricevuto la diagnosi di infertilità.

Berg ha anche analizzato la relazione tra importanza percepita di un figlio e stress. Tale analisi ha evidenziato che per gli uomini l'importanza di avere un figlio è associata positivamente con lo stress legato alla relazione col partner; per le donne, invece, essa è associata positivamente con il disagio emotivo. Infine egli ha esplorato le motivazioni alla

base dell'importanza attribuita dagli uomini e dalle donne all'avere un figlio. Le donne hanno attribuito maggiormente tale importanza al desiderio di creare una famiglia e di mettere alla prova la propria capacità genitoriale. Gli uomini, invece, hanno attribuito maggiormente questa importanza alla possibilità di realizzare un desiderio della moglie.

È molto interessante leggere questi dati anche alla luce delle differenze di genere nella sfera emotiva precedentemente illustrate. È altresì interessante notare che il desiderio di un figlio aumenti considerevolmente dopo aver ricevuto la diagnosi di infertilità. Questo dato sembra suggerire che la paura di non riuscire ad avere figli renda più intenso il desiderio di averne.

Altri autori (Stoleru et al., 1993, 1997; Conrad et al., 2002) hanno esaminato la capacità predittiva del desiderio di un figlio rispetto ad alcuni aspetti connessi alla propria fertilità. In particolare Stoleru (Stoleru et al., 1993) ha rilevato che sia per gli uomini che per le donne l'intensità con cui viene progettato un figlio è predittiva dello status di fertilità: maggiore è l'intensità e maggiori sono le probabilità di concepimento. Questo dato può essere interpretato come espressione del fatto che il riuscire a concepire un figlio è influenzato dall'investimento emotivo nei suoi confronti. In una successiva ricerca Stoleru (Stoleru et al., 1993) ha rilevato che la percezione di un'armonia con il partner nella progettazione del concepimento di un figlio influenza la riuscita della fase relativa alla fertilizzazione nelle donne che si sottopongono ad una fecondazione in vitro (FIV).

Infine Conrad (Conrad et al., 2002) ha esplorato la relazione tra l'intensità percepita del desiderio di un figlio e il livello di gonadotropine negli uomini. Dalla ricerca da lui condotta è emersa una significativa correlazione negativa tra queste due variabili. A tal riguardo l'autore ha sostenuto che maggiore è il desiderio di un figlio e maggiore è lo stress percepito, che può influenzare la sfera endocrina.

Queste ultime ricerche sono molto importanti dal momento che evidenziano l'impatto diretto che l'intensità con cui si desidera un figlio esercita sulla sfera biologica femminile e maschile.

III.3 Ricerche sui fattori situazionali legati all'infertilità

Diverse ricerche hanno esplorato l'esperienza di infertilità focalizzandosi su alcune variabili ascrivibili alle caratteristiche situazionali specifiche di tale esperienza. I fattori situazionali presi in considerazione dalle ricerche sul tema sono i seguenti:

- a) diagnosi di infertilità;
- b) durata di infertilità;
- c) assenza di figli;
- d) aspetti relativi al percorso di PMA;
- e) natura stigmatizzante dell'infertilità.

a) Diagnosi di infertilità

L'influenza esercitata dalla diagnosi di infertilità è stata studiata rispetto al vissuto emotivo, alla relazione di coppia e all'esito del trattamento.

Per quanto riguarda l'influenza che essa esercita sul vissuto emotivo e sulla relazione di coppia, alcuni autori (Connolly et al., 1987) hanno rilevato che per entrambi i partner la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche associate alla relazione di coppia rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista. Per quanto riguarda gli uomini in particolare, essa elicita sentimenti di colpa, isolamento e depressione; nelle donne, invece, essa accresce sentimenti di colpa e di frustrazione.

T. Y. Lee, in particolare, usando la versione cinese dell'Infertility Questionnaire (Lee et al., 1995) e analizzando le differenze nei livelli di stress percepito dai partner in relazione alla diagnosi di infertilità, ha rilevato che quando la diagnosi è di tipo femminile le donne percepiscono maggiori livelli di stress degli uomini. Questo risultato è stato interpretato alla luce della cultura cinese. Il concepire un figlio è particolarmente rilevante in Cina non solo a livello individuale ma anche sociale: la donna è posizionata nell'albero genealogico come un membro della famiglia maschile e rispettata soprattutto per la sua capacità di concepire figli maschi.

Holter (Holter et al., 2007) ha inoltre confrontato gli uomini con diagnosi esclusivamente maschile e gli uomini con gli altri tipi di diagnosi rispetto al benessere percepito, all'ottimismo e alla relazione col partner prima, durante e dopo aver effettuato un trattamento di PMA. Da questi confronti non sono emerse differenze statisticamente significative; ciò suggerisce che gli uomini con diagnosi maschile affrontano l'esperienza di infertilità in maniera simile agli uomini con altri tipi di diagnosi.

Altri studi (Jacob et al., 2007) hanno infine esplorato i livelli di stress in donne senza figli rispetto alla presenza o meno di difficoltà procreative, rilevando che le donne che hanno problematiche legate alla sfera riproduttiva hanno dei livelli depressivi significativamente maggiori di donne che non hanno figli per scelta.

Da queste ricerche è quindi emerso che le donne vivono con maggiore disagio emotivo la diagnosi femminile. La diagnosi maschile, invece, influenza negativamente la relazione di coppia sia per gli uomini che per le donne ma non influenza il modo in cui gli uomini affrontano il proprio percorso di PMA.

Per quanto riguarda la relazione tra la diagnosi di infertilità e l'esito del trattamento, invece, Templeton (Templeton et al., 1996) ha studiato il successo o il fallimento dei trattamenti FIV in relazione al tipo di diagnosi femminile. Egli ha rilevato che quando la causa di infertilità è sconosciuta, il successo di tali trattamenti è significativamente superiore rispetto a quando la causa è femminile ed è attribuibile, in particolare, alla presenza di problemi alle tube. La presenza di problematiche di fertilità nelle donne è quindi associato con una minore probabilità di concepimento ai trattamenti di PMA.

Infine altri studi hanno cercato di rilevare i possibili predittori della diagnosi di infertilità organica e idiopatica. Da una ricerca condotta da S. Fassino (Fassino et al., 2002) è emerso che elevati livelli di ansia e depressione negli uomini ed elevati livelli di ansia, depressione e repressione della rabbia nelle donne sono predittivi della diagnosi di infertilità idiopatica. Tali interessanti dati possono suggerire che una maggiore vulnerabilità alle fonti di stress, che si esprime nella sfera emotiva, può predisporre all'infertilità, che diviene così una reazione psicosomatica.

b) Durata di infertilità

L'influenza esercitata dalla durata di infertilità è stata studiata sia rispetto al vissuto emotivo e alla relazione di coppia sia rispetto all'esito del trattamento.

Per quanto riguarda l'influenza che essa esercita sul vissuto emotivo e sulla relazione di coppia, questa è stata studiata utilizzando prettamente lo STAI-Y (Spielberger, 1983) e alcuni item creati ad hoc non standardizzati. Dalla maggior parte delle ricerche è emerso che la durata prolungata dell'infertilità costituisce un fattore di rischio rispetto al disagio emotivo percepito dai membri delle coppie infertili.

Alcuni autori hanno infatti rilevato che una maggiore durata risulta esporre a vissuti ansiosi (Slade et al., 2007) e allo stress connesso all'infertilità (Domar et al., 2005). Altri autori (Connolly et al., 1987; Demyttenaere et al., 1991) hanno invece rilevato che tali variabili non sono influenzate dalla durata dell'infertilità né nel caso degli uomini né nel caso delle donne. Di contro alcuni autori hanno infine rilevato che maggiore è la durata dell'infertilità e minore è il livello di ansia percepito (Ardenti et al., 1999). Tale risultato potrebbe suggerire una progressiva elaborazione della propria esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda la relazione tra la durata di infertilità e l'esito del trattamento, invece, è emerso che maggiore è la durata dell'infertilità, e quindi lo stress percepito, e minore è la probabilità di riuscire a concepire, probabilmente per le stesse implicazioni psicosomatiche derivanti dal protrarsi di una situazione altamente stressante.

Templeton (Templeton et al., 1996) ha infatti rilevato che vi è un rapporto inversamente proporzionale tra la durata dell'infertilità e la buona riuscita del trattamento. Boivin e Schmidt (2005) non hanno invece osservato la presenza di differenze statisticamente significative nella durata dell'infertilità delle coppie che hanno concepito rispetto alle coppie il cui trattamento ha avuto un esito negativo.

c) Assenza di figli

L'assenza/presenza di figli è una variabile che è stata studiata sia in relazione ai livelli di disagio percepito, soprattutto per mezzo dell'FPI (Newton et al., 1999), del BDI (Beck et al., 1979) e dello STAI-Y (Spielberger, 1983), che in relazione all'esito del trattamento.

Per quanto riguarda i livelli di disagio percepito, è emerso che l'assenza di figli è un fattore di rischio rispetto alla percezione di vissuti emotivi negativi. Alcuni autori (Morrow et al., 1995; McQuillan et al., 2003) hanno infatti sottolineato che l'assenza di figli è risultata predittiva di elevati livelli di stress sia nel caso degli uomini che nel caso delle donne. Altri studi (Newton et al., 1990) che hanno esplorato la capacità predittiva di tale variabile rispetto all'insorgenza di sintomatologia depressiva e ansiosa non hanno invece ottenuto risultati statisticamente significativi. Tali risultati possono essere probabilmente ricondotti al diverso grado di elaborazione della propria esperienza di infertilità.

Per quanto riguarda la relazione tra presenza di figli ed esito del trattamento, invece, alcuni studi in letteratura (Stolwijk et al., 1996; Templeton et al., 1996) hanno rilevato che tale variabile predice positivamente sia la possibilità di conseguire una gravidanza (Stolwijk et al., 1996) sia l'esito positivo dei trattamenti FIV. L'aver generato già un figlio è quindi associato ad una maggiore probabilità di un ulteriore concepimento.

d) Aspetti relativi al percorso di PMA

Alcuni studi hanno esplorato degli aspetti specifici del percorso di PMA, quali la durata della fase diagnostica (Connolly et al., 1987), l'aver già effettuato precedenti trattamenti (Templeton et al., 1996) e il tempo intercorso tra il primo e l'ultimo trattamento intrapreso (Pook e Krause, 2005).

Per quanto riguarda la durata della fase diagnostica, questa è stata studiata in relazione al vissuto emotivo e alla relazione di coppia (Connolly et al., 1987; Domar et al., 2005). Tali ricerche hanno evidenziato che maggiore è la durata della fase diagnostica maschile e maggiori sono i sentimenti depressivi, di rabbia e di colpa esperiti dagli uomini, sentimenti accompagnati dalle aspettative di insuccesso. Tali aspettative in questa fase diagnostica maschile sono provate in misura crescente anche dalle donne. Per quanto riguarda la fase diagnostica femminile, invece, maggiore è la sua durata e maggiori sono i sentimenti di colpa esperiti dalle donne; esse parimenti provano meno felicità e soddisfazione, percependo anche maggiori aspettative di insuccesso. Anche gli uomini percepiscono minori aspettative di successo con l'avanzare della fase diagnostica femminile.

Questi risultati suggeriscono che lo stesso periodo diagnostico è una fonte di stress

che ha degli effetti negativi sul benessere individuale e di coppia degli individui che intraprendono un percorso di PMA.

L'aver già effettuato precedenti trattamenti, invece, è una variabile che è stata studiata in relazione all'esito favorevole o meno dei trattamenti FIV (Templeton et al., 1996). Templeton ha rilevato che il successo di tali trattamenti decresce significativamente con l'aumentare del numero dei trattamenti già effettuati in passato. Pertanto maggiore è il numero di trattamenti eseguiti e minore è la probabilità di successo. Tale risultato non è stato tuttavia confermato in una ricerca successiva (Boivin e Schmidt, 2005).

Infine M. Pook e W. Krause (2005) hanno studiato la relazione tra il tempo intercorso tra il primo e l'ultimo trattamento intrapreso e il livello di stress percepito dagli uomini, misurato attraverso il questionario KINT (Pook et al. 1999). Essi hanno rilevato che gli uomini che hanno già intrapreso dei trattamenti da più di 17 mesi riportano dei livelli di stress connesso all'infertilità significativamente maggiori degli uomini che hanno intrapreso dei trattamenti da meno tempo. Tale ricerca sottolinea dunque l'importanza di prestare attenzione anche all'influenza della durata del percorso di PMA intrapreso sull'intensità con cui l'infertilità è percepita come una fonte di stress.

e) Natura stigmatizzante dell'infertilità

Alcuni studiosi (Slade et al., 2007) hanno sottolineato la natura potenzialmente stigmatizzante dell'esperienza di infertilità. Goffman (1963) ha definito lo stigma quella sensazione negativa di differenza sociale rispetto agli altri, differenza che scredisca e svalorizza profondamente la persona.

Nello studio dell'infertilità la percezione dello stigma è stata studiata rispetto al livello di stress percepito e rispetto al supporto sociale.

E. S. Donkor e J. Sandall (2007), in particolare, hanno esaminato sia il modo in cui la percezione dello stigma è influenzata dal livello di istruzione, dal tipo di lavoro, dall'assenza di figli e dal luogo in cui si vive, sia la relazione tra percezione dello stigma e stress connesso all'infertilità. Per quanto riguarda il primo punto, le autrici hanno rilevato che la percezione dello stigma, rilevato per mezzo di un adattamento della scala dello stigma di Hyman (1971), è minore quando le donne possiedono un livello di istruzione elevato, svolgono un importante lavoro, hanno già dei figli e vivono in città piuttosto che in un

centro rurale. Tale risultato secondo le autrici avvalora l'ipotesi che lo status sociale svolge una funzione moderatrice rispetto alla percezione dello stigma. Per quanto riguarda il secondo punto, invece, Donkor e Sandall hanno osservato una associazione positiva tra elevati livelli di stigma percepito ed elevati livelli di stress.

La percezione dello stigma in relazione alla propria infertilità, dunque, si configura come un fattore di rischio in quanto alimenta l'intensità dello stress associato a questa delicata esperienza.

Altri autori (Slade et al., 2007), esplorando la percezione dello stigma attraverso lo Stigma Consciousness Questionnaire (Pinel, 1999), hanno inoltre studiato la relazione tra la percezione dello stigma, l'apertura nei confronti degli altri e il supporto sociale. Da tale ricerca è emerso che per gli uomini vi è una correlazione negativa tra la percezione dello stigma e l'apertura nei confronti nei altri; tale correlazione però non risulta significativa per le donne. È emersa invece una significativa correlazione negativa tra la percezione dello stigma e il supporto sociale percepito per entrambi i partner. Infine gli autori hanno rilevato una associazione positiva tra percezione dello stigma e il livello di stress percepito in relazione all'esperienza di infertilità. I risultati di queste ricerche sottolineano l'importanza di esplorare quanto l'esperienza di infertilità sia percepita come uno stigma alla luce della stretta connessione evidenziata tra stigma, supporto sociale e stress.

Da queste ricerche si evince che più elevata è la percezione dello stigma e maggiore è il livello di stress e minore il supporto sociale percepiti. Appare di rilevante importanza, dunque, esplorare quanto i membri delle coppie infertili si sentono stigmatizzati rispetto alla propria esperienza di infertilità.

III.4 Ricerche sui fattori moderatori che intervengono nell'esperienza di infertilità

Alcune ricerche hanno esaminato l'influenza esercitata dai diversi fattori che svolgono una funzione moderatrice nell'esperienza di infertilità. In letteratura sono stati considerati i seguenti fattori moderatori:

- a) coping;
- b) supporto legato alla relazione col partner;

- c) supporto sociale;
- d) supporto psicologico.

a) Coping

Il coping è uno sforzo cognitivo e comportamentale che l'individuo compie per far fronte a un evento stressante (Lazarus e Folkman, 1984). Lo strumento maggiormente utilizzato per rilevare le strategie di coping adottate in infertilità è il Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985). Il coping è stato studiato soprattutto in relazione al livello di stress percepito, alla relazione di coppia e alla sfera biologica.

Per quanto riguarda la relazione tra strategie di coping e stress percepito, è emerso con forza che le strategie di coping centrate sull'evitamento costituiscono dei fattori di rischio in quanto alimentano la percezione dello stress connesso alla propria infertilità. L'uso di strategie di tipo attivo, religioso e centrate sul supporto sociale, invece, rappresenta un importante fattore protettivo in quanto riduce la percezione dello stress legato a questa esperienza.

Alcuni studiosi (Peterson et al., 2006) hanno infatti rilevato che per entrambi i partner le strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'accettazione correlano positivamente con lo stress connesso all'infertilità; di contro il cercare supporto sociale, la pianificazione e il distacco correlano negativamente con tale tipo di stress. Gli stessi studiosi hanno osservato in entrambi i partner una correlazione negativa tra le strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'accettazione e il grado di soddisfazione della relazione col partner; una correlazione positiva è stata invece rilevata tra le strategie centrate sulla ricerca di supporto sociale e sulla pianificazione e il grado di soddisfazione della relazione di coppia.

Parimenti un'altra ricerca (Peterson et al., 2005) ha evidenziato che le strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'accettazione predicono l'insorgere di sintomatologia depressiva sia per gli uomini che per le donne; per quanto riguarda gli uomini, inoltre, i vissuti depressivi sono predetti anche dall'autocontrollo.

Un'interessante ricerca condotta da J. C. Myers (2002) ha confermato in particolare l'importante funzione protettiva svolta dalle strategie di coping centrate sul sostegno sociale rispetto alla percezione di stress legato all'infertilità in un campione femminile.

Un'altra ricerca effettuata da Lechner (Lechner et al., 2007) su un campione di uomini e donne infertili ha rilevato che le strategie di coping di tipo attivo proteggono dalla percezione di vissuti depressivi e ansiosi; di contro le strategie di coping di tipo passivo espongono a questi stessi vissuti. Tali risultati sono stati confermati anche da uno studio effettuato da K. Demyttenaere (Demyttenaere et al., 1991).

Alcuni autori (Domar et al., 2005; Mahajan et al., 2009) hanno inoltre esplorato la relazione tra coping di tipo religioso, vissuti depressivi e stress connesso all'infertilità in un campione femminile. Essi hanno osservato che il coping di tipo religioso correla negativamente sia con i vissuti depressivi che con lo stress connesso all'infertilità. Tuttavia essi hanno rilevato che tale modalità di coping ha una capacità predittiva negativa nei confronti dei soli vissuti depressivi e non anche nei confronti dello stress percepito in relazione all'esperienza di infertilità.

Altri studi hanno invece analizzato la presenza di differenze significative nelle strategie di coping di uomini e donne in relazione al tasso di fertilità e al tipo di percorso intrapreso.

In particolare Dhillon (Dhillon et al., 2000) ha esaminato la presenza di differenze significative nel tipo di strategie di coping adottate da uomini fertili e infertili, distinguendo questi ultimi in base all'eventuale presenza di problematiche legate alla qualità del liquido seminale. Da tale confronto è emerso che uomini fertili e infertili non differiscono tra loro in maniera statisticamente significativa rispetto al tipo di strategie di coping adottate.

O. B. A. Van den Akker (2005) ha invece esplorato la presenza di eventuali differenze nel tipo di strategie di coping adottate da tre gruppi di donne infertili: donne che avevano fatto ricorso a una maternità surrogata; donne sottoposte a tecniche di PMA; e donne che avevano adottato un bambino. Da tale ricerca è emerso che il gruppo sottoposto a tecniche di PMA fa un uso significativamente maggiore di strategie centrate sull'evitamento e sul diniego. Tale dato è stato interpretato dall'autrice come espressione di un maggior bisogno di difendersi da parte delle donne che stanno effettuando dei trattamenti di PMA, trattamenti molto più intrusivi dell'adozione e della maternità surrogata.

Stanton (1992) ha studiato in particolare il modo in cui uomini e donne percepiscono il proprio modo di affrontare l'infertilità rispetto a persone dello stesso sesso e rispetto al proprio partner. Dalla ricerca è emerso che gli uomini tendono a reputare il proprio modo di

affrontare l'infertilità migliore degli altri uomini che si trovano nella stessa situazione e delle loro partner; tale risultato non è emerso però anche per le donne.

Alcuni autori (Sabatelli et al., 1988) hanno inoltre sottolineato l'importanza di studiare l'influenza delle strategie di coping adottate dai membri della coppia infertile sul benessere percepito dai rispettivi partner. Tali studi hanno messo in evidenza che l'uso di strategie basate sulla ricerca di significato da parte di un partner abbassa il livello di stress diadico percepito dall'uomo e il livello di stress personale percepito dalla donna.

A tal riguardo un'interessante ricerca condotta da B. D. Peterson (Peterson et al., 2006) ha illustrato che quando all'interno di una coppia la donna prende poco le distanze dalla situazione di infertilità e l'uomo si allontana molto, i partner percepiscono un elevato livello di stress, intensi vissuti depressivi e scarso adattamento diadico. Anche quando all'interno di una coppia la donna percepisce un elevato autocontrollo e l'uomo ne percepisce poco, i partner percepiscono un elevato livello di stress, intensi vissuti depressivi e scarso adattamento diadico. Di contro, quando all'interno di una coppia la donna e l'uomo riportano bassi livelli di accettazione della responsabilità della loro infertilità, entrambi i partner percepiscono un basso livello di stress, pochi vissuti depressivi e un buon adattamento diadico.

In un'altra interessante ricerca Peterson (Peterson et al., 2008) ha esplorato l'influenza del tipo di strategia di coping dei membri della coppia infertile sulla percezione del benessere personale, diadico e sociale del partner. La ricerca ha evidenziato che l'uso di strategie attivo evitanti (come evitare bambini e donne incinte) da parte di un partner accresce i livelli di stress personale, diadico e sociale percepiti dall'altro partner; ciò vale sia per gli uomini che per le donne. Inoltre l'uso di strategie attivo confrontanti (come mostrare i propri sentimenti e chiedere consiglio agli altri) da parte della donna accresce il livello di stress diadico percepito dall'uomo. Infine l'uso di strategie basate sulla ricerca di significato (come crescere come persona o trovare altri obiettivi) da parte di un partner abbassa il livello di stress diadico percepito dall'uomo e accresce il livello di stress sociale percepito dalla donna. Tuttavia l'uso di tale strategia di coping accresce nel tempo la qualità percepita della propria relazione col partner sia per l'uomo che per la donna, come emerge da una successiva ricerca di Peterson (Peterson et al., 2011).

Infine Peterson (Peterson et al., 2009) ha esplorato anche l'influenza esercitata dalle strategie di coping di un partner sul benessere dell'altro partner in uno studio longitudinale con coppie che si sono sottoposte per cinque anni a trattamenti di PMA con esito negativo. Da tale studio è emerso che l'uso di strategie evitanti di tipo attivo e passivo da parte di un partner nel tempo accresce i livelli di stress personale, diadico e sociale percepiti dall'altro partner sia per gli uomini che per le donne. Invece l'uso di strategie basate sulla ricerca di significato da parte di un partner abbassa il livello di stress diadico percepito dall'uomo e il livello di stress personale percepito dalla donna.

Altri studi hanno inoltre esplorato l'influenza delle strategie di coping sulla sfera biologica. Tali studi hanno evidenziato che l'uso di strategie di tipo evitante e centrate sulle emozioni ha degli effetti negativi sulla sfera riproduttiva femminile e maschile.

In particolare K. Demyttenaere (Demyttenaere et al., 1991) ha rilevato che nelle donne che si stanno per sottoporre a fecondazione in vitro il ricorso a strategie di coping di tipo evitante predice elevati livelli di prolattina. Inoltre da uno studio condotto da Lancastle e Boivin (2005) il ricorso a strategie di coping di tipo evitante, associato ad un livello elevato di ansia di tratto e basso di ottimismo, influenza negativamente il livello di estradiolo e il numero di follicoli e ovociti prodotti.

Infine una ricerca effettuata da Morelli (Morelli et al., 2000) ha evidenziato che l'uso di strategie di coping centrate sulle emozioni predice negativamente la quantità di spermatozoi presenti nel liquido seminale. Questi risultati sottolineano con forza che le strategie di coping adottate per affrontare gli eventi stressanti hanno un'influenza diretta sul sistema neuroendocrino; e quest'ultimo influisce fortemente sul tasso di fertilità dell'individuo.

b) Supporto legato alla relazione col partner

Il ruolo svolto dal supporto del partner è stato messo in evidenza da numerose ricerche (Slade et al., 1997; Salvatore et al., 2001; Abbey et al., 1994; Newton et al., 1990; Mahajan et al., 2009). Lo strumento maggiormente adoperato per esplorare la relazione di coppia è la Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976), un questionario volto alla rilevazione del grado di adattamento diadico percepito dai membri delle coppie.

Queste ricerche hanno messo in evidenza che il percepire un elevato grado di adattamento diadico costituisce un importante fattore protettivo rispetto al benessere individuale esperito nel corso della propria esperienza di infertilità.

P. Slade, J. Emery e B. A. Liebermann (1997) hanno esplorato in particolare il grado di adattamento diadico percepito prima di cominciare un trattamento di PMA, osservando che i partner percepiscono una elevata coesione. Gli autori hanno interpretato questo dato come espressione di un forte desiderio di entrambi i partner di impegnarsi affinché la propria relazione possa continuare nel tempo nonostante i problemi legati alla sfera riproduttiva.

Altri autori (Salvatore et al., 2001) hanno invece messo in evidenza che, rispetto ad un gruppo di donne fertili, le donne infertili che stanno per cominciare un trattamento di fecondazione in vitro tendono ad idealizzare i loro partner e ad avere un rapporto più simbiotico, pur percependo minor soddisfazione a livello emotivo e sessuale. Esse tendono inoltre a mantenere una certa rigidità nella relazione di coppia, ad essere indirettamente aggressive e ad avere un atteggiamento di rimprovero nei confronti del partner.

In una ricerca condotta da Abbey (Abbey et al., 1994) è emerso inoltre che il supporto del partner percepito prima di cominciare un percorso di PMA è associato positivamente con la percezione della qualità delle vita e della relazione col partner alla fine del trattamento stesso.

C. Newton (Newton et al., 1990) ha inoltre rilevato che una forte coesione diadica protegge dall'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi nel caso in cui la tecnica di PMA effettuata abbia un esito negativo. Tali risultati sono stati confermati anche da un'altra ricerca che ha esplorato la relazione tra supporto del partner e vissuti depressivi e ansiosi (Sabatelli et al., 1988). Il supporto del partner è risultato protettivo rispetto alla percezione di stress connesso all'infertilità anche in una ricerca condotta da Myers (2002).

Infine N. N. Mahajan (Mahajan et al., 2009) ha studiato la relazione tra soddisfazione sessuale e adattamento all'infertilità rilevando che un elevato grado di soddisfazione nella sfera sessuale predice positivamente un buon adattamento alla propria esperienza di infertilità.

Dunque queste ricerche evidenziano l'importanza assunta dalla sfera inherente la relazione col partner e sottolineano la necessità di esplorare tale sfera nelle coppie che si apprestano a intraprendere un percorso di PMA.

c) Supporto sociale

Alcuni studiosi (Abbey et al., 1991) hanno sottolineato con forza la funzione moderatrice svolta dal sostegno sociale nell'esperienza di infertilità. Lo strumento maggiormente usato per esplorare il supporto sociale è stato il Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS, Zimet, 1988).

Queste ricerche hanno evidenziato il ruolo protettivo svolto dal supporto sociale rispetto alla percezione di disagio emotivo connesso alla propria esperienza di infertilità.

In una ricerca condotta con coppie infertili che stavano per effettuare dei trattamenti di PMA per la prima volta, A. Abbey (Abbey et al., 1991) ha osservato che le donne tendono a parlare della propria infertilità con familiari e amici in misura maggiore degli uomini; parimenti ne traggono più beneficio dei loro partner. Inoltre le donne tendono anche a parlare della propria infertilità con persone che hanno lo stesso problema e a cogliere gli aspetti positivi connessi a queste interazioni in misura maggiore degli uomini.

In una successiva ricerca Abbey (Abbey et al., 1994) ha rilevato che la presenza di un'ampia rete sociale è positivamente associata con la percezione di una buona qualità della vita alla fine del trattamento intrapreso.

In particolare Myers (Myers, 2002) ha sottolineato la funzione protettiva del supporto della famiglia rispetto alla percezione dello stress connesso all'infertilità. Mahajan (Mahajan et al., 2009) ha inoltre osservato che percepire un forte supporto familiare predice un buon adattamento a tale esperienza.

Lechner (Lechner et al., 2007) ha invece evidenziato che la percezione di un supporto sociale insoddisfacente espone all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi.

Da altre ricerche (Salvatore et al., 2001) è emerso che quando il trattamento di PMA effettuato ha un esito positivo, le donne tendono a ricercare in misura minore un rapporto esclusivo col partner e a coltivare in misura maggiore i contatti sociali, in particolare con i propri amici.

Un'altra ricerca (Agostini et al., 2011) ha invece esplorato il supporto sociale percepito da uomini e donne all'inizio, durante e alla fine di un percorso di PMA. Da tale ricerca è emerso che le donne percepiscono maggiore supporto sociale degli uomini in tutte e tre le fasi. Le coppie al loro primo tentativo di PMA hanno inoltre riportato un maggiore supporto sociale percepito delle coppie che avevano già effettuato precedenti trattamenti. È altresì emerso che quando l'esito del trattamento di PMA è negativo, le donne percepiscono un minor supporto sociale rispetto a quando l'esito è positivo.

Infine un'altra interessante ricerca (Gameiro et al., 2010) ha esplorato la percezione del supporto sociale in due momenti: quando si conosce l'esito positivo del trattamento di PMA e nel post-partum. Da tale ricerca è emerso che sia gli uomini che le donne nella transizione alla genitorialità percepiscono un incremento del supporto emotivo e strumentale da parte della famiglia nucleare; di contro percepiscono una diminuzione del supporto emotivo offerto dagli amici.

d) Supporto psicologico

Diversi studiosi hanno esplorato gli effetti del supporto psicologico sul benessere individuale, sociale e di coppia percepito dagli individui che affrontano un percorso di PMA.

Questi studiosi hanno offerto un supporto psicologico alle coppie che stavano per affrontare un percorso di PMA adottando un dispositivo individuale o di gruppo. Essi hanno rilevato in entrambi i casi un miglioramento degli individui rispetto al disagio emotivo percepito dopo aver usufruito di tale sostegno.

In particolare O'Moore (O'Moore et al., 1983) ha rilevato che l'uso di training autogeno con coppie con infertilità idiopatica abbassa in maniera significativa il livello di prolattina, livello influenzato dalla percezione dello stress connesso all'infertilità e che può inficiare la sfera riproduttiva. Esso è infatti da lui interpretato come un indice di infertilità psicogena.

Inoltre secondo una ricerca condotta da Brucker e McKenry (2003), l'usufruire di supporto psicologico non influenza la percezione di stress e vissuti depressivi e ansiosi per le donne; tuttavia esso predice negativamente l'insorgere di stress e vissuti ansiosi per gli uomini. In uno studio effettuato da Emery (Emery et al., 2003), invece, è emerso che non vi

sono differenze statisticamente significative tra gli individui che hanno usufruito di consultazioni di counselling e individui che non vi hanno fatto ricorso: in entrambi i casi i livelli di ansia e depressione si sono attestati nella norma.

In particolare, A. D. Domar (Domar et al., 2000) ha osservato che vi è una relazione positiva tra interventi psicologici e tasso di gravidanza; l'usufruire di interventi psicologici sembra infatti accrescere il tasso di gravidanza delle donne infertili.

Partendo dall'analisi dei risultati presenti in letteratura sull'utilità del supporto psicologico in infertilità, Boivin (2003) ha operato una rassegna delle varie ricerche sul tema. Da tale rassegna è emerso che gli interventi volti al sostegno psicologico sono più efficaci nel ridurre gli affetti negativi connessi all'infertilità piuttosto che nel produrre dei cambiamenti nel funzionamento interpersonale (sociale e di coppia). Inoltre il tasso di gravidanza non è risultato influenzato significativamente da questo tipo di interventi. È emerso anche che gli interventi di gruppo che vertono su determinate esercitazioni (come esercitazioni di rilassamento) sono più efficaci nel promuovere cambiamenti positivi rispetto agli interventi che enfatizzano l'espressione delle emozioni, dei pensieri e dei sentimenti legati all'infertilità. Infine Boivin ha osservato che gli uomini e le donne beneficiano in egual modo degli interventi volti al supporto psicologico.

III.5 Ricerche sugli effetti connessi all'esperienza di infertilità

L'esperienza di infertilità rappresenta una vera e propria crisi di vita (Menning, 1980). Essa quindi può avere delle ripercussioni profonde sulla vita dell'individuo a livello personale e relazionale. Le ricerche condotte sugli effetti prodotti dall'esperienza di infertilità si sono concentrate sui seguenti aspetti:

- a) sfera emotiva;
- b) sfera relazionale;
- c) sfera biologica.

a) Sfera emotiva

Numerosi studiosi hanno sostenuto la necessità di esplorare gli aspetti emotivi che caratterizzano l'esperienza di infertilità. In particolare alcuni studi hanno voluto comprendere i diversi stadi emotivi che connotano tale esperienza.

S. R. Leiblum (Leiblum et al., 1987) ha individuato sei stadi emotivi che corrispondono ad altrettante fasi del trattamento di fecondazione in vitro: intenso ottimismo; sottoporsi alla tecnica; cauto ottimismo; delusione o gioia; ripetizione del trattamento; accettazione e parziale risoluzione.

Nella fase che precede l'inizio del trattamento le coppie si sentono ottimiste e positive nonostante avvertano sentimenti di incertezza e ansia a causa delle procedure mediche da seguire. Successivamente, quando ha inizio la cura, le coppie cominciano ad essere consapevoli del disagio fisico e degli effetti collaterali legati ai farmaci che stimolano l'ovulazione. Tuttavia esse continuano ad avere delle aspettative positive fino al trasferimento dell'embrione.

La fase del trasferimento dell'embrione è caratterizzata da cauto ottimismo e ansia per l'embrione trasferito nell'utero. Se il trattamento ha un esito positivo la coppia prova intensi sentimenti di gioia; se invece esso ha un esito negativo la coppia prova delusione e brevi momenti di disperazione. In particolare le donne percepiscono intensi livelli di angoscia, tristezza e rabbia, accompagnati da pianto e dal desiderio di restare sole. Gli uomini provano sentimenti simili ma di minore intensità; tuttavia essi tendono a non esprimere verbalmente le loro emozioni e a sostenere le mogli.

Se il trattamento è fallimentare di solito le coppie tendono a ripetere dei cicli FIV ma con minore ottimismo e con aspettative più realistiche. Infine se i cicli effettuati non hanno un esito positivo le coppie accettano la propria impossibilità ad avere figli e considerano soluzioni alternative come l'adozione.

Anche B. E. Menning (1980) ha esplorato la sfera emotiva che caratterizza l'esperienza di infertilità, individuando sei vissuti emotivi che vengono percepiti in maniera sequenziale: sorpresa; diniego; rabbia; isolamento; colpa; e lutto.

La prima reazione al riconoscimento di avere dei problemi legati alla sfera riproduttiva è lo shock e la sorpresa. Alla sorpresa segue il diniego, funzionale al graduale

adattamento dell'individuo ad una situazione che suscita notevoli preoccupazioni. Il diniego è dannoso solo se le persone vi ricorrono per un tempo prolungato.

Quando i membri della coppia si rivolgono ad un centro per diagnosticare la causa della loro infertilità e iniziare un trattamento, essi percepiscono una notevole perdita di controllo sulla loro vita e reagiscono a tale percezione con sentimenti di rabbia. Tali sentimenti possono essere razionali (ad esempio dovuti a pressioni di amici o familiari) o irrazionali (ad esempio proiettati contro i medici e le persone alle quali si attribuisce un controllo sulla propria vita).

Alla rabbia segue l'isolamento, dovuto al desiderio di segretezza del percorso intrapreso e alla paura di ricevere consigli non desiderati. Molto spesso l'isolamento può aver luogo non solo rispetto alle relazioni sociali ma anche all'interno della coppia stessa: i partner non riescono a condividere il proprio vissuto e si allontanano, incrementando i livelli di stress connessi alla relazione di coppia.

Altro sentimento esperito è la colpa. Gli individui cominciano a ricercare nella loro storia passata dei motivi ai quali attribuire la colpa della propria infertilità. Tali sensi di colpa possono essere risolti grazie all'accettazione del fatto che le persone non possono avere un controllo totale sulla propria vita e che non vi è una connessione tra l'infertilità e la propria storia passata. Questa consapevolezza produce sentimenti di depressione che favoriscono il processo del lutto legato alla perdita del bambino, della continuità genetica, della perdita di fertilità e della stessa esperienza della gravidanza.

J. L. Blenner (1990), attraverso delle interviste analizzate alla luce della gronde theory, ha invece rilevato che l'esperienza di infertilità consta di otto stadi: presa di consapevolezza; fronteggiamento di una nuova realtà; speranza e determinazione; intensificazione del trattamento; discesa a spirale; lasciarsi andare, abbandono; spostamento del focus.

La presa di consapevolezza si verifica quando sono diagnosticati dei problemi legati alla sfera riproduttiva. A questo punto le persone devono far fronte a una nuova realtà, ovvero devono scegliere se intraprendere dei percorsi di PMA. Essi cominciano a cercare delle probabili cause alle quali attribuire la propria infertilità e a provare sentimenti di colpa. Parimenti cominciano a sentirsi sempre più diversi rispetto a coloro che appartengono al mondo fertile, che viene fortemente idealizzato.

Quando viene presa la decisione di intraprendere un trattamento, le persone provano speranza, determinazione, energia ed entusiasmo. Nonostante la consapevolezza di avere dei problemi pensano che riusciranno nel trattamento intrapreso.

Successivamente le coppie si lasciano coinvolgere sempre più dai trattamenti intrapresi e percepiscono una perdita di controllo sulla propria vita. Esse percepiscono sempre meno energia e provano difficoltà nel far fronte al trattamento e agli impegni lavorativi. Questa fase è anche caratterizzata da un graduale isolamento sociale.

Con il passare del tempo e con il susseguirsi di trattamenti fallimentari le coppie divengono sempre più frustrate e disperate e hanno la sensazione di essere prese da una spirale. In particolare le donne percepiscono poca energia e tendono a non allontanarsi da casa, eccetto che per motivi legati al trattamento di PMA. A un certo punto i membri della coppia cominciano ad accettare la propria infertilità e a partecipare nuovamente ad attività di carattere sociale. Inoltre essi cominciano a riconsiderare i propri obiettivi di vita e ad esaminare altre opzioni, come il restare senza figli o l'adottarne. In questa fase i partner percepiscono un sentimento di sollievo.

Dal riesame della propria situazione e dei propri obiettivi può scaturire la decisione di abbandonare i trattamenti e dedicarsi ad altri interessi fino a quel momento messi da parte. Nella fase finale la coppia senza figli sperimenta una rassegnazione e sposta il proprio focus sulla scelta di adottare un bambino.

Infine L. O. Gonzalez (2000), conducendo delle interviste con coppie infertili, ha individuato cinque fasi connesse tra loro nell'esperienza di infertilità così come è esperita dalle donne: il senso di fallimento legato alla mancata realizzazione di una norma sociale prescritta; l'assalto all'identità personale; lutto; trasformazione; e restituzione.

L'esperienza di infertilità comincia quando la donna non riesce a concepire e cerca un supporto medico. Questa fase è caratterizzata dalla percezione di una violazione di una norma sociale, sentimenti di inadeguatezza e mancanza di obiettivi nella vita. Tale involontaria mancata adesione a una norma sociale è descritta come un assalto all'identità personale. La donna avverte sentimenti di impotenza, sente di essere stigmatizzata e percepisce un sentimento di alienazione rispetto al mondo fertile. Parimenti soffre per l'impossibilità di avere dei discendenti.

Col passare del tempo la donna elabora il lutto della perdita della propria capacità riproduttiva. Inizialmente continua a sperare nell'esito positivo del trattamento intrapreso. Tuttavia la consapevolezza della possibilità che i trattamenti non riescano diviene sempre più forte con il susseguirsi di esiti fallimentari. Questi suscitano nella donna sentimenti di disperazione accompagnati da pensieri aggressivi contro sé e gli altri.

A un certo punto la donna vive un'esperienza trasformativa in cui comincia a reagire alla propria infertilità e a considerare altri tipi di genitorialità. L'ultima fase è la fase della restituzione, in cui la donna accetta la propria impossibilità di generare un figlio e comincia ad elaborare il dolore a essa connesso. Gonzalez ha affermato che l'esperienza di infertilità è un processo piuttosto che un insieme di eventi emotivi indipendenti e che la sofferenza esperita è funzionale all'accettazione della propria impossibilità di generare un figlio.

Numerose ricerche hanno inoltre confrontato il livello di disagio emotivo esperito dalle persone infertili con i valori delle norme di riferimento. Gli strumenti più adoperati a tal fine sono stati il Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979) per il vissuto depressivo e lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, Spielberger, 1983) per il vissuto ansioso.

Tali studi evidenziano il forte impatto emotivo esercitato dall'esperienza di infertilità e sottolineano l'importanza di prestare attenzione alla sfera emotiva in questo percorso.

I risultati emersi sottolineano infatti che le persone infertili esperiscono vissuti depressivi e ansiosi in misura significativamente maggiore della norma (Lalos et al., 1986; Daniluk, 1988; Wright et al., 1991; Beaurepaire et al., 1994; Ardenti et al., 1999; Wischmann et al., 2001; Wichman et al., 2011). Essi percepiscono anche una peggiore qualità di vita (Carter et al., 2011).

Alcuni studiosi, inoltre, hanno evidenziato che i vissuti depressivi aumentano in seguito al fallimento di una fecondazione in vitro (Baram et al., 1988; Slade et al., 1997) e che i vissuti ansiosi tendono a crescere con il progressivo susseguirsi delle varie fasi di una FIV. Lukse e Vacc (1999) hanno invece rilevato che il fallimento di un trattamento FIV non accresce il vissuto depressivo esperito prima di cominciare il trattamento stesso.

In particolare, da alcune revisioni della letteratura sugli aspetti emotivi connessi ai trattamenti di fecondazione in vitro (Eugster e Vingerhoets, 1999; Verhaak et al., 2007), è emerso che le donne che cominciano tale tipo di trattamento presentano un livello di disagio

emotivo leggermente superiore alla norma, livello che però tende a crescere con il susseguirsi di trattamenti aventi esito negativo. Quando il trattamento ha esito positivo, invece, le emozioni negative scompaiono. Tuttavia durante la gravidanza le donne che hanno effettuato una fecondazione in vitro risultano significativamente più stressate delle donne che hanno concepito naturalmente.

Da tali studi si evince dunque che l'impatto emotivo esercitato dall'esperienza di infertilità non si dissolve con il concepimento ma persiste anche durante la gravidanza.

b) Sfera relazionale

Per quanto riguarda la sfera relazionale, un'interessante rassegna della letteratura (Coëffin-Driol e Gianni, 2004) su tale tematica ha distinto due principali filoni di studio: studi che esplorano l'impatto dell'infertilità sulla qualità percepita della relazione di coppia e studi che esplorano l'influenza dell'infertilità sulla vita sessuale maschile e femminile.

Rispetto alla qualità percepita della relazione di coppia, questa è stata studiata prettamente tramite la DAS (Spanier, 1976). Tali ricerche hanno evidenziato che l'esperienza di infertilità mina l'equilibrio della relazione di coppia e che pertanto risulta fondamentale offrire un supporto psicologico congiunto ai membri delle coppie infertili.

In particolare Keye (1984) ha sostenuto che l'esperienza di infertilità è caratterizzata da intense tensioni dovute al continuo e reciproco rivolgersi, da parte dei coniugi, di rimproveri sull'impegno profuso per ottenere il concepimento desiderato.

Inoltre diverse ricerche si sono incentrate sull'individuazione dei fattori protettivi o di rischio rispetto all'adattamento diadicò. A tal riguardo alcuni studiosi (Ulbrich et al., 1990; Abbey et al., 2003) hanno rilevato che un elevato livello di stress connesso all'esperienza di infertilità predice bassi livelli di soddisfazione, consenso ed espressione affettiva in entrambi i membri della coppia. Inoltre nelle donne i livelli di soddisfazione e consenso esperiti sono predetti negativamente dalla durata della relazione col partner.

Raval (Raval et al., 1987) ha invece osservato che l'adattamento diadicò è predetto negativamente da una scarsa autostima per quanto riguarda gli uomini e dal numero di test effettuati per l'ovulazione per quanto riguarda le donne.

L'adattamento diadicò viene quindi inficiato sia da fattori personali, come l'autostima, che legati al trattamento, come il numero di trattamenti effettuati.

Cook (Cook et al., 1989) ha inoltre rilevato un'associazione positiva tra ansia di tratto e depressione e problematiche legate alla relazione di coppia sia in uomini che in donne inferti. Le stesse caratteristiche di personalità, come l'ansia di tratto, dunque, influenzano l'adattamento delle coppie nella loro esperienza di infertilità.

Un interessante risultato, in particolare, è riportato in una ricerca di Peterson (2001). Da questa emerge che quando i membri della coppia esperiscono un congruente livello di stress, essi percepiscono anche un elevato adattamento coniugale. Questo dunque risulta influenzato anche dalla sintonia con cui i partner vivono questa esperienza.

Da alcune ricerche (Monga et al., 2004) è inoltre emerso che le donne inferte riportano un minore grado di adattamento diadiaco rispetto alle donne fertili. Per gli uomini non sono invece emerse differenze statisticamente significative.

Altri studi (Wright J. et al., 1991; Link P. W. e Darling C. A., 1986; Fagan P. J. et al., 1986) hanno osservato la relazione tra durata del trattamento e qualità della relazione col partner, rilevando che non vi è differenza nel grado di soddisfazione tra durata del trattamento e qualità del rapporto di coppia (Markestad C. et al., 1998). Questo risultato non è tuttavia confermato da alcuni studiosi (Benazon N. et al., 1992) che sostengono l'esistenza di una relazione direttamente proporzionale tra durata del trattamento e deterioramento del rapporto di coppia. Alcune ricerche hanno infine esplorato il modo in cui la percezione della qualità della relazione di coppia cambia nel tempo anche dopo aver terminato i trattamenti di PMA. In particolare Schmidt (Schmidt et al., 2005) ha osservato che sia all'inizio di un trattamento che dopo 12 mesi le persone percepiscono di aver ottenuto notevoli benefici nella propria relazione dall'esperienza di infertilità. Altri studiosi (Lalos et al., 1985), invece, hanno osservato che la percezione della qualità della relazione di coppia decresce progressivamente nel tempo, soprattutto per le donne. Infine Daniluk (1987) ha rilevato che la soddisfazione di coppia decresce progressivamente in particolare nelle coppie con infertilità idiopatica.

La maggior parte degli studi ha dunque rilevato un deterioramento nel rapporto di coppia con l'aumentare della durata della propria infertilità.

Numerosi studiosi hanno inoltre sostenuto l'importanza di esplorare l'influenza dell'infertilità sulla vita sessuale (Elstein, 1975; Seibel e Taymor, 1982; Costa et al., 2001; Testa e Graziottin, 2006). Tra gli strumenti maggiormente usati si ricorda il Golombok-Rust

Inventory of Sexual Adjustment (Rust e Golombok, 1986). Tali ricerche hanno evidenziato che l'esperienza di infertilità inficia la sfera sessuale sia maschile che femminile.

In particolare Keye (1984) ha rilevato che le persone infertili attribuiscono l'insorgenza di problematiche di natura sessuale a tre fattori principali: al disagio fisico alla base della propria infertilità (come il dolore dovuto all'endometriosi); al bisogno di focalizzarsi sui rapporti sessuali a fini procreativi; e all'impatto psicologico prodotto dall'esperienza di infertilità. Tale esperienza, infatti, può alterare l'immagine corporea dell'individuo, non facendolo sentire fisicamente e sessualmente attraente e desiderabile. Inoltre le persone infertili provano spesso vissuti depressivi che possono inibire il desiderio sessuale (Cook et al., 1989). Il desiderio sessuale ipoattivo è infatti la disfunzione sessuale che più frequentemente è stata correlata alla condizione di infertilità in entrambi i sessi (Moro et al., 2003).

Inoltre alcune ricerche (Freeman et al., 1985; Sabatelli et al., 1988) hanno rilevato che quando le coppie apprendono di essere infertili decresce la frequenza dei rapporti sessuali; e questi vengono percepiti in maniera meno piacevole di quando non si era ancora venuti a conoscenza della propria infertilità (Carter et al., 2011). Quindi l'esperienza di infertilità inficia la sfera sessuale sia maschile che femminile.

Tra i temi dominanti della letteratura consacrata all'infertilità maschile emergono la minaccia nei confronti della propria identità sessuale e la svalutazione di sé (Webb e Daniluk, 1999). L'uomo, scosso dall'esperienza di infertilità, è portato rapidamente a dubitare della sua virilità (Czyba e Ahami, 1987). L'infertilità isola, minaccia la mascolinità e la stima di sé (Elliot, 1998); pertanto l'uomo cerca spesso di riparare la sua virilità offesa attraverso delle esperienze extraconiugali (Czyba-Gaultier, 1991).

In particolare Glover (Glover et al., 1996) ritiene che l'uomo infertile si senta inferiore agli altri uomini fertili e abbia la tendenza a rivolgersi dei rimproveri. La diagnosi di infertilità può inoltre avere un'azione diretta sulla sessualità maschile provocando dei disturbi, spesso transitori, ma che alimentano il disagio percepito. In genere si tratta di disfunzioni erettili, interpretabili come una sorta di impotenza psicogena (Saleh et al., 2003; Coëffin-Driol e Giami, 2004). Infine da alcune ricerche (Andrew et al., 1992; Slade et al., 1992) è emerso che gli uomini sarebbero più inclini a designare la diminuzione della frequenza dei rapporti sessuali come il principale effetto dell'esperienza di infertilità.

Tra i temi dominanti della letteratura consacrata all'infertilità femminile, invece, sono emersi la disorganizzazione e il deterioramento della vita sessuale. La donna tenderebbe cioè a subordinare progressivamente la sessualità al desiderio di gravidanza e al suo progetto di concepimento. I rapporti sessuali, meno frequenti, devono mirare al concepimento e pertanto si verificano solo nel periodo ovulatorio (Czyba, 1987). Altri autori (Bianchi-Demicheli et al., 2003) hanno inoltre sottolineato che, attraverso questa progressiva subordinazione, la sessualità femminile perde tutto il suo erotismo: essa diviene un mezzo e non più un fine a sé. In particolare Pines (1990) ha osservato il ripetersi di un particolare transfert sui medici da parte di queste donne; transfert che potrebbe essere una ripetizione della sottomissione infantile ai genitori potenti del passato, dal momento che i medici autorizzano o vietano i rapporti sessuali.

Infine, in seguito alla diagnosi di infertilità si verificano con una certa frequenza anche dei disturbi sessuali, quali disparesunia, vaginismo e inibizione del desiderio (Millheiser et al., 2009; Chevret-Measson, 1999). A tal proposito Bianchi-Demicheli (Bianchi-Demicheli et al., 2003) ha evidenziato che le donne che hanno intrapreso un percorso di procreazione medicalmente assistita e che sono sottoposte a delle cure ormonali possono subire talvolta dei mutamenti fisici che influenzano a loro volta il desiderio sessuale percepito.

c) Sfera biologica

Alcune ricerche hanno esplorato gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla qualità del liquido seminale e sulla riuscita dei trattamenti di fecondazione in vitro.

Per quanto riguarda gli effetti prodotti dallo stress sul liquido seminale, i diversi risultati presenti in letteratura sono concordi nell'affermare che maggiore è lo stress percepito in relazione all'infertilità e più scarsa è la qualità del liquido seminale rilevata (Harrison et al., 1987; Ragni e Caccamo, 1992; Clarke et al., 1999).

Per quanto riguarda la riuscita dei trattamenti di fecondazione in vitro, invece, la maggior parte delle ricerche mostra che percepire elevati livelli di stress e di disagio emotivo costituisce un fattore di rischio per il buon esito del trattamento intrapreso.

In particolare alcuni studiosi hanno rilevato che la buona riuscita del trattamento è predetta negativamente dallo stress connesso all'infertilità (Boivin, 1995; Sanders e Bruce, 1999; Boivin e Schmidt, 2005), dai vissuti ansiosi (Facchinetto et al., 1997; Smeenk et al., 2001; Gallinelli et al., 2001), dai vissuti depressivi (Thiering et al., 1993; Smeenk et al., 2001) e dalle preoccupazioni relative alle procedure mediche del trattamento stesso (Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004). Essi quindi hanno sottolineato l'importanza di prestare attenzione al disagio psicologico percepito anche in ragione delle eventuali implicazioni psicosomatiche.

Altri studiosi non hanno invece osservato alcuna relazione tra riuscita del trattamento e vissuti ansiosi (Thiering et al., 1993; Harlow et al., 1996; Anderheim et al., 2005) e depressivi (Anderheim et al., 2005).

Infine da altre ricerche è emerso che le coppie che ottengono la gravidanza hanno dei livelli significativamente maggiori di stress (Cooper et al., 2007) e vissuti depressivi e ansiosi (Merari et al., 1992) delle coppie il cui esito del trattamento è stato negativo. Questo risultato, in opposizione ai precedenti, potrebbe riflettere una tendenza a reprimere le emozioni da parte delle donne che non riescono a concepire (Merari et al., 1992).

Parte seconda:
la ricerca sperimentale

IV

La valutazione psicologica in infertilità

IV.1 Premessa

Il presente lavoro di tesi è stato condotto alla luce della letteratura nazionale e internazionale concernente l'infertilità presentata nei capitoli precedenti (Carter et al., 2011; Lalos et al., 1986; Daniluk, 1988; Wright et al., 1991; Beaurepaire et al., 1994; Ardenti et al., 1999; Wischmann et al., 2001; Wichman et al., 2011; Baram et al., 1988; Slade et al., 1997; Lukse e Vacc, 1999; Eugster e Vingerhoets, 1999; Verhaak et al., 2007; Templeton et al., 1996; Pook e Krause, 2005; Boivin e Schmidt, 2005).

Esso, inoltre, fa riferimento al modello transazionale dello stress elaborato da Richard S. Lazarus (Lazarus, 1966, 1999; Lazarus e Folkman, 1984, 1987). R. S. Lazarus ha proposto un modello transazionale secondo il quale per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Egli ha però precisato che tale equilibrio di forze non deriva da caratteristiche oggettive dell'ambiente e della persona ma è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente e per questo denominato significato relazionale. Il modello di Lazarus è caratterizzato da:

antecedenti causali, che fanno riferimento a variabili situazionali e personali;
processi di mediazione;
effetti sul benessere dell'individuo.

Gli antecedenti causali rappresentano le caratteristiche dell'ambiente e dell'individuo tra le quali secondo Lazarus esiste una interazione dinamica o transazione. Essi dunque comprendono variabili situazionali e personali.

Per quanto riguarda le variabili situazionali, queste fanno riferimento a quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti. Tali variabili fanno dunque riferimento alle fonti di stress che caratterizzano una determinata situazione. In infertilità le fonti di stress sono state studiate soprattutto per mezzo dell'FPI (Newton et al., 1999). Alla luce degli studi presentati nel capitolo

precedente, che hanno sottolineato l'importanza di esplorare le fonti di stress connesse all'esperienza di infertilità in generale (Connolly et al., 1987; Holter et al., 2007; Jacob et al., 2007; Slade et al., 2007; Domar et al., 2005; Demyttenaere et al., 1991; Ardent et al., 1999; McQuillan et al., 2003) e ai percorsi di PMA in particolare (Templeton et al., 1996; Pook e Krause, 2005; Boivin e Schmidt, 2005), nelle ricerche sull'infertilità successivamente illustrate sono state esaminate le seguenti variabili situazionali: fonti di stress connesso all'infertilità; assenza/presenza di figli; durata dell'infertilità; assenza/presenza di trattamenti precedenti; tipo di diagnosi.

Per quanto riguarda le variabili disposizionali, queste si riferiscono alle caratteristiche personali, quali ad esempio le variabili socio-demografiche e i tratti di personalità. Un attento esame della letteratura sull'infertilità ha evidenziato che nel processo di adattamento degli individui a tale esperienza svolgono un'importante funzione le variabili socio-demografiche (Templeton et al., 1996; Pook e Krause, 2005; Boivin e Schmidt, 2005) e le caratteristiche di personalità (Mai, 1972; Salvatore et al., 2001; Sbaragli et al., 2007; Lancastle e Boivin, 2005; Morelli et al., 2000, 2003; Conrad et al., 2002), tra cui l'ansia di tratto, rilevata per mezzo dello STAI-Y (Spielberger, 1983). Pertanto nelle ricerche effettuate e descritte nei prossimi capitoli sono state studiate le seguenti variabili disposizionali: genere; età; livello di istruzione; ansia di tratto.

I processi di mediazione hanno invece la funzione di mediare la relazione tra le caratteristiche situazionali e le caratteristiche disposizionali. Per processi di mediazione Lazarus intende sia la valutazione cognitiva della situazione sia le strategie di coping per fronteggiarla.

Per quanto riguarda la valutazione cognitiva della situazione, Lazarus ha affermato che gli individui valutano costantemente gli eventi dal punto di vista del significato che tali eventi rivestono in relazione al proprio benessere. Questo concetto di valutazione cognitiva che l'individuo fa della situazione rappresenta un elemento fondamentale del modello teorico di Lazarus; in particolare, l'autore distingue due tipi di valutazione: la valutazione primaria e la valutazione secondaria.

La valutazione primaria è rivolta all'evento e al significato che il soggetto gli attribuisce rispetto al proprio benessere. Essa può essere di tre tipi: danno già sperimentato; minaccia, che rappresenta un danno atteso; sfida, intesa come potenziale dominio della

situazione. A questi tipi di valutazione Lazarus ha aggiunto la valutazione dei benefici derivanti dalla situazione stessa.

Per valutazione secondaria, invece, Lazarus intende la considerazione delle risorse e opzioni disponibili per gestire il danno reale o potenziale (valutazione del coping). La valutazione secondaria è strettamente connessa alla primaria in quanto l'entità del danno percepito dipende anche da quante risorse l'individuo crede di poter adoperare nella situazione da affrontare.

Per quanto riguarda il coping, Lazarus lo ha definito come uno sforzo cognitivo e comportamentale che l'individuo compie per far fronte a un evento stressante, sottolineando che lo sforzo di coping (o fronteggiamento dell'esperienza stressante) non è direttamente proporzionale alla riuscita dello stesso e che, pertanto, tale termine è adoperato sia in riferimento ad un processo adattivo che in riferimento ad un processo disadattivo. Il coping ha due funzioni fondamentali: cambiare la difficile relazione con l'ambiente e modificare lo stato emozionale del soggetto.

La prima funzione, che l'autore definisce focalizzata sul problema (problem-focused), comprende strategie ed azioni il cui scopo consiste nel ridurre l'impatto negativo della situazione tramite un cambiamento esterno della situazione stessa.

La seconda funzione, invece, è focalizzata sull'emozione (emotion-focused) e le strategie messe in atto sono tese alla modificaione dell'esperienza soggettiva piacevole e delle emozioni negative che la accompagnano.

Lazarus ha inoltre affermato che un'altra funzione di mediazione è svolta dal supporto sociale, il quale si riferisce alla natura delle interazioni che avvengono nelle relazioni sociali e al modo in cui esse sono valutate dalla persona. Riprendendo Schaefer (1982) Lazarus indica tre tipi di supporto sociale: emotivo, che consiste nel rassicurare l'altro e contribuisce alla sensazione di essere amati; concreto, come il fare regali o prendersi cura di qualcuno se malato; informativo, che consiste nel fornire informazioni o consigli. Numerose ricerche sull'infertilità hanno sottolineato l'importante funzione moderatrice svolta soprattutto dalla relazione col partner (Slade et al., 1997; Salvatore et al., 2001; Abbey et al., 1994; Newton et al., 1990; Mahajan et al., 2009), esplorata per mezzo della Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976), e dalle strategie di coping individuali (Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Domar et al., 2005; Mahajan et al., 2009;

Dhillon et al., 2000; Stanton, 1992; Sabatelli et al., 1988) esplorate tramite il Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) e il Coping Orientations to Problem Experienced (Carver et al., 1989). Pertanto nelle ricerche sull'infertilità descritte in questa tesi sono considerati i seguenti processi di mediazione: coping; supporto del partner.

Per quanto riguarda gli effetti sul benessere dell'individuo, infine, Lazarus ha sottolineato il forte impatto che l'affrontare degli eventi stressanti può esercitare sui vissuti emotivi; impatto emotivo che, a lungo andare, influenza lo stesso benessere psicologico. Molte ricerche sull'infertilità hanno evidenziato con forza gli effetti negativi prodotti da tale esperienza sulla sfera emotiva (Carter et al., 2011; Lalos et al., 1986; Daniluk, 1988; Wright et al., 1991; Beaurepaire et al., 1994; Ardeni et al., 1999; Wischmann et al., 2001; Wichman et al., 2011; Baram et al., 1988; Slade et al., 1997; Lukse e Vacc, 1999; Eugster e Vingerhoets, 1999; Verhaak et al., 2007); sfera emotiva esplorata soprattutto attraverso il Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979) per il vissuto depressivo e lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, Spielberger, 1983) per il vissuto ansioso. Al fine di rilevare l'impatto emotivo prodotto dall'esperienza di infertilità, nelle ricerche successivamente illustrate sono stati considerati i seguenti vissuti emotivi: vissuti depressivi; vissuti ansiosi.

IV.2 Obiettivi e ipotesi

La presente ricerca mira ad approfondire il tema della valutazione psicologica in infertilità e a costruire e validare una batteria per l'assessment psicologico delle coppie infertili. In particolare essa si propone di:

1) esplorare le risorse adattive e il vissuto emotivo percepito dai membri delle coppie che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), evidenziando l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto dalle strategie di coping individuale e dalle modalità di adattamento diadioco;

2) presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Fertility Problem Inventory (FPI; Newton et al., 1999), un questionario self-report che valuta la percezioni delle fonti di stress connesse all'infertilità;

3) presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset et

al. 2008), un questionario self-report che valuta le risorse adattive e il disagio emotivo in infertilità;

4) verificare la validità e l'efficacia del costrutto transazionale dello stress (Lazarus e Folkman, 1984, 1987) applicato allo studio dell'infertilità attraverso l'esplorazione della validità di una batteria tesa a valutare in entrambi i membri delle coppie infertili: a) percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità; b) strategie di coping individuale; c) modalità di adattamento diadico; d) effetti dello stress in termini di vissuti depressivi e ansiosi.

Il primo obiettivo nasce dall'esigenza di esplorare la relazione tra risorse adattive individuali e diadiche e l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto da tali risorse nella popolazione italiana, rispetto alla quale sono state condotte poche ricerche sul tema.

Il secondo e il terzo obiettivo, invece, nascono dall'esigenza di introdurre degli strumenti specifici per l'assessment psicologico in infertilità nel panorama italiano, all'interno del quale tali strumenti sono del tutto assenti.

Il quarto obiettivo, infine, ha origine dalla necessità di disporre di una specifica batteria nel processo di valutazione delle coppie che intraprendono un percorso di PMA al fine di approntare degli interventi che meglio rispondano ai bisogni delle coppie stesse.

Ciascuno di questi obiettivi è presentato e discusso in dettaglio nei prossimi capitoli. Le ipotesi che guidano la ricerca e che hanno avuto origine dal succitato orizzonte teorico sono le seguenti:

- la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e i vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili sono influenzati dal genere, dall'età, dal livello di istruzione, dall'assenza/presenza di figli, dall'assenza/presenza di trattamenti precedenti, dalla durata dell'infertilità e dal tipo di diagnosi;

- le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico sono associate in maniera significativa;

- le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità sono associate in maniera significativa;

- le fonti di stress e le risorse adattive influenzano e/o proteggono rispetto all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi.

IV.3 Metodologia

IV.3.1 Procedura

Al fine di verificare le ipotesi formulate, la batteria ideata per la ricerca, e presentata nel dettaglio più avanti, è stata somministrata a 101 coppie con problemi di infertilità contattate in due cliniche private di Napoli e provincia presso le quali si sono recate per ricevere una diagnosi e/o intraprendere un trattamento di PMA. Le cliniche all'interno delle quali è stata condotta la ricerca sono il Centro Gynekos e il Clinic Center Hera, la cui scelta ha avuto come obiettivo l'eterogeneità del campione. Infatti la seconda clinica è stata scelta in quanto, offrendo servizi convenzionati, rende accessibile il ricorso a trattamenti di PMA alle persone con minore disponibilità economica. Ciò al fine di includere nella ricerca anche quella fascia di persone impossibilitate a sostenere gli esosi costi relativi a questo tipo di trattamenti.

Al responsabile di ciascuna clinica di PMA, il dottore G. Ciccarelli e il dottore S. Russo, è stata presentata una lettera in cui sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca, finalizzata all'assessment psicologico delle coppie infertili. Nella lettera è stata inoltre richiesta la disponibilità relativa allo svolgimento della ricerca in questione presso le rispettive cliniche. Una volta accordata tale disponibilità, la ricerca è stata svolta rispettando un preciso setting per quanto riguarda sia il luogo che il tempo di somministrazione.

Per quanto riguarda il luogo, le coppie sono state condotte in una stanza messa a disposizione da ciascuna clinica. La scelta della stanza è stata frutto di una riflessione circa la possibilità di offrire alle coppie che avrebbero aderito alla ricerca un luogo chiuso, di contenimento, in cui potessero esprimere liberamente i vissuti emotivi legati a questo tipo di percorso.

Per quanto riguarda il tempo della somministrazione, invece, le coppie hanno compilato la batteria dopo aver effettuato la visita medica per la quale si erano recate in clinica. Questa scelta è stata adottata per una duplice motivazione: in primo luogo, una volta effettuata la

visita, le coppie avrebbero potuto godere di una maggiore concentrazione, dato il vissuto potenzialmente ansiogeno elicitato dall'attesa della visita, a vantaggio di una maggiore attendibilità dei risultati della ricerca stessa; in secondo luogo, tale scelta è stata adottata anche per non intralciare in alcun modo l'attività medica, dal momento che l'eventuale somministrazione della batteria prima della visita avrebbe potuto provocare dei ritardi rispetto ai tempi stabiliti dai medici.

Inoltre, ciascun incontro con le coppie si è svolto in tre fasi:

Fase iniziale – raccolta dei dati anagrafici;

Fase intermedia – somministrazione della batteria;

Fase finale – breve intervista semi-strutturata finalizzata ad esplorare la storia di infertilità della coppia e la percezione della stessa circa la somministrazione della batteria.

Nella fase iniziale le coppie sono state accolte nella stanza messa a disposizione dalla clinica, è stata loro spiegata la ricerca e sono stati loro richiesti i seguenti dati socio-demografici:

- Età;
- Livello di istruzione;
- Professione;
- Stato civile;
- Assenza/Presenza di figli;
- Durata della relazione col partner;

Nella fase intermedia alle coppie è stato chiesto di compilare, in forma anonima, i seguenti questionari self-report (presentati nel dettaglio più avanti):

- Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999), un questionario che serve a rilevare la percezione delle fonti di stress connesso all'esperienza dell'infertilità;
- Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008), un questionario volto all'assestamento delle risorse adattive personali e interpersonali e del disagio emotivo delle persone infertili;

- Edinburgh Depression Scale (EDS; Cox J. et al, 1987; Benvenuti et al., 1999), un questionario volto all'assessment dei vissuti depressivi;
- State-Trate Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario che consente di rilevare i vissuti ansiosi in riferimento sia all'ansia di tratto che all'ansia di stato;
- Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier G., 1976; Gentili et al., 2002), un questionario che valuta il grado di adattamento diadico;
- Coping Orientations to Problem Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Sica et al., 2008), un questionario che consente di individuare le strategie di coping adottate dagli individui.

Nella fase finale è stata condotta un'intervista semi-strutturata che ha consentito di rilevare i seguenti dati connessi alla storia di infertilità della coppia:

- Tipo di infertilità;
- Durata dell'infertilità;
- Tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico;
- Assenza/Presenza di trattamenti precedenti;
- Tipo di trattamento attuale;
- Tipo di diagnosi.

La scelta di chiedere questi dati alla fine dell'incontro ha avuto origine dalla riflessione che la compilazione del questionario avrebbe favorito il desiderio delle coppie di esprimere anche verbalmente il proprio vissuto o qualche aspetto significativo legato alla propria esperienza di infertilità. Questa intervista semi-strutturata ha consentito così alle coppie di riflettere sul proprio percorso e, probabilmente, di dargli un senso attraverso la narrazione dello stesso.

Infine, alle coppie è stata chiesta sia la loro percezione dei questionari compilati, sia l'importanza da loro attribuita al sostegno psicologico in questo percorso.

La durata di ciascun incontro è stata di un'ora circa. I dati sono stati raccolti in un arco di tempo di 2 anni (2009-2011). Per quanto riguarda l'ampiezza del campione, infine, si è scelto di coinvolgere nella ricerca 101 coppie infertili, dal momento che la letteratura

(Barbaranelli, 2006) afferma che un campione sufficientemente ampio è fondamentale per ottenere risultati adeguati al test di sfericità di Bartlett (Bartlett, 1954) e al test di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO, Kaiser, 1970) nelle ricerche in cui venga adoperata l'analisi fattoriale, come negli studi presentati più avanti.

IV.3.2 Strumenti

Ai fini dello svolgimento della ricerca sono stati dunque adoperati i seguenti strumenti:

1) Una scheda clinico-anagrafica che rileva i seguenti dati:

- a) Sesso;
- b) Età;
- c) Livello di istruzione;
- d) Professione;
- e) Stato civile;
- f) Durata della relazione col partner;
- g) Tipo di infertilità;
- h) Assenza/Presenza di figli;
- i) Durata dell'infertilità;
- j) Tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico;
- k) Assenza/Presenza di trattamenti precedenti;
- l) Tipo di trattamento attuale;
- m) Tipo di diagnosi.

2) Il *Fertility Problem Inventory* (FPI; Newton C. et al., 1999) è un questionario self-report costituito da 46 item su scala Likert a 6 punti che valuta l'intensità dello stress suscitato dalle diverse dimensioni individuali, relazionali e di coppia coinvolte nel processo di fronteggiamento dell'esperienza di infertilità.

Per la creazione del test gli autori hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984) e hanno consultato la letteratura internazionale concernente l'infertilità individuando cinque possibili fonti di stress in relazione a tale

esperienza. Per ogni fonte è stata costruita una relativa scala. Ai fini della convalida l'FPI è stato sottoposto a 2302 soggetti (1153 donne e 1149 uomini) in procinto di cominciare un percorso di PMA e sono state calcolate l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L'attendibilità è stata calcolata mediante il test-retest (17 coppie hanno compilato l'FPI in due occasioni a distanza di 30 giorni) e l'analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità discriminante sono state calcolate le intercorrelazioni tra le 5 scale del questionario per mezzo delle correlazioni di Pearson ed è stata valutata la capacità dell'FPI di discriminare rispetto al genere, alla diagnosi e alla storia di infertilità mediante la MANOVA;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI, i vissuti depressivi e ansiosi e le modalità di adattamento diadico mediante le correlazioni di Pearson.

Nel succitato studio di convalida l'FPI ha dimostrato di avere buone proprietà psicométriche (Newton C. et al., 1999) per quanto riguarda sia l'attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l'attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

La correlazione tra i punteggi ottenuti nelle due somministrazioni (test-retest) è risultata significativa ed elevata sia per le donne ($r = .83$; $p < .001$) che per gli uomini ($r = .84$; $p < .001$);

L' α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala relativa allo Stress globale ($\alpha = .93$) che nelle cinque sottoscale: Aspetti sociali ($\alpha = .87$); Aspetti sessuali ($\alpha = .77$); Aspetti relazionali ($\alpha = .82$); Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($\alpha = .80$); Bisogno di genitorialità ($\alpha = .84$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Le intercorrelazioni tra le cinque scale del questionario sono risultate significative ma moderate (media delle intercorrelazioni $r = .45$; range $.26 - .66$) dimostrando che il questionario misura dimensioni separate dello stesso costrutto;
- Rispetto alle differenze di genere le donne hanno riportato dei punteggi significativamente più elevati degli uomini nella scala Stress globale ($F = 174.2$, $p <$

.001) e nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 26.6$, $p < .001$), Aspetti sessuali ($F = 31$, $p < .001$) e Bisogno di genitorialità;

- Rispetto alla storia di infertilità i soggetti senza figli hanno riportato dei punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 33.7$, $p < .001$) e Aspetti sessuali ($F = 7.4$, $p < .001$) e un punteggio minore nella sottoscala Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($F = 13.5$, $p < .001$);
- Rispetto al tipo di diagnosi i soggetti con diagnosi femminile hanno ottenuto dei punteggi significativamente minori dei soggetti con diagnosi maschile nella scala Stress globale ($p < .05$) e significativamente minori degli individui con diagnosi sia maschile che sconosciuta nella sottoscala Aspetti sociali ($p < .05$). Gli individui con diagnosi maschile, invece, hanno riportato punteggi significativamente più elevati di coloro che hanno una diagnosi femminile e sconosciuta nella sottoscala Aspetti sessuali ($p < .05$) e significativamente maggiori degli individui con diagnosi sconosciuta nella sottoscala Bisogno di genitorialità ($p < .05$);
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e i vissuti depressivi e ansiosi sono risultate tutte significative e positive ma moderate sia per gli uomini che per le donne, dimostrando che l'FPI non è uno strumento che misura semplicemente la sintomatologia ansiosa e depressiva;
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e le modalità di adattamento diadico sono risultate significative e negative, mostrando che maggiore è lo stress legato all'infertilità e minore è il grado di soddisfazione nella relazione col partner.

Le scale originali dell'FPI sono le seguenti:

- I) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sociali, che contiene item che fanno riferimento alla percezione di sentimenti di isolamento sociale, di alienazione dalla famiglia o dai pari e di disagio rispetto al confronto con gli altri circa la propria infertilità;
- II) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sessuali, che comprende item che fanno riferimento alla percezione della riduzione del piacere e dell'autostima relativi alla sfera sessuale e alla difficoltà percepita di continuare ad avere rapporti sessuali;
- III) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni relazionali, che contiene item che riguardano la difficoltà percepita di parlare col partner della propria infertilità, di affrontare

l’impatto dell’infertilità sulla relazione di coppia e di comprendere e accettare le differenze di genere relative al modo in cui si reagisce a tale esperienza;

IV) Scala dello stress connesso al Bisogno di genitorialità, che comprende item che si riferiscono alla percezione della genitorialità come obiettivo primario o essenziale della propria vita e ad una forte identificazione con il ruolo di genitore;

V) Scala dello stress connesso al Rifiuto di uno stile di vita senza figli, che contiene item che riguardano la visione negativa di uno stile di vita senza figli e la percezione che la soddisfazione futura o la felicità dipendano dall’avere un figlio (o un altro figlio).

La somma delle cinque scale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Stress globale.

Gli autori dell’FPI, per la creazione del test, hanno fatto un chiaro riferimento al modello dello stress di Lazarus. Essi, inoltre, a partire da un ampio campione, hanno condotto della approfondite analisi sull’attendibilità e sulla validità del questionario, dalle quali è emerso che l’FPI è un valido e utile strumento per rilevare le fonti di stress connesse all’esperienza di infertilità. L’FPI è stato dunque scelto perché ha mostrato di avere delle ottime proprietà psicometriche. Esso è stato inoltre utilizzato in numerose ricerche che hanno esplorato la relazione tra fonti di stress, adattamento diadico e disagio emotivo (Peterson 2005, 2006, 2009; Domar et al., 2005). L’FPI è stato inoltre oggetto di uno studio di validazione condotto in Grecia (Gourounti, 2010).

3) Il *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad* (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) è un questionario self-report costituito da 48 item su scala Likert a 5 punti che valuta il disagio emotivo e le risorse adattive personali e interpersonali in relazione all’esperienza dell’infertilità.

Le autrici hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus (1966; 1999) e hanno ripreso Maddi e Kobassa (1984) i quali hanno concettualizzato un modello di personalità denominato personalità resistente. Tale modello è composto da tre elementi di base: impegno; percezione del controllo; apertura al cambiamento. Il concetto di impegno fa riferimento al senso di risolutezza e coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita. La percezione del controllo si riferisce alla convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita. L’apertura al cambiamento,

infine, consiste nell’aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un’opportunità di crescita.

Per la creazione del questionario le autrici hanno formulato item concernenti sia il disagio emotivo che le possibili risorse adattive di persone infertili al fine di ottenere informazioni su costrutti teorici distinti con un solo questionario. Ai fini della convalida il questionario è stato sottoposto a 490 soggetti (220 uomini e 270 donne) che attendevano una diagnosi di infertilità o erano nelle fasi iniziali di un percorso di PMA, e sono state calcolate l’attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L’attendibilità è stata calcolata mediante l’analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità di contenuto è stata condotta un’analisi fattoriale di primo e di secondo ordine utilizzando il procedimento di analisi delle componenti principali con rotazione Varimax;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni del DERA e le modalità di adattamento individuale mediante le correlazioni di Pearson.

Il DERA ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche (Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) per quanto riguarda sia l’attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l’attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

L’ α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala Disagio emotivo ($\alpha = .90$) che nelle scale Risorse interpersonali ($\alpha = .78$), Risorse personali ($\alpha = .57$) e Risorse adattive ($\alpha = .74$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Da una prima analisi fattoriale sono emersi 12 fattori che spiegavano il 59.58% della varianza: Percezione dell’ansia; Esteriorizzazione dell’ansia; Sostegno degli amici; Depressione; Pessimismo; Percezione del controllo; Sostegno della famiglia; Costanza; Apertura all’esperienza; Affabilità; Sessualità della coppia; Energia. A partire da questi primi fattori è stata condotta un’analisi fattoriale di secondo ordine dalla quale sono emersi 4 fattori che spiegavano il 56% della varianza: Disagio emotivo; Risorse interpersonali; Personalità resistente; Energia. Dati questi risultati e alla luce del modello teorico su esposto i fattori sono stati raggruppati in tre

dimensioni: Disagio emotivo; Risorse interpersonali; Risorse personali, composte dalla somma dei fattori Personalità resistente ed Energia. Dalla somma delle Risorse interpersonali e delle Risorse personali, inoltre, le autrici hanno dato vita ad una nuova dimensione denominata Risorse adattive;

- Rispetto alla validità convergente, infine, è emerso che le strategie di coping evitanti correlano in maniera significativa e positiva col disagio emotivo, e in maniera significativa e negativa con le risorse adattive, personali e interpersonali. Le strategie di coping attive, invece, correlano in maniera significativa e positiva con le risorse adattive, personali e interpersonali, e in maniera significativa e negativa col disagio emotivo.

Il DERA è costituito dalle scale seguenti:

I) Scala del Disagio Emotivo, che contiene 26 item che riguardano gli effetti negativi dell'infertilità sullo stato emotivo dei membri delle coppie infertili, e in particolare la sintomatologia ansiosa e depressiva; essa comprende le seguenti sottoscale: *Percezione dell'ansia* (8 item), *Depressione* (6 item), *Esteriorizzazione dell'ansia* (9 item) e *Pessimismo* (3 item);

II) Scala delle Risorse Interpersonali, che contiene 11 item che prendono in considerazione la percezione del soggetto di poter usufruire del sostegno degli amici e della famiglia e comprende le seguenti sottoscale: *Sostegno degli amici* (3 item), *Sostegno della famiglia* (3 item), *Sessualità della coppia* (2 item) e *Affabilità* (3 item);

III) Scala delle Risorse Personalì, (11 item) che comprende le seguenti sottoscale: *Apertura all'esperienza* (3 item), *Tenacia* (3 item), *Percezione del controllo* (3 item) ed *Energia* (2 item);

La somma delle ultime due scale fornisce un punteggio che indica nel complesso l'eventuale presenza di Risorse Adattive.

Riprendendo le teorizzazioni sullo stress di Lazarus e sulla personalità resistente di Maddi e Kobassa, le autrici hanno creato un questionario che valuta sia le risorse adattive personali e interpersonali che il disagio emotivo prodotto dall'esperienza di infertilità. Il questionario, somministrato a un ampio campione ai fine della validazione, ha dimostrato di avere buone proprietà psicométriche sia per quanto riguarda l'attendibilità che per quanto riguarda la validità. Il DERA è stato dunque scelto perché ha mostrato ottime proprietà

psicometriche ed è stato validato su un ampio campione. Esso, inoltre, è l'unico strumento che consente di rilevare in maniera approfondita le risorse adattive delle persone infertili.

4) L'*Edinburgh Depression Scale* (EDS; Cox J. et al, 1987; Benvenuti et al., 1999) o EPDS (se usato per lo screening della depressione post-partum), un questionario self-report, ampiamente diffuso in ambito clinico e di ricerca, creato per la valutazione della sintomatologia depressiva in relazione al concepimento. Esso valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà nel sonno, pensieri di farsi male. L'EDS è nato nei centri sanitari di Livingston e di Edimburgo, in Inghilterra, nel 1987 ed è stato sviluppato da J. L. Cox per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nell'individuazione delle donne depresse. L'EDS è stato adoperato dapprima nel post-partum e, successivamente, nel pre-partum (utilizzandolo anche su dei campioni maschili).

Tale strumento consta di 10 item che fanno temporalmente riferimento alla settimana appena trascorsa. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio dipendente dalla gravità e dalla durata del sintomo. Il metodo di assegnazione del punteggio è piuttosto semplice: 0 per l'assenza del sintomo; 3 per la massima gravità e durata; 1 e 2 rappresentano un punteggio intermedio. Il punteggio totale può dunque essere compreso tra 0 e 30. L'EDS ha mostrato buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Cox J. et al, 1987) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Benvenuti et al., 1999).

5) Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.

L'Ansia di Stato è concepita come uno stato transitorio che provoca un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito. Sebbene nel concetto di stato sia inserito quello di transitorietà, lo stato d'ansia può ripresentarsi in associazione a stimoli specifici e può persistere qualora le condizioni evocative non cessino. Esso può variare di intensità e fluttuare nel tempo in funzione della minaccia percepita.

L'Ansia di Tratto, invece, consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose. In altre parole si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con una intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati a reali o presunti pericoli particolari (Spielberger C., 1966).

I punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Lo STAI-Y ha dimostrato di possedere buone proprietà psicométriche sia nello studio originale di convalida (Spielberger C., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Pedrabissi e Santinello, 1996).

- 6) La *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier G., 1976; Gentili et al., 2002), un questionario self-report che valuta il grado di adattamento di coppia. 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. Tale strumento è composto da 32 item divisi in quattro sottoscale:
- a) Soddisfazione Diadica (10 item) che valuta il grado di soddisfazione che le coppie percepiscono della loro relazione facendo riferimento, in particolare, alla frequenza dei litigi, al piacere o meno nello stare insieme, al prendere in considerazione la separazione o il divorzio;
 - b) Coesione Diadica (5 item) che valuta la quantità di tempo in cui i partner condividono attività piacevoli quali interessi sociali, il dialogo o il lavorare insieme su obiettivi comuni;
 - c) Consenso Diadico (13 item) che valuta il grado di accordo e disaccordo dei partner su argomenti come le finanze, il tempo libero, la religione, gli amici, l'organizzazione domestica e la gestione del tempo trascorso insieme;
 - d) Espressione Affettiva (4 item) che valuta come la coppia esprime i propri sentimenti, l'amore e la sessualità.

La somma delle quattro sottoscale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Accordo generale della coppia.

Come nello studio originale di convalida (Spanier G., 1976) anche nello studio di validazione italiana dello strumento (Gentili et al., 2002) la DAS ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche.

7) 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. Nella versione italiana dello strumento (Sica et al., 2008) sono emerse cinque strategie di coping:

a) Strategie orientate al Sostegno Sociale che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Ricerca di comprensione, che consiste nell'ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione;
- Ricerca di informazioni, che si basa sulla richiesta di consigli, assistenza, informazioni;
- Sfogo emotivo, che consiste nell'esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti;

b) Strategie centrate su Evitamento che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:

- Negazione, che consiste nel rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse;
- Uso di sostanze, che si basa sull'utilizzo di alcol o droghe per superare lo stress;
- Distacco comportamentale, che è una condizione in cui si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione del problema (è il comportamento di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento);

c) Strategie orientate all'Attitudine Positiva, che si basano sui seguenti meccanismi di coping:

- Atteggiamento di accettazione, che si basa sull'accettazione della situazione e/o della propria capacità nell'affrontarla;
- Contenimento, che consiste nell'aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, nel trattenersi dall'agire impulsivamente;
- Reinterpretazione positiva degli eventi, che implica l'elaborazione dell'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana;

d) Strategie centrate su Orientamento al Problema, che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Impegno e sforzo, che consiste nell'intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti;
- Pianificazione, che implica il riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema;
- Concentrazione sul problema, che consiste nel mettere da parte ogni altra attività, nell'evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema;

e) Strategie centrate su Orientamento Trascendente, che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:

- Sostegno della religione, che implica il cercare aiuto o conforto nella religione;
- Umorismo, che consiste nel prendersi gioco della situazione. Tuttavia nella versione italiana questa modalità di coping fa riferimento all'assenza di umorismo dal momento che i punteggi degli item in questione sono invertiti (Sica et al., 2008).

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).

IV.4 Descrizione delle caratteristiche del campione

Il campione del presente studio è composto da 101 coppie con problemi di infertilità contattate in due cliniche private di Napoli e provincia presso le quali si sono recate per ricevere una diagnosi e/o intraprendere un trattamento di PMA. Dai primi dati emersi analizzando le caratteristiche del campione è possibile trarre degli interessanti spunti di riflessione. Verrà di seguito presentata una descrizione del campione in relazione alle seguenti caratteristiche socio-demografiche e relative alla storia di infertilità della coppia:

- a) Età;
- b) Livello di istruzione;
- c) Professione;
- d) Stato civile;
- e) Durata della relazione col partner;

- f) Tipo di infertilità;
- g) Assenza/Presenza di figli;
- h) Durata dell'infertilità;
- i) Tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico;
- j) Assenza/Presenza di trattamenti precedenti;
- k) Tipo di trattamento attuale;
- l) Tipo di diagnosi.

a) Età

L'età degli uomini varia tra 21 e 56 anni ($M = 35.68$; $DS = 5.96$); l'età delle donne, invece, è compresa tra 18 e 49 anni ($M = 32.87$; $DS = 5.77$).

Il campione è stato suddiviso in tre gruppi per fasce d'età : < 30 anni; 30-39 anni; > 39 anni. Tale distinzione è stata operata sulla base delle differenti possibilità procreative connesse all'età, possibilità che decrescono progressivamente (van Noord-Zaadstra, 1991; Crosignani et al., 2010). Al di sotto dei 30 anni, infatti, una donna normalmente fertile ha la probabilità mensile media di rimanere incinta del 20%; questa percentuale scende al 10% intorno ai 35 anni e a 40 anni è ridotta al 5% (Croon, 2008).

Tabella I - Età del campione (N = 202)

	< 30 anni (N = 44)	30-39 anni (N = 127)	> 39 anni (N = 31)	χ^2	P
Uomini	16 (15.8%)	65 (64.4%)	20 (19.8%)	43.98	< .001
Donne	28 (27.7%)	62 (61.4%)	11 (10.9%)	40.06	< .001

Gli uomini si distribuiscono nel seguente modo all'interno di queste tre fasce d'età: < 30 anni n = 16 (15.8%); 30-39 anni n = 65 (64.4%); > 39 anni n = 20 (19.8%). Le donne, invece, si dividono come segue: < 30 anni n = 28 (27.7%); 30-39 anni n = 62 (61.4%); > 39 anni n = 11 (10.9%). La distribuzione del campione non è uniforme all'interno delle fasce d'età su descritte ma si concentra nella fascia 30-39 anni in maniera statisticamente significativa; quanto detto vale sia per gli uomini ($\chi^2 = 43.98$, gdl = 2, $p < .001$) che per le donne ($\chi^2 = 40.06$, gdl = 2, $p < .001$).

La distribuzione del campione all'interno delle fasce d'età evidenzia che vi è una frequenza significativamente maggiore di soggetti nella fascia 30-39 anni, che coincide col periodo in cui comincia a ridursi il tasso di fertilità e quindi la probabilità di concepire un figlio.

Osservando i dati relativi all'età sia per quanto riguarda le medie che per quanto riguarda la distribuzione del campione all'interno delle fasce d'età si evince che le coppie tendono a rivolgersi a centri di PMA dai 30 ai 39 anni e, in particolare, intorno ai 35 anni. Questo periodo sembra assumere una connotazione particolare in quanto se da un lato esso è caratterizzato dalla riduzione progressiva del tasso di fertilità, dall'altro è il periodo in cui oggi si esprime con maggiore frequenza il desiderio di genitorialità (Ferrazzoli, 2006); tale desiderio, infatti, può essere rimosso per un certo periodo della vita a causa delle pressioni, legate sia a difficoltà esterne che a motivazioni interne, relative al proprio percorso professionale. Tuttavia esso ritorna con forza verso i 35 anni, periodo in cui ci si ferma a fare un bilancio che riguarda tutta la propria esistenza, sia a livello personale che familiare (Ferrazzoli, 2006).

Dunque il frequente ricorso a centri di PMA in questa fase della vita potrebbe essere legato alla relazione tra il desiderio di un figlio per la realizzazione personale e della vita di coppia e la consapevolezza di avere sempre meno probabilità di concepimento a causa della riduzione del tasso di fertilità legata all'età.

b) Livello di istruzione

Il campione è stato poi suddiviso in tre gruppi in base al livello di istruzione (scuola media inferiore; scuola media superiore; laurea) tenendo conto dei criteri adottati in letteratura (Gourounti et al., 2010). Ipotizzando che il livello di istruzione influenzi il grado di comprensione e consapevolezza delle procedure inerenti a un percorso di PMA, tale suddivisione relativa al livello di istruzione è stata effettuata per esplorare l'influenza di tale variabile sul vissuto emotivo connesso all'esperienza dell'infertilità e sulle modalità di adattamento ad essa.

Tabella II - Livello di istruzione del campione (N = 202)

	Scuola media inferiore (N = 61)	Scuola media superiore (N = 104)	Laurea (N = 37)	χ^2	P
Uomini	26 (25.7%)	63 (62.4%)	12 (11.9%)	41.25	< .001
Donne	35 (34.7%)	41 (40.6%)	25 (24.7%)	3.88	.14

Gli uomini si distribuiscono nel seguente modo all'interno di questi tre livelli di istruzione: scuola media inferiore n = 26 (25.7%); scuola media superiore n = 63 (62.4%); laurea n = 12 (11.9%). Le donne, invece, si dividono come segue: scuola media inferiore n = 35 (34.7%); scuola media superiore n = 41 (40.6%); laurea n = 25 (24.7%). Per quanto riguarda gli uomini, questi non si distribuiscono uniformemente nei tre gruppi relativi al livello di istruzione in maniera statisticamente significativa ($\chi^2 = 41.25$, gdl = 2, p < .001) ma presentano una frequenza maggiore nel gruppo di coloro che hanno conseguito un diploma superiore e una frequenza minore nel gruppo dei laureati. Le donne, invece, non presentano differenze statisticamente significative rispetto al grado di istruzione ($\chi^2 = 3.88$, gdl = 2, p = .14).

Dai dati si evince che nel complesso gli uomini hanno un livello di istruzione superiore a quello delle donne. Ciò fa riflettere sull'esigenza di esplorare quanto entrambi i membri di una coppia siano consapevoli del percorso che stanno affrontando e sull'importanza di favorire in entrambi questa presa di coscienza. Dalla distribuzione del campione all'interno dei tre livelli di istruzione, inoltre, emerge che una certa percentuale di uomini (25.7%) e donne (34.7%) hanno conseguito solo il titolo di scuola media inferiore. Questo dato induce alla considerazione che non tutte le coppie che si rivolgono ad un centro di PMA potrebbero avere gli strumenti per comprendere sin dall'inizio i vari aspetti di cui si compone questo tipo di percorso. Appare dunque importante poter promuovere, laddove manchi o sia carente, una reale comprensione del percorso che ci si accinge a intraprendere, affinché gli individui siano più consapevoli e quindi anche più protagonisti delle scelte che vengono adottate in accordo coi medici.

A tal riguardo sarebbe interessante condurre delle ricerche future indirizzate anche alle coppie infertili che non si rivolgono a centri di PMA al fine di esplorare se questo dato relativo al livello di istruzione influenza il ricorso a tali centri e le modalità di adattamento individuale e diadico all'esperienza dell'infertilità.

c) Professione

Il campione è stato ulteriormente suddiviso in base alla tipologia di lavoro: operaio; impiegato; insegnante; libero-professionista. Per le donne è stata aggiunta un'ulteriore categoria: casalinga.

La distribuzione delle frequenze per gli uomini rispetto alla tipologia di lavoro è la seguente: operaio n = 30 (29.7%); impiegato n = 39 (38.6%); insegnante n = 0 (0%); libero-professionista n = 32 (31.7%). La distribuzione di frequenza delle donne, invece, è la seguente: operaia n = 5 (5%); impiegata n = 27 (26.7%); insegnante n = 3 (3%); libero-professionista n = 23 (22.7%); casalinga n = 43 (42.6%). La distribuzione del campione rispetto alle categorie lavorative non è uniforme in maniera statisticamente significativa né per quanto riguarda gli uomini ($\chi^2 = 39.37$, gdl = 3, $p < .001$) né per quanto riguarda le donne ($\chi^2 = 54.50$, gdl = 4, $p < .001$).

È interessante notare che le donne casalinghe sono presenti in elevata percentuale (42.6%). Questo dato potrebbe suggerire che la presenza o meno di un lavoro, e di un lavoro gratificante, sia determinante nel processo di adattamento delle donne all'infertilità e che, in mancanza di un esso, queste ultime tendano ad investire maggiormente nel progetto di un figlio.

Quanto detto può essere collegato alla relazione esistente tra lavoro e maternità nel percorso identitario della donna. E' altresì importante riflettere sul fatto che, mentre in passato la donna rinunciava al lavoro in caso di maternità, oggi la maternità rappresenta un momento centrale nella vita della donna ma pur sempre un momento e non il suo fulcro (Righetti et al, 2009) e per quanto in caso di infertilità la donna viva comunque una profonda ferita narcisistica, oggi un ruolo importante viene svolto dal lavoro. Questo è divenuto un elemento importante nel percorso di presa di coscienza e di autostima intrapreso dalle donne dal momento che le ha rese sempre più consapevoli del ruolo fondamentale che possono svolgere nella trasformazione della società (Brustia et al., 2008).

Infine, come per il livello di istruzione, anche in questo caso sarebbe interessante condurre delle ricerche future indirizzate alle coppie infertili che non si rivolgono a centri di PMA al fine di rilevare se questo dato relativo alla tipologia di lavoro influenza il ricorso a tali centri e il vissuto di stress relativo al bisogno percepito di genitorialità.

d) Stato civile

Altra distinzione è stata operata in relazione allo stato civile distinguendo le coppie in sposate ($n = 93$; 92.1%) e conviventi ($n = 8$; 7.9%) tenendo conto dei criteri adottati in letteratura (Rossi et al. 1999). Tale distinzione può essere utile al fine di rilevare il tipo di orientamento che queste coppie hanno in merito alla costituzione di un proprio nucleo familiare.

Il campione non si distribuisce in maniera omogenea rispetto allo stato civile: le coppie sposate risultano avere una frequenza maggiore delle coppie conviventi in misura statisticamente significativa ($\chi^2 = 143.07$, gdl = 1, $p < .001$).

Tale dato è in linea con quanto emerso da altre ricerche italiane (Censis, 2009; Rossi et al. 1999) in cui la presenza delle coppie sposate è risultata significativamente maggiore delle coppie conviventi. Tali dati depongono a favore di un orientamento piuttosto tradizionale delle coppie che si rivolgono a centri di PMA in tema di famiglia.

Anche in questo caso sarebbe interessante condurre delle ricerche future indirizzate alle coppie infertili che non si rivolgono a centri di PMA al fine di rilevare se questo dato relativo allo stato civile influenza il ricorso a tali centri e il vissuto di stress legato all'esperienza dell'infertilità.

e) Durata della relazione col partner

La durata della relazione col partner varia tra 1 mese e 20 anni ($M = 53.14$; $DS = 45.89$). Tali coppie hanno una durata media della relazione di 4 anni. Pertanto, in media, risultano essere coppie che hanno un rapporto già consolidato. La stabilità del legame e, quindi, l'esistenza di una relazione interpersonale sufficientemente solida potrebbe costituire un'importante risorsa per le coppie che decidono di sottoporsi a delle tecniche di PMA pur di avere un figlio proprio.

Il campione è stato suddiviso in base alla durata della relazione col partner in 3 gruppi: < 1 anno e mezzo ($n = 20$; 19.8%); 1 anno e mezzo - 5 anni ($n = 54$; 53.5%); > 5 anni ($n = 27$; 26.7%). Tale suddivisione è stata operata per distinguere vari gradi di stabilità del legame di coppia.

La distribuzione del campione non è uniforme in questi 3 gruppi ma vi è una frequenza significativamente maggiore nel gruppo 1 anno e mezzo - 5 anni ($\chi^2 = 38.30$, gdl = 2, $p < .001$).

Dunque, osservando i dati relativi alla media della durata della relazione col partner e alla distribuzione del campione all'interno dei tre gruppi su descritti si evince che tali coppie hanno una relazione già consolidata che, in media, dura da 4 anni. All'interno di un percorso di PMA, dove bisogna sottoporsi a delle procedure spesso invasive e stressanti, la solidità del legame di coppia potrebbe costituire una importante risorsa, svolgendo una funzione di contenimento rispetto alle ansie elicite dall'esperienza dell'infertilità.

E' interessante, inoltre, notare che dopo i 5 anni la percentuale delle coppie diminuisce significativamente. Occorrerebbe esplorare quanto questo dato sia legato alla scelta delle coppie di abbandonare i tentativi di avere un figlio a causa dell'età o del fallimento di precedenti tentativi e quindi a una sorta di rassegnazione, oppure quanto sia attribuibile alla capacità acquisita nel tempo dalle coppie di accettare il problema, adattarsi alla propria infertilità, elaborare il lutto del figlio desiderato e investire su obiettivi altri. Sarebbe altresì interessante esplorare come il tipo di motivazione che spinge le coppie a lasciare un percorso di PMA influisca sulla qualità della vita delle coppie stesse.

f) **Tipo di infertilità**

In letteratura l'infertilità si distingue in primaria e secondaria (WHO, 2004). L'infertilità è definita *primaria* quando la coppia non ha mai concepito; essa è detta *secondaria*, invece, quando la coppia ha avuto già qualche concepimento, esitato in aborto o in un figlio vivo.

Altra distinzione è stata condotta quindi, rispetto al tipo di infertilità distinguendo le coppie in due gruppi: infertilità primaria ($n = 77$; 76.2%); infertilità secondaria ($n = 24$; 23.8%). A sua volta, il gruppo di coppie con infertilità secondaria può essere suddiviso in due sottogruppi: coppie che hanno già figli ($n = 9$; 40.9%); e coppie che non hanno figli e che hanno vissuto esperienze di aborto ($n = 14$; 59.1%).

Le coppie non si distribuiscono in maniera uniforme nei due gruppi relativi al tipo di infertilità (primaria/secondaria) ma vi sono delle differenze statisticamente significative ($\chi^2 = 53.55$, gdl = 1, $p < .001$). La percentuale più elevata (76.2%) si riferisce a quelle

coppie che non hanno figli e non hanno mai vissuto nessuna esperienza di aborto (infertilità primaria).

E' interessante notare che le coppie con infertilità primaria sono presenti in misura significativamente maggiore delle coppie con infertilità secondaria. Questo dato potrebbe suggerire che il mancato concepimento di un figlio amplifichi il bisogno percepito di genitorialità e influenzi la motivazione delle coppie nell'investire in un percorso di PMA; motivazione che viene forse a mancare nelle coppie appagate dall'aver già concepito un figlio e nelle coppie che, avendo vissuto un'esperienza di aborto, nutrono maggiori timori circa la possibilità del ripetersi di questa difficile esperienza, evitando di conseguenza, di intraprendere tale tipo di percorso.

g) Assenza/Presenza di figli

In accordo ai criteri adottati in letteratura (Newton et al., 1999) le coppie sono state suddivise anche in relazione alla presenza/assenza di figli: assenza di figli ($n = 91$; 90.9%); presenza di figli ($n = 10$; 9.9%). Tale distinzione ha avuto origine dalla riflessione che, sebbene la letteratura descriva l'esperienza dell'infertilità in termini di ferita narcisistica (Scatoletti, 1996) e momento di crisi (Menning, 1975), l'aver trasmesso la vita già ad un figlio potrebbe influenzare l'eventuale disagio emotivo e il processo di adattamento all'esperienza dell'infertilità, come si evince dalla letteratura sul tema (Morrow et al., 1995; McQuillan et al., 2003; Newton et al., 1990; Stolwijk et al., 1996; Templeton et al., 1996).

Le coppie non si distribuiscono in maniera uniforme nei due gruppi ma vi sono delle differenze statisticamente significative ($\chi^2 = 129.92$, gdl = 1, $p < .001$). Emerge, quindi, che nel presente campione le coppie che non hanno figli presentano una percentuale significativamente maggiore rispetto a quelle coppie che ne hanno già; questo dato potrebbe indicare che tali coppie riescono in misura minore ad accettare la propria infertilità e ad elaborare il lutto del figlio desiderato rassegnandosi a una vita senza figli.

A tal riguardo P. Binetti (2006) afferma che le coppie infertili spesso entrano in crisi se manca il figlio, al quale si chiede non di essere il frutto della coppia ma il suo elemento fondativo. La coppia, quindi, non sembra trovare un senso alla propria relazione se manca il figlio. Di qui l'esigenza di un figlio a tutti i costi (Binetti, 2006). D'altro canto la mancanza di un figlio non solo costituisce una ferita per la persona e per la coppia coniugale, ma

rappresenta anche una profonda ferita per l'intera organizzazione familiare perché rischia di interrompere la storia e la continuità lungo le generazioni (Regalia et al. 1999). Quanto detto potrebbe suggerire che l'avere o meno un figlio influenzi il grado di motivazione delle coppie nell'investire in un percorso di PMA.

h) Durata dell'infertilità

La durata dell'infertilità varia da 1 mese a 18 anni ($M = 38.84$; $DS = 38.40$). Tali coppie hanno una durata media dell'infertilità di 3 anni. Pertanto risultano essere coppie che, in media, hanno già cominciato ad elaborare delle rappresentazioni di sé in relazione all'esperienza dell'infertilità e a sviluppare dei processi di adattamento a tale esperienza.

Le coppie sono state inoltre distinte in relazione alla durata dell'infertilità: < 18 mesi $n = 38$ (37.6%); > 18 mesi $n = 63$ (62.4%). La letteratura (Domar, 2005), infatti, mostra che la durata dell'infertilità può esercitare un'influenza sul vissuto di stress che accompagna la decisione di intraprendere un percorso di PMA. In particolare, la percezione del vissuto di stress è tanto maggiore quanto più lunga è la durata dell'infertilità (Domar, 2005).

La distribuzione del campione non è uniforme rispetto ai due gruppi su descritti ma le coppie con durata dell'infertilità superiore a 18 mesi presentano una percentuale significativamente maggiore ($\chi^2 = 12.38$, $gdl = 1$, $p < .05$) delle coppie la cui durata dell'infertilità è minore di 18 mesi.

Osservando i dati su esposti si evince che in media tali coppie hanno una durata dell'infertilità di 3 anni e che, probabilmente, hanno già cominciato a sviluppare delle specifiche modalità adattive nei confronti di questa esperienza; modalità adattive che condizionano il benessere percepito in relazione alla propria infertilità. Appare pertanto importante e interessante poter esplorare quali modalità adattive prevalgono a seconda della durata dell'infertilità e come queste sono collegate al disagio emotivo percepito in relazione a tale esperienza.

i) Tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico

Il tempo trascorso tra la decisione delle coppie di avere un figlio e, quindi, tra i primi tentativi e il primo contatto con il medico varia tra 1 mese e 9 anni ($M = 17.35$; $DS = 16.35$).

In media, le coppie attendono un anno e mezzo prima di rivolgersi ad un medico per effettuare delle indagini circa eventuali problemi legati alla propria fertilità. Ciò che mi sembra di particolare interesse è il range di tale periodo che varia da 1 mese a 9 anni.

Dunque vi sono coppie che sin dall'inizio si rivolgono ad un medico e coppie che attendono fino a 9 anni. Nel primo caso la decisione di rivolgersi ad un medico potrebbe essere dettata da un vissuto di ansia circa la propria capacità procreativa e la richiesta rivolta al medico potrebbe essere interpretata come una richiesta di conferma della propria possibilità di concepire un figlio, quasi una sorta di autorizzazione a farlo. Nel secondo caso, invece, il rivolgersi dopo molti anni ad un medico per svolgere delle indagini sulla propria fertilità potrebbe essere collegato alla negazione della propria infertilità e della impossibilità di esercitare un controllo su di essa. In entrambi i casi sarebbe interessante esplorare in profondità le ragioni che spingono tali coppie a rivolgersi ad un medico sin dai primi tentativi o dopo molti anni.

Dal momento che il termine entro il quale le coppie potenzialmente sane che desiderano una gravidanza e riescono ad ottenerla è un anno (Rossi et al., 1999) il campione è stato suddiviso in due gruppi rispetto al tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico: < 1 anno ($n = 39$; 38.6%); e > 1 anno ($n = 62$; 61.4%). Le coppie che si sono rivolte ad un centro di PMA dopo almeno un anno di tentativi presentano una percentuale significativamente più elevata delle coppie che si sono rivolte ad un centro di PMA prima di un anno di tentativi ($\chi^2 = 10.48$, gdl = 1, $p < .001$).

Da un lato questo dato evidenzia che vi è una percentuale significativamente maggiore di coppie che hanno atteso più di un anno prima di rivolgersi ad un centro di PMA; dato interpretabile come una maggiore propensione delle coppie ad aspettare, a lasciar passare del tempo prima di rivolgersi ad un medico. Tale propensione, in un periodo storico caratterizzato dal controllo sulla propria fertilità attraverso l'uso di anticoncezionali, potrebbe esprimere un rifiuto delle coppie di ammettere la perdita di controllo sulla propria fertilità e quindi, in parte, sulla propria vita.

Dall'altro emerge una percentuale non trascurabile di coppie (38.6%) che si sono rivolte ad un medico prima che sia passato un anno. Questa precoce richiesta potrebbe essere espressione di un vissuto ansioso di tali coppie circa la propria mancata genitorialità. Pertanto la richiesta di accertamenti sulla propria fertilità potrebbe rispondere a un'esigenza

di conferma della propria capacità procreativa e di contenimento dell'ansia relativa a questi aspetti.

Tuttavia potrebbe essere interessante studiare come questa variabile interagisce con altre due variabili: l'età e il livello di istruzione. Entrambe queste variabili, infatti, potrebbero influenzare il momento in cui le coppie che hanno cominciato a provare ad avere un figlio senza riuscirvi scelgono di rivolgersi ad un medico.

j) Assenza/Presenza di trattamenti precedenti

Un'altra distinzione è stata condotta in relazione al precedente percorso di PMA di tali coppie: trattamenti precedenti n = 54 (53.5%); assenza di trattamenti precedenti n = 47 (46.5%). Affrontare un percorso di PMA richiede l'attivazione di risorse adattive individuali e diadiche e ha delle conseguenze sul vissuto emotivo delle coppie che vi si sottopongono. (Greil, 1997) Dunque, a partire da tale distinzione relativa alla storia di infertilità della coppia, si può esplorare l'influenza dell'essersi o meno già sottoposti a delle procedure di PMA sulle modalità di adattamento all'esperienza dell'infertilità e sul vissuto emotivo che ne consegue.

Non vi sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la distribuzione del campione all'interno di queste categorie ($\chi^2 = .71$, gdl = 1, p = .398). Il 53.5% delle coppie ha già affrontato precedenti trattamenti; il 47% invece si accinge a provare questa esperienza per la prima volta.

Appare interessante esplorare non solo l'influenza di eventuali trattamenti precedenti sul processo di adattamento all'esperienza dell'infertilità ma anche come questa influenza vari a seconda del genere.

k) Tipo di trattamento attuale

Le coppie sono state ulteriormente suddivise in relazione al loro attuale percorso di PMA: monitoraggio n = 50 (49.5%); tecnica PMA n = 51 (50.5%). Ciò al fine di distinguere rispetto alla fase del proprio percorso di PMA. In questo senso il monitoraggio, inteso come monitoraggio di un ciclo spontaneo, si configura come parte iniziale di un percorso, antecedente alla decisione di sottoporsi a una tecnica di PMA vera e propria.

Non vi sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la distribuzione del campione all'interno di queste categorie ($\chi^2 = .020$, gdl = 1, p = .888). I trattamenti che hanno intrapreso le 101 coppie che hanno deciso di sottoporsi a delle tecniche di PMA sono i seguenti: stimolazione ormonale (n = 31; 61.7%); IUI (n = 1; 2.1%); GIFT (n = 2; 4.3%); ICSI (n = 17; 31.9%).

Al momento della compilazione del questionario, quindi, il 49.5% delle coppie sta effettuando un monitoraggio del ciclo spontaneo per avere dei rapporti mirati; il 50.5% invece si sta sottponendo a tecniche di fecondazione assistita. Risulta di notevole interesse poter confrontare questi due gruppi al fine di esplorare l'influenza che la fase, iniziale o avanzata, di un percorso di PMA esercita sul vissuto emotivo e sulle modalità di adattamento delle coppie che vi si sottopongono.

I) Tipo di diagnosi

Infine, tenendo conto dei criteri adottati in letteratura (Holter et al., 2007), le coppie sono state suddivise in relazione al tipo di diagnosi ricevuta: femminile (n = 30; 29.7%); maschile (n = 32; 31.7%); mista (n = 20; 19.8%); sconosciuta (n = 19; 18.8%).

L'attribuzione delle problematiche legate alla fertilità a uno dei due partner, ad entrambi o a nessuno dei due, infatti, potrebbe elicitare dei vissuti emotivi diversi e attivare diverse modalità di fronteggiamento del problema, come evidenziato anche dalla letteratura sul tema (Connolly et al., 1987; Holter et al., 2007; Jacob et al., 2007; Templeton et al., 1996; Fassino et al., 2002).

La distribuzione del campione non è uniforme all'interno di questi quattro raggruppamenti ma presenta delle differenze statisticamente significative ($\chi^2 = 10.67$, gdl = 3, p < .05). Le percentuali più elevate si riscontrano nelle diagnosi femminile e maschile; quelle più basse nelle diagnosi mista e sconosciuta.

In particolare, per quanto riguarda gli uomini in cui sono state rilevate delle problematiche legate alla fecondità, è emerso che il 65.4% degli uomini presenta dei problemi legati alla qualità del liquido seminale, il 28.8% alla quantità dello stesso e il 5.8% a problemi di interazione con il muco cervicale femminile. Per quanto riguarda le donne, invece, è emerso che il 47% presenta problemi alle tube, il 38.8% alle ovaie, il 6.1% alle

tube unitamente a problematiche di endometriosi, il 2% solo a problemi di endometriosi e il 6.1% a problemi di interazione con il liquido seminale maschile.

Poter operare un confronto su come gli uomini e le donne vivono ed affrontano l'esperienza dell'infertilità a partire dalla diagnosi ricevuta ci consente di comprendere come tale variabile legata alla diagnosi, e quindi al tipo di problematica diagnosticata, influisca sul vissuto emotivo e sulle modalità di adattamento delle coppie all'esperienza dell'infertilità; una conoscenza particolarmente utile, ad esempio, nella progettazione di un percorso di accompagnamento psicologico pensato per tali coppie.

Sebbene questi dati relativi al campione siano molto interessanti, potrebbe essere utile poter condurre ulteriori ricerche in futuro al fine di confrontare i dati relativi alle coppie che decidono di intraprendere un percorso di PMA coi dati di coloro che, pur desiderando un figlio senza riuscirvi, decidono di non intraprendere tale tipo di percorso.

V

Disagio emozionale e risorse adattive individuali e diadiche in coppie infertili

V.1 Obiettivi della ricerca

La presente ricerca intende esplorare le risorse adattive e il vissuto emotivo percepito dai membri delle coppie che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), evidenziando l'effetto protettivo e moderatore rispetto al disagio emozionale svolto dalle strategie di coping individuale e dalle modalità di adattamento diadico. In particolare ci proponiamo di:

1. Esplorare le differenze nelle strategie di coping individuale, nelle modalità di adattamento diadico e nei vissuti depressivi e ansiosi percepiti dai membri delle coppie infertili rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, all'assenza/presenza di figli, alla durata dell'infertilità, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti e al tipo di diagnosi;
2. Esplorare la relazione esistente tra modalità di adattamento diadico e strategie di coping adottate dai membri della coppia;
3. Esplorare l'effetto protettivo e moderatore rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi svolto dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale in relazione alla durata dell'infertilità.

V.2 Metodologia

V.2.1 Strumenti

Ai fini dello svolgimento della presente ricerca sono stati adoperati i seguenti questionari:

1) 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 valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà nel sonno, pensieri di farsi male. L'EDS è nato nei centri sanitari di Livingston e di Edimburgo, in Inghilterra, nel 1987 ed è stato sviluppato da J. L. Cox per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nell'individuazione delle donne depresse.

L'EDS è stato adoperato dapprima nel post-partum e, successivamente, nel pre-partum (utilizzandolo anche su dei campioni maschili). Tale strumento consta di 10 item che fanno temporalmente riferimento alla settimana appena trascorsa. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio dipendente dalla gravità e dalla durata del sintomo. Il metodo di assegnazione del punteggio è piuttosto semplice: 0 per l'assenza del sintomo; 3 per la massima gravità e durata; 1 e 2 rappresentano un punteggio intermedio. Il punteggio totale può dunque essere compreso tra 0 e 30. L'EDS ha mostrato buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Cox J. et al, 1987) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Benvenuti et al., 1999).

2) Lo State-Trate Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.

L'ansia di stato è concepita come uno stato transitorio che provoca un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito. Sebbene nel concetto di stato sia inserito quello di transitorietà, lo stato d'ansia può ripresentarsi in associazione a stimoli specifici e può persistere qualora le condizioni evocative non cessino. Esso può variare di intensità e fluttuare nel tempo in funzione della minaccia percepita.

L'ansia di tratto, invece, consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose. In altre parole si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con

una intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati a reali o presunti pericoli particolari (Spielberger C., 1966).

I punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Lo STAI-Y ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Spielberger C., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Pedrabissi e Santinello, 1996).

3) La Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier G., 1976; Gentili et al., 2002), un questionario self-report che valuta il grado di adattamento di coppia. 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. Tale strumento è composto da 32 item divisi in quattro sottoscale:

- a) Soddisfazione Diadica (10 item) che valuta il grado di soddisfazione che le coppie percepiscono della loro relazione facendo riferimento, in particolare, alla frequenza dei litigi, al piacere o meno nello stare insieme, al prendere in considerazione la separazione o il divorzio;
- b) Coesione Diadica (5 item) che valuta la quantità di tempo in cui i partner condividono attività piacevoli quali interessi sociali, il dialogo o il lavorare insieme su obiettivi comuni;
- c) Consenso Diadico (13 item) che valuta il grado di accordo e disaccordo dei partner su argomenti come le finanze, il tempo libero, la religione, gli amici, l'organizzazione domestica e la gestione del tempo trascorso insieme;
- d) Espressione Affettiva (4 item) che valuta come la coppia esprime i propri sentimenti, l'amore e la sessualità.

La somma delle quattro sottoscale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Accordo generale della coppia.

Come nello studio originale di convalida (Spanier G., 1976) anche nello studio di validazione italiana dello strumento (Gentili et al., 2002) la DAS ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche.

4) 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.

Nella versione italiana dello strumento (Sica et al., 2008) sono emerse cinque strategie di coping:

a) Strategie orientate al Sostegno Sociale che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Ricerca di comprensione, che consiste nell'ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione;
- Ricerca di informazioni, che si basa sulla richiesta di consigli, assistenza, informazioni;
- Sfogo emotivo, che consiste nell'esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti;

b) Strategie centrate su Evitamento che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:

- Negazione, che consiste nel rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse;
- Uso di sostanze, che si basa sull'utilizzo di alcol o droghe per superare lo stress;
- Distacco comportamentale, che è una condizione in cui si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione del problema (è il comportamento di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento);
- Distacco mentale, che implica il distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo;

c) Strategie orientate all'Attitudine Positiva, che si basano sui seguenti meccanismi di coping:

- Atteggiamento di accettazione, che si basa sull'accettazione della situazione e/o della propria capacità nell'affrontarla;
- Contenimento, che consiste nell'aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, nel trattenersi dall'agire impulsivamente;
- Reinterpretazione positiva degli eventi, che implica l'elaborazione dell'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana;

d) Strategie centrate su Orientamento al Problema, che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Impegno e sforzo, che consiste nell'intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti;
 - Pianificazione, che implica il riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema;
 - Concentrazione sul problema, che consiste nel mettere da parte ogni altra attività, nell'evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema;
- e) Strategie centrate su Orientamento Trascendente, che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:
- Sostegno della religione, che implica il cercare aiuto o conforto nella religione;
 - Umorismo, che consiste nel prendersi gioco della situazione. Tuttavia nella versione italiana questa modalità di coping fa riferimento all'assenza di umorismo dal momento che i punteggi degli item in questione sono invertiti (Sica et al., 2008).
- 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).

V.2.2 Metodologia di analisi statistica dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti alle seguenti procedure di elaborazione statistica:

- T-Test e ANOVA (Test Post-hoc di Tukey) per verificare la presenza di differenze statisticamente significative nelle strategie di coping individuale, nelle modalità di adattamento diadico e nei vissuti depressivi e ansiosi percepiti dai membri delle coppie infertili rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, all'assenza/presenza di figli, alla durata dell'infertilità, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti e al tipo di diagnosi;
- Correlazione di Pearson per valutare la significatività statistica delle relazioni tra le modalità di adattamento diadico e le strategie di coping individuale;
- Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping individuale sui vissuti depressivi e ansiosi per esplorare i fattori protettivi rispetto all'insorgenza di tali vissuti.

L'elaborazione statistica dei dati raccolti è stata effettuata mediante SPSS – XV.

V.3 Risultati

V.3.1 - Strategie di coping dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nelle strategie di coping rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE in relazione al genere (Tab. 1) è emerso che, rispetto agli uomini, le donne tendono maggiormente a ricercare informazioni ($T = 2.40$, $p < .05$), rassicurazioni ($T = 3.73$, $p < .001$), a dare sfogo ai propri sentimenti ($T = 4.55$, $p < .001$), a negare l'esistenza della situazione ($T = 2.52$, $p < .05$), a distrarsi dalla condizione di PMA ($T = 2.65$, $p < .05$), a ridurre gli sforzi per affrontare la situazione critica ($T = 3.58$, $p < .001$) e ad accettare la situazione ($T = 1.99$, $p < .05$). Gli uomini, invece, tendono maggiormente a pianificare le proprie azioni ($T = -1.92$, $p < .05$). Le donne tendono dunque ad usare maggiormente delle strategie centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento del problema; gli uomini, invece, tendono maggiormente ad affrontare la situazione problematica, ricorrendo a delle strategie di coping centrate sull'orientamento al problema.

Tabella 1- Differenze nelle strategie di coping rispetto al genere: T-Test

	DONNE (N = 101)		UOMINI (N = 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,41	,70	2,18	,68	2,40*
Ricerca di comprensione	2,24	,83	1,83	,71	3,73**
Sfogo emotivo	2,38	,73	1,95	,60	4,55**
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,71	,65	1,49	,56	2,52*
Distacco mentale	1,52	,66	1,31	,42	2,65*
Distacco comportamentale	2,02	,64	1,72	,53	3,58**
Uso di sostanze	1,14	,47	1,11	,38	,38
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,33	,63	2,35	,630	-,23
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,87	,66	2,85	,67	,30
Atteggiamento di accettazione	2,44	,68	2,26	,63	1,99*
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,64	,55	2,62	,59	,18
Pianificazione	2,42	,70	2,62	,78	-1,92*
Concentrazione sul problema	2,13	,67	2,29	,62	-1,74
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,22	,65	3,27	,65	-,52
Sostegno della religione	2,98	,94	2,73	1,01	1,75

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tali dati evidenziano che le donne tendono ad adottare delle strategie di coping centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento in misura significativamente maggiore degli uomini che, invece, risultano essere più concentrati sulla risoluzione del problema. Questi risultati emersi nel contesto italiano confermano in parte quanto rilevato da alcuni studi condotti in America (Peterson et al., 2006) e Olanda (Lechner et al., 2007) e da alcune rassegne della letteratura sul tema (Greil, 1997; Jordan e Reverson, 1999) che sottolineano la presenza di alcune differenze attribuibili al genere, quali maggior uso da parte delle donne di strategie di evitamento, interpretazione positiva della situazione e ricerca di supporto sociale.

Rispetto alla letteratura internazionale sul tema, dunque, anche se le donne italiane fanno un maggior uso di strategie di coping centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento, tuttavia esse non tendono a reinterpretare positivamente la situazione in maniera significativamente maggiore degli uomini. Questi risultati suggeriscono dunque che nel contesto italiano le donne sono maggiormente a rischio degli uomini in quanto percepiscono una maggiore difficoltà nell'affrontare la propria esperienza di infertilità e un maggior bisogno di ricevere un supporto sociale.

b) Differenze nelle strategie di coping rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto alla variabile età (Tab. 2) emerge che le donne della fascia di età 30-39, rispetto alle donne della precedente fascia d'età, tendono a ricorrere maggiormente a strategie di coping centrate sull'attitudine positiva, in particolare all'accettazione della situazione ($F = 3.12$; $p < .05$), e sull'orientamento trascendente, in particolare al sostegno della religione ($F = 3.18$; $p < .05$). Inoltre, con l'avanzare dell'età aumenta anche il ricorso all'umorismo ($F = 3.61$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 2 - Differenze nelle strategie di coping rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,35	2,13	2,21	,64	-
Ricerca di comprensione	2,01	1,79	1,83	,57	-
Sfogo emotivo	1,98	1,95	1,95	,01	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,53	1,47	1,52	,08	-
Distacco mentale	1,25	1,29	1,42	,91	-
Distacco comportamentale	1,73	1,74	1,66	,19	-
Uso di sostanze	1,30	1,07	1,11	2,08	
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,08	2,41	2,38	1,63	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,76	2,83	2,95	,35	-
Atteggiamento di accettazione	2,30	2,24	2,28	,06	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,67	2,61	2,62	,05	-
Pianificazione	2,56	2,65	2,57	,13	-
Concentrazione sul problema	2,25	2,35	2,10	1,29	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,35	3,29	3,17	,34	-
Sostegno della religione	3,10	2,67	2,66	1,12	-
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,30	2,45	2,52	,54	-
Ricerca di comprensione	2,16	2,25	2,42	,36	-
Sfogo emotivo	2,35	2,38	2,47	,11	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,58	1,75	1,85	,93	-
Distacco mentale	1,43	1,55	1,59	,36	-
Distacco comportamentale	1,91	2,10	1,90	,97	-
Uso di sostanze	1,01	1,20	1,09	1,66	-
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,13	2,45	2,18	2,86	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,77	2,97	2,57	2,09	-
Atteggiamento di accettazione	2,19	2,57	2,38	3,12*	A < B
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,47	2,71	2,68	1,86	-
Pianificazione	2,37	2,45	2,37	,14	-
Concentrazione sul problema	2,06	2,14	2,20	,23	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,42	3,21	2,81	3,61*	A > C
Sostegno della religione	2,30	2,90	2,56	3,18*	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati rimandano alla considerazione che, probabilmente, con l'aumentare dell'età e con la progressiva riduzione del tasso di fertilità le donne divengono sempre più capaci di accettare la propria condizione di infertilità, elaborarla e investire su obiettivi altri. Quanto detto potrebbe spiegare anche il maggior investimento da parte delle donne nella

sfera religiosa con l'avanzare dell'età. L'accettazione della propria condizione di infertilità in termini di status quo è probabilmente accompagnata da sentimenti di rassegnazione e, quindi, diviene sempre maggiore la percezione di poter esercitare un controllo su di essa. Di qui la tendenza sempre maggiore ad affidare le sorti della propria fertilità, e quindi il controllo della propria situazione di infertilità, ad un'entità superiore.

Nel caso degli uomini, invece, il tipo di strategie di coping usate rimane costante nel tempo o, comunque, non risulta soggetto a cambiamenti statisticamente significativi.

c) Differenze nelle strategie di coping rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto al titolo di studio (Tab. 3) non è emersa la presenza di differenze significative né per gli uomini né per le donne.

Tabella 3 - Differenze nelle strategie di coping rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,26	2,21	1,83	1,79	-
Ricerca di comprensione	1,81	1,87	1,70	,28	-
Sfogo emotivo	1,93	2,03	1,60	2,67	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,60	1,48	1,35	,84	-
Distacco mentale	1,39	1,31	1,14	1,34	-
Distacco comportamentale	1,70	1,77	1,56	,81	-
Uso di sostanze	1,14	1,13	1,00	,65	-
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,40	2,32	2,43	,23	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,78	2,88	2,79	,24	-
Atteggiamento di accettazione	2,20	2,32	2,04	1,20	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,62	2,62	2,66	,02	-
Pianificazione	2,68	2,57	2,77	,37	-
Concentrazione sul problema	2,29	2,25	2,45	,51	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,24	3,29	3,25	,07	-
Sostegno della religione	2,93	2,78	2,12	2,75	-
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,32	2,42	2,53	,61	-
Ricerca di comprensione	2,01	2,27	2,51	2,67	-
Sfogo emotivo	2,51	2,46	2,09	2,87	-

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,76	1,74	1,60	,52	-
Distacco mentale	1,73	1,43	1,37	2,86 (p=.08)	-
Distacco comportamentale	2,10	2,06	1,86	1,09	-
Uso di sostanze	1,19	1,10	1,14	,31	-
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,42	2,30	2,27	,47	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,75	2,86	3,04	1,27	-
Atteggiamento di accettazione	2,48	2,42	2,45	,07	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,64	2,62	2,67	,04	-
Pianificazione	2,21	2,48	2,61	2,61 (p=.06)	-
Concentrazione sul problema	2,11	2,13	2,15	,02	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,24	3,35	3,00	2,25	-
Sostegno della religione	3,11	3,04	2,71	1,43	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che il livello di istruzione non influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza dell'infertilità. Tuttavia, nel caso delle donne, occorre notare che i valori dell'ANOVA relativi al "Distacco mentale" ($F = 2.86$, $p = .08$) e alla "Pianificazione" ($F = 2.61$, $p = .06$) sono vicini al livello della significatività statistica ($p < .05$). Osservando le medie emerge che maggiore è il livello di istruzione e maggiore è la tendenza a pianificare le proprie azioni; di contro maggiore è il livello di istruzione e minore è la tendenza ad evadere mentalmente dalla situazione. Nel caso delle donne, quindi, il possedere un livello di istruzione elevato si configura come un fattore tendenzialmente protettivo in quanto può aiutare ad assumere un ruolo più attivo all'interno di questa peculiare esperienza.

d) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 4) è emerso che gli uomini con figli tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sull'evitamento, in particolare al distacco comportamentale ($T = -2.18$; $p < .05$), e sull'attitudine positiva, in particolare alla reinterpretazione positiva degli eventi ($T = -2.17$; $p < .05$) e all'accettazione della situazione ($T = -2.34$; $p < .05$). Gli uomini senza figli, inoltre, tendono maggiormente a ricorrere ad

una peculiare strategia di coping centrata sull'evitamento, l'uso di sostanze ($T = 3.12$; $p < .05$). Per quanto riguarda le donne, invece, è emerso che le donne con figli tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, in particolare alla ricerca di informazioni ($T = -1.94$; $p < .05$), e sull'attitudine positiva, in particolare al contenimento ($T = -1.92$; $p < .05$).

Tabella 4 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-Test	
	Media	DS	Media	DS		
UOMINI (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,20	,67	1,95	,83	1,11	
Ricerca di comprensione	1,85	,72	1,72	,66	,52	
Sfogo emotivo	1,92	,61	2,20	,40	-1,36	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,47	,55	1,67	,64	-1,05	
Distacco mentale	1,30	,43	1,37	,33	-,47	
Distacco comportamentale	1,69	,53	2,07	,48	-2,18*	
Uso di sostanze	1,13	,40	1,00	,00	3,12*	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,32	,61	2,65	,70	-1,55	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,79	,67	3,27	,46	-2,17*	
Atteggiamento di accettazione	2,21	,62	2,70	,55	-2,34*	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,60	,59	2,80	,56	-,95	
Pianificazione	2,62	,81	2,65	,48	-,09	
Concentrazione sul problema	2,25	,57	2,62	,95	-1,79	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,28	,63	3,20	,85	,39	
Sostegno della religione	2,76	1,02	2,47	,96	,85	
DONNE (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,37	,69	2,82	,67	-1,94*	
Ricerca di comprensione	2,23	,81	2,40	1,00	-,61	
Sfogo emotivo	2,34	,73	2,75	,68	-1,65	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,67	,66	2,05	,52	-1,71	
Distacco mentale	1,53	,68	1,42	,42	,49	
Distacco comportamentale	2,01	,62	2,17	,84	-,75	
Uso di sostanze	1,11	,38	1,40	,94	-1,83	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,29	,64	2,70	,48	-1,92*	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,84	,67	3,12	,63	-1,25	
Atteggiamento di accettazione	2,41	,66	2,77	,80	-1,59	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,63	,55	2,70	,56	-,33	
Pianificazione	2,42	,72	2,45	,52	-,11	
Concentrazione sul problema	2,12	,68	2,15	,50	-,09	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,24	,67	3,07	,44	,77	
Sostegno della religione	2,95	,97	3,25	,66	-,93	

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che l'avere o meno dei figli influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza di infertilità. Per quanto riguarda gli uomini, in particolare, coloro che hanno già figli tendono ad investire minori energie in un percorso di PMA, ad avere una visione più positiva della situazione e ad avere un maggior sentimento di accettazione rispetto a coloro i quali non hanno figli. Di contro, coloro che non hanno figli tendono ad investire maggiori energie in questa esperienza e a ricorrere maggiormente all'uso di sostanze nell'affrontare la propria infertilità rispetto ai primi. Per quanto riguarda le donne, invece, coloro che hanno già figli riescono ad esercitare un maggiore controllo sulla situazione, informandosi e trattenendosi dall'agire impulsivamente.

Pertanto questi risultati suggeriscono che nella popolazione italiana l'avere o meno dei figli è connesso alla percezione di controllo sulla propria infertilità sia per gli uomini che per le donne, ed influenza i comportamenti assunti dai membri delle coppie per affrontare questa peculiare esperienza.

e) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti (Tab. 5) è emerso che le donne che hanno già affrontato trattamenti precedenti tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, in particolare allo sfogo emotivo, ($T = -2.18; p < .05$) e sull'attitudine positiva, in particolare all'accettazione della situazione ($T = -2.34; p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 5 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,18	,69	2,17	,68	,01
Ricerca di comprensione	1,90	,72	1,77	,71	,87
Sfogo emotivo	1,89	,61	2,00	,58	-,87
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,47	,61	1,51	,52	-,28
Distacco mentale	1,31	,42	1,31	,42	,07
Distacco comportamentale	1,63	,55	1,81	,50	-1,63

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-Test
	Media	DS	Media	Media	
Uso di sostanze	1,09	,23	1,14	,48	-,66
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,37	,69	2,33	,57	,32
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,84	,58	2,84	,74	-,06
Atteggiamento di accettazione	2,27	,69	2,25	,58	,20
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,66	,53	2,59	,64	,57
Pianificazione	2,57	,80	2,66	,77	-,57
Concentrazione sul problema	2,21	,66	2,35	,58	-1,09
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,30	,6	3,25	,68	,36
Sostegno della religione	2,81	,68	2,66	1,08	,70
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,35	,69	2,47	,71	-,83
Ricerca di comprensione	2,19	,80	2,29	,85	-,61
Sfogo emotivo	2,23	,66	2,51	,76	-1,93*
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,68	,69	1,73	,62	-,39
Distacco mentale	1,53	,70	1,51	,63	,17
Distacco comportamentale	1,94	,68	2,10	,59	-1,28
Uso di sostanze	1,15	,50	1,13	,44	,18
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,30	,65	2,35	,62	-,38
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,94	,66	2,81	,67	,98
Atteggiamento di accettazione	2,26	,74	2,60	,59	-2,60*
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,65	,51	2,63	,59	,14
Pianificazione	2,51	,66	2,35	,72	1,15
Concentrazione sul problema	2,10	,66	2,14	,68	-,30
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,18	,72	3,26	,59	-,60
Sostegno della religione	3,03	,96	2,93	,93	,48

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Dai risultati si evince che l'aver già effettuato dei trattamenti di PMA influenza il modo in cui le donne affrontano l'esperienza di infertilità. Le donne che si sono già sottoposte a dei trattamenti, infatti, tendono a dare sfogo ai propri sentimenti in misura maggiore delle donne che non hanno mai effettuato alcun tipo di trattamento. Inoltre, le donne che hanno già fatto qualche trattamento riportano un maggior grado di accettazione della propria condizione rispetto a quelle donne che si accingono ad intraprendere questo percorso per la prima volta. L'aver già effettuato dei trattamenti di PMA, quindi, probabilmente favorisce nelle donne la graduale elaborazione della propria esperienza di infertilità, inducendole, allo stesso tempo, a ricercare un supporto sociale. È interessante notare che ciò non avviene negli uomini. Tale risultato potrebbe suggerire che dal momento che le tecniche di PMA coinvolgono in primo piano il corpo della donna, quest'ultima

risente in misura maggiore del partner l'impatto emotivo di tali tecniche e, di conseguenza, avverte anche un maggiore bisogno di supporto.

f) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla durata dell'infertilità

Dai T-Test condotti sui risultati del COPE rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 6) è emerso che gli uomini con una durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi tendono a ricorrere maggiormente a strategie di coping centrate sull'orientamento trascendente, in particolare all'umorismo ($T = 2.01$; $p <.05$), e quindi a scherzare maggiormente sulla propria condizione.

Tale risultato potrebbe essere indice di una progressiva elaborazione della propria condizione di infertilità. Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 6 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-Test	
	Media	DS	Media	DS		
UOMINI (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,07	,67	2,24	,65	-1,15	
Ricerca di comprensione	1,78	,71	1,87	,71	-,59	
Sfogo emotivo	1,90	,62	1,98	,57	-,61	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,50	,64	1,48	,53	,14	
Distacco mentale	1,28	,44	1,33	,43	-,61	
Distacco comportamentale	1,6	,58	1,78	,47	-1,26	
Uso di sostanze	1,16	,22	1,09	,39	,83	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,28	,68	2,39	,57	-,84	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,76	,55	2,89	,77	-,87	
Atteggiamento di accettazione	2,23	,63	2,27	,58	-,31	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,62	,53	2,63	,68	-,04	
Pianificazione	2,65	,81	2,60	,76	,30	
Concentrazione sul problema	2,32	,61	2,27	,62	,39	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,46	,65	3,16	,69	2,29*	
Sostegno della religione	2,74	,96	2,73	1,09	,04	
DONNE (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,42	,67	2,41	,72	,03	
Ricerca di comprensione	2,26	,77	2,23	,88	,20	
Sfogo emotivo	2,34	,64	2,41	,76	-,45	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,73	,71	1,70	,64	,18	

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
Distacco mentale	1,47	,72	1,55	,65	-,60
Distacco comportamentale	1,90	,62	2,10	,62	-1,51
Uso di sostanze	1,06	,28	1,18	,47	-1,27
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,25	,61	2,38	,62	-1,03
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,90	,66	2,85	,66	,39
Atteggiamento di accettazione	2,32	,68	2,52	,62	-1,45
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,65	,51	2,63	,59	,11
Pianificazione	2,48	,64	2,39	,72	,61
Concentrazione sul problema	2,14	,60	2,12	,69	,16
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,22	,74	3,23	,60	-,05
Sostegno della religione	3,13	,97	2,88	,92	1,28

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che la durata dell'infertilità non influenza il tipo di strategie di coping adottate né per gli uomini né per le donne. Unica eccezione per gli uomini è data dal meccanismo di coping basato sull'umorismo, che è maggiore quando la durata dell'infertilità è superiore ai 18 mesi. Dunque, a lungo andare, gli uomini tendono ad affrontare la propria situazione di infertilità ricorrendo maggiormente all'umorismo.

In sintesi, confrontando questi risultati con i precedenti risulta di particolare interesse notare che ciò che incide sul modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza dell'infertilità non è tanto la durata delle stessa quanto il genere, l'avere o meno dei figli e l'essersi già sottoposti ad un trattamento di PMA.

g) Differenze nelle strategie di coping rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 7) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 7 - Differenze nelle strategie di coping rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,24	2,25	2,06	2,07	,53
Ricerca di comprensione	1,95	1,80	1,75	1,78	,42
Sfogo emotivo	2,01	1,90	2,06	1,82	,66
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,53	1,33	1,46	1,72	1,93
Distacco mentale	1,25	1,31	1,31	1,42	,62
Distacco comportamentale	1,65	1,69	1,91	1,72	1,04
Uso di sostanze	1,07	1,14	1,03	1,22	1,00

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,45	2,37	2,28	2,23	,57
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,99	2,71	2,88	2,77	,94
Atteggiamento di accettazione	2,30	2,25	2,43	2,02	1,43
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,69	2,61	2,64	2,53	,29
Pianificazione	2,72	2,66	2,46	2,59	,47
Concentrazione sul problema	2,39	2,32	2,26	2,10	,85
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,09	3,37	3,31	3,36	1,18
Sostegno della religione	2,96	2,58	2,83	2,51	1,10
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,54	2,32	2,36	2,43	,53
Ricerca di comprensione	2,42	2,11	2,04	2,40	1,40
Sfogo emotivo	2,38	2,50	2,23	2,35	,56
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,55	1,81	1,72	1,80	,96
Distacco mentale	1,38	1,66	1,47	1,55	,96
Distacco comportamentale	1,97	2,02	2,06	2,09	,15
Uso di sostanze	1,17	1,16	1,07	1,11	,22
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,29	2,43	2,37	2,21	,51
Reinterpretazione positiva degli eventi	3,05	2,74	2,65	3,03	2,26
Atteggiamento di accettazione	2,64	2,35	2,24	2,51	1,65
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,51	2,61	2,64	2,89	1,89
Pianificazione	2,48	2,37	2,30	2,53	,47
Concentrazione sul problema	2,18	2,18	2,00	2,09	,38
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,27	3,28	3,23	3,05	,56
Sostegno della religione	2,90	3,21	2,96	2,73	,53

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che il tipo di diagnosi ricevuta non influenza il modo in cui i membri della coppia affrontano l'esperienza di infertilità. Quindi, nonostante la letteratura illustri l'influenza della diagnosi sul vissuto emotivo, come emerge da alcune ricerche condotte in Inghilterra (Connolly et al., 1987), Svezia (Holter et al., 2007) e Stati Uniti (Jacob et al., 2007), tuttavia tale dato sottolinea che nella popolazione italiana l'attribuzione della causa del problema dell'infertilità a uno, ad entrambi o a nessuno dei membri della coppia non esercita un'influenza diretta sul comportamento che questi mettono in atto per far fronte a tale esperienza.

V.3.2 - Modalità di adattamento diadico dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto al genere (Tab. 8) non emerge alcuna differenza significativa.

Tabella 8 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al genere: T-Test

	DONNE (N = 101)		UOMINI (N = 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Consenso diadico	3,90	,74	4,02	,59	-1,24
Soddisfazione diadica	3,99	,55	4,07	,51	-,97
Coesione diadica	3,41	,81	3,55	,70	-1,31
Espressione affettiva	2,56	,43	2,61	,44	-,73
Accordo generale	3,69	,51	3,78	,43	-1,43

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

E' interessante osservare questi dati con una doppia chiave di lettura. In primo luogo essi evidenziano che non vi sono differenze significative nel modo in cui i membri della coppia percepiscono la loro relazione con il partner. In secondo luogo, analizzando le medie dei punteggi emerge che queste si collocano tutte in un livello medio-alto di adattamento diadico.

Questi risultati emersi nel contesto italiano sono in linea con quanto rilevato da altre ricerche condotte in Inghilterra (Freeman et al., 1987) e Stati Uniti (Berg et al., 1991) e suggeriscono che le coppie infertili tentano, attraverso la relazione col partner, di prendersi cura della ferita che concerne la propria capacità di generare in quanto coppia (Regalia et al., 1999). Nonostante la sfera coniugale, infatti, sia una delle sfere messe in crisi dall'esperienza dell'infertilità (Leiblum, 1997), diversi autori hanno osservato come nella maggioranza dei casi la condivisione di un percorso di PMA rafforzi il legame di coppia (Schmidt et al., 2005). Durante il trattamento, infatti, la coppia è impegnata nel perseguire un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna. A sua volta la presenza di un legame di coppia forte e gratificante può svolgere un'importante funzione nel contenimento di ansie e timori connessi all'esperienza dell'infertilità (Brighenti et al., 1997).

b) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto alla variabile età (Tab. 9) emerge che, per le donne, con l'aumentare dell'età diminuisce il grado di accordo col partner ($F = 4,73$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 9 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	3,92	3,98	4,22	1,53	-
Soddisfazione diadica	4,12	4,07	4,05	,10	-
Coesione diadica	3,22	3,59	3,68	2,07	-
Espressione affettiva	2,45	2,60	2,75	1,92	-
Accordo generale	3,69	3,77	3,90	1,02	-
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,77	4,05	3,38	4,73*	C < B
Soddisfazione diadica	4,04	4,01	3,78	,89	-
Coesione diadica	3,50	3,39	3,29	,33	-
Espressione affettiva	2,54	2,62	2,34	2,01	-
Accordo generale	3,66	3,76	3,36	2,89	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

È interessante osservare che vi è una differenza statisticamente significativa nei livelli di consenso diadico tra le donne la cui età è compresa tra i 30 e i 39 anni e le donne con un'età superiore ai 40 anni. Considerando che il tasso di fertilità è fortemente associato all'età e che a 40 anni esso si riduce notevolmente, nella popolazione italiana la riduzione delle probabilità procreative sembra influenzare l'adattamento di coppia, comportando una riduzione del grado di accordo coniugale.

Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che l'avanzare dell'età, e quindi anche la progressiva riduzione delle probabilità procreative, non incidono sull'adattamento con la partner.

Questo dato sembra sottolineare che la consapevolezza della riduzione progressiva della propria possibilità di generare un figlio venga vissuta come una minaccia solo dalle donne rispetto a eventuali problematiche connesse alla relazione col partner.

c) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto al titolo di studio (Tab. 10) non è emersa la presenza di differenze significative né per gli uomini né per le donne.

**Tabella 10 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al titolo di studio:
ANOVA**

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post -hoc
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,19	3,95	4,06	1,51	-
Soddisfazione diadica	4,16	4,04	4,01	,54	-
Coesione diadica	3,59	3,52	3,65	,21	-
Espressione affettiva	2,67	2,58	2,62	,28	-
Accordo generale	3,89	3,74	3,80	1,12	-
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,79	3,97	3,94	,62	-
Soddisfazione diadica	3,85	4,06	4,09	1,81	-
Coesione diadica	3,21	3,55	3,44	1,70	-
Espressione affettiva	2,51	2,61	2,56	,47	-
Accordo generale	3,56	3,76	3,73	1,57	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Il livello di istruzione non risulta quindi influire sulle modalità di adattamento diadico che si attestano su livelli medio-alti sia per gli uomini che per le donne. Questo dato può essere collegato alla considerazione che, indipendentemente dal livello di comprensione e consapevolezza del percorso che si è intrapreso, l'esperienza di infertilità è un percorso in cui è protagonista la coppia, la quale è impegnata nel perseguire un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna.

d) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 11) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 11 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'assenza/presenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,03	,54	3,94	,95	,43
Soddisfazione diadica	4,07	,52	4,02	,46	,33
Coesione diadica	3,55	,72	3,52	,51	,16
Espressione affettiva	2,61	,44	2,65	,48	-,26
Accordo generale	3,79	,42	3,74	,54	,36
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,88	,77	4,08	,41	-,79
Soddisfazione diadica	4,00	,56	3,91	,50	,49
Coesione diadica	3,43	,82	3,25	,71	,66
Espressione affettiva	2,56	,43	2,60	,50	-,24
Accordo generale	3,68	,53	3,71	,39	-,17

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Da questa analisi, dunque, emerge che l'avere o meno già concepito un figlio non influenza la percezione della qualità del rapporto col partner, che si attesta su livelli medio-alti. Questo risultato probabilmente può essere ricondotto alla riflessione che l'investire nel progetto di un figlio intraprendendo un percorso di PMA richiede l'attivazione di risorse diadiche e comporta una vicinanza emotiva dei partner che prescinde dall'avere o meno un figlio.

e) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti (Tab. 12) è emerso che gli uomini che hanno già affrontato precedenti percorsi di PMA riportano un minor grado di scambio affettivo col partner ($T = 2.04$; $p < .05$) e un minor grado di accordo col partner ($T = 1.97$; $p = .059$); questo dato sottolinea l'impatto che il percorso di PMA ha sulla relazione di coppia. Per le donne, invece, non sono emerse delle differenze statisticamente significative.

Tabella 12 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,14	,61	3,91	,54	1,97 (p=.059)
Soddisfazione diadica	4,07	,54	4,07	,49	,00
Coesione diadica	3,57	,68	3,53	,72	,32
Espressione affettiva	2,70	,37	2,52	,48	2,04*
Accordo generale	3,85	,44	3,73	,42	1,41
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,87	,92	3,92	,55	-,31
Soddisfazione diadica	4,01	,63	3,98	,48	,24
Coesione diadica	3,53	,77	3,30	,83	1,40
Espressione affettiva	2,60	,44	2,53	,43	,85
Accordo generale	3,70	,61	3,67	,42	,30

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

È interessante notare che mentre per le donne la percezione della relazione col proprio partner non muta in base all'aver o meno effettuato precedenti trattamenti, negli uomini sembrano esserci maggiori manifestazioni affettive e un maggior grado di accordo diadiaco in assenza di trattamenti precedenti.

Probabilmente questo dato suggerisce che l'aver già sperimentato precedenti trattamenti, risultati fallimentari, alimenti negli uomini la crisi dell'infertilità concernente la sfera della relazione col partner.

Tale dato è interessante soprattutto se rapportato a quanto emerso precedentemente a proposito delle differenze nelle strategie di coping in presenza di trattamenti precedenti. A tal proposito è infatti emerso che le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti tendono a ricercare maggiormente un supporto. Allo stesso tempo da questi dati emerge che gli uomini riportano un minor grado di accordo e minori scambi affettivi con la partner in presenza di trattamenti precedenti. Si evidenzia dunque con forza l'importanza di offrire un supporto congiunto alla coppia che si accinge a ripetere dei trattamenti di PMA al fine di favorire il benessere individuale e diadico.

f) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla durata dell'infertilità

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 13) è emerso che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18

mesi riportano un minor grado di soddisfazione col partner ($T = 2.01$; $p < .05$). Tale dato evidenzia l'influenza che la durata dell'esperienza di infertilità esercita sulla relazione di coppia. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza significativa.

Tabella 13 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,03	,74	4,01	,48	,09
Soddisfazione diadica	4,11	,51	4,04	,52	,67
Coesione diadica	3,51	,73	3,57	,68	-,42
Espressione affettiva	2,60	,55	2,62	,36	-,23
Accordo generale	3,79	,51	3,78	,38	,16
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,92	,69	3,89	,78	,21
Soddisfazione diadica	4,13	,49	3,91	,57	2,01*
Coesione diadica	3,48	,75	3,36	,84	,68
Espressione affettiva	2,61	,38	2,53	,46	,85
Accordo generale	3,76	,49	3,64	,53	1,04

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Dal T-Test dunque emerge che la durata dell'infertilità non influisce sulle modalità di adattamento diadico per gli uomini, che si attesta su dei valori medio-alti. Questo dato può suggerire che l'attivazione delle risorse diadiche sia favorita sin dall'inizio del progetto della coppia di concepire un figlio. Occorre tuttavia notare che per le donne il valore dell'ANOVA relativa alla dimensione di soddisfazione indica che il grado di soddisfazione diadica è maggiore quando la durata dell'infertilità è breve piuttosto che quando è superiore ai 18 mesi. Tale dato è molto interessante perché potrebbe suggerire che lo stress connesso all'infertilità, nelle sue diverse dimensioni, e in particolare nella sfera relativa alla relazione col partner, aumenta con il prolungarsi della durata della propria infertilità.

g) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 14) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

**Tabella 14 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al tipo di diagnosi:
ANOVA**

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post -hoc
UOMINI (N = 101)						
Consenso diadico	4,00	4,12	3,93	3,99	,46	-
Soddisfazione diadica	4,08	4,16	4,17	3,80	2,41	-
Coesione diadica	3,45	3,43	3,87	3,56	1,87	-
Espressione affettiva	2,65	2,59	2,64	2,54	,29	-
Accordo generale	3,77	3,83	3,83	3,68	,56	-
DONNE (N = 101)						
Consenso diadico	3,95	3,88	3,87	3,90	,05	-
Soddisfazione diadica	3,97	4,06	3,99	3,92	,26	-
Coesione diadica	3,43	3,24	3,46	3,60	,81	-
Espressione affettiva	2,57	2,60	2,56	2,51	,16	-
Accordo generale	3,70	3,68	3,68	3,68	,01	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo risultato sottolinea che il tipo di problematica riscontrata, e quindi il tipo di diagnosi ricevuta, non influenza la percezione della relazione col partner. Tale dato potrebbe riflettere il fatto che l'esperienza dell'infertilità è vissuta come un percorso in cui entrambi i membri della coppia, indipendentemente dal tipo di diagnosi ricevuta, sono fortemente impegnati nel perseguire un progetto di fecondazione che è un progetto comune e che richiede l'attivazione di risorse diadiche. D'altra parte tale dato è in contrasto con quanto emerso da alcuni studi condotti in Inghilterra (Connolly et al., 1987) che hanno rilevato che per entrambi i partner la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche associate alla relazione di coppia rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista.

Nella popolazione italiana, dunque, il tipo di diagnosi ricevuta non esercita alcuna influenza sulla relazione col partner. Ciò può essere ricondotto al fatto che durante il trattamento la coppia è fortemente impegnata nel perseguire un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna, indipendentemente dal tipo di diagnosi ricevuta.

V.3.3 - Vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al sesso

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto al genere (Tab. 15) è emerso che le donne riportano dei livelli significativamente più elevati di depressione ($T = 5.32$; $p < .001$), ansia di stato ($T = 4.37$; $p < .001$) e ansia di tratto ($T = 4.08$; $p < .001$). Le donne, dunque, percepiscono in misura maggiore degli uomini gli effetti che lo stress connesso al percorso di PMA esercita sul vissuto emotivo.

Tabella 15 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al genere: T-Test

	Donne (N= 101)		Uomini (N= 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Depressione	1,11	,59	,71	,46	5,32**
Ansia di stato	2,18	,59	1,83	,51	4,37**
Ansia di tratto	2,04	,52	1,76	,46	4,08**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questo risultato è in linea con quanto emerso dalla maggior parte delle ricerche condotte in Europa e negli Stati Uniti, le quali evidenziano che le donne sono più a rischio degli uomini per quanto riguarda la sfera emotiva. Rispetto agli uomini, infatti, le donne riportano dei livelli significativamente minori di autostima (Wright et al., 1991) e soddisfazione nei confronti della propria vita (Link e Darling, 1986) e significativamente maggiori di vissuti ansiosi (O'Moore et al., 1983; Shaw et al., 1988; Beaurepaire et al., 1994; Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Baram et al., 1988) e vissuti depressivi (Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2005; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Beaurepaire et al., 1994; Wright et al., 1991; Lalos et al., 1986; Baram et al., 1988).

Tale dato acquista ancora più valore se rapportato alla percentuale riscontrata di vissuti depressivi e ansiosi. Per quanto riguarda il livello di depressione, nel caso degli uomini ($\chi^2 = 43.80$, $p < .001$), emerge che vi è una prevalente assenza di depressione (64.4%), anche se non sono da trascurare le percentuali di depressione lieve (16.8%) e severa (18.8%); nel caso delle donne ($\chi^2 = 4.30$, n.s.), emerge una consistente presenza di depressione lieve (23.8%) e severa (39.6%). Per quanto riguarda i vissuti ansiosi, nel caso

degli uomini, emerge che vi è una prevalenza di livelli medi (66.4%) di ansia di stato ($\chi^2 = 49.56$, $p < .001$) e medi (68.3%) di ansia di tratto ($\chi^2 = 56.57$, $p < .001$); nel caso delle donne, emerge una prevalenza di livelli medi (62.4%) e alti (28.7%) di ansia di stato ($\chi^2 = 44.28$, $p < .001$) e medi (63.4%) di ansia di tratto ($\chi^2 = 41.01$, $p < .001$). Se da un lato tali dati evidenziano il forte impatto dell'esperienza di infertilità sul vissuto psichico della donna, dall'altro sottolineano l'importanza di non trascurare i vissuti depressivi e ansiosi presenti, seppure in misura minore, negli uomini.

Ciò potrebbe essere collegato alla considerazione che i protocolli di trattamento producono forti oscillazioni tra speranza e delusione e scarso è il tempo e poche le opportunità per elaborare e assimilare tra una cura e l'altra il dolore dell'impresa (Scabini et al, 1999). Inoltre nella condizione di PMA i timori, le paure, le angosce e i sentimenti ambivalenti legati ad ogni progetto di procreazione possono raggiungere livelli elevati di intensità e, anche quando il concepimento avviene, il timore di non essere in grado di concepire si trasforma negli interrogativi circa la propria capacità di far nascere il bambino (Monti et. al, 2008).

Risulta altresì interessante collegare le differenze di genere relative al disagio emotivo con le succitate differenze di genere relative alla strategie di coping adottate. Così come per il disagio emotivo, infatti, anche per le modalità di coping sono emerse delle significative differenze di genere; appare importante, dunque, esplorare il tipo di relazione che intercorre tra il primo e le seconde al fine di promuovere quelle modalità di coping che risultano più adattive rispetto all'esperienza dell'infertilità.

b) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto all'età (Tab. 16) non emerge alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 16- Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post- hoc
UOMINI (N = 101)					
Depressione	,84	,66	,766	1,06	-
Ansia di stato	1,89	1,83	1,79	,15	-
Ansia di tratto	1,93	1,74	1,67	1,41	-
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,15	1,10	1,07	,10	-
Ansia di stato	2,24	2,18	1,97	,83	-
Ansia di tratto	2,11	2,04	1,90	,65	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo risultato evidenzia che l'età, e quindi la fase del ciclo di vita dell'individuo, non esercita un'influenza significativa sul vissuto depressivo e ansioso dei membri delle coppie infertili. Ciò sembra sottolineare che non vi è una specifica fase della vita in cui la propria infertilità è avvertita come una ferita narcisistica in maniera più profonda rispetto ad altre.

c) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS rispetto al titolo di studio per le donne (Tab. 17) emerge che le laureate riportano punteggi significativamente più bassi nei vissuti depressivi delle donne con licenza media inferiore e superiore ($F = 3,13$; $p < .05$). L'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto al titolo di studio, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 17 - Differenze nei vissuti depressivi rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post- hoc
UOMINI (N = 101)					
Depressione	,73	,71	,64	,15	-
Ansia di stato	1,85	1,82	1,85	,03	-
Ansia di tratto	1,80	1,74	1,75	,15	-
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,22	1,16	,87	3,13*	-
Ansia di stato	2,23	2,26	1,97	2,08	-
Ansia di tratto	2,13	2,09	1,84	2,59	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo dato potrebbe sottolineare che il livello di istruzione riflette un diverso grado di comprensione e consapevolezza delle procedure inerenti a un percorso di PMA e che, pertanto, non tutte le donne che si rivolgono ad un centro di PMA potrebbero avere gli strumenti per comprendere sin dall'inizio i vari aspetti di cui si compone questo tipo di percorso ed elaborare i vissuti emotivi a esso connessi. Si evidenzia, dunque, un effetto protettivo delle risorse derivanti dalla formazione culturale rispetto al rischio depressivo nelle donne. Non emergono differenze statisticamente significative per gli uomini.

Per quanto riguarda le donne appare dunque importante poter promuovere, laddove manchi o sia carente, una reale comprensione del percorso che ci si accinge a intraprendere, affinché esse siano più consapevoli e quindi abbiano anche una maggiore possibilità di elaborare quanto stanno vivendo.

d) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di figli

L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 18) non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 18 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Depressione	,73	,48	,49	,22	2,82
Ansia di stato	1,85	,51	1,63	,45	1,31
Ansia di tratto	1,77	,47	1,63	,36	,94
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,13	,59	,99	,62	,70
Ansia di stato	2,18	,59	2,13	,62	,27
Ansia di tratto	2,04	,53	2,08	,48	-,25

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali risultati sono in disaccordo con i dati emersi da alcune ricerche condotte negli Stati Uniti (Morrow et al., 1995; McQuillan et al., 2003), le quali evidenziano che l'assenza di figli è un fattore di rischio rispetto alla percezione di vissuti emotivi negativi.

Nella popolazione italiana, invece, il non avere un figlio non si configura come fattore di rischio rispetto all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva. Questo risultato evidenzia che gli effetti dello stress connesso alla propria infertilità e alla decisione

di intraprendere un percorso di PMA non sono influenzati dall'aver già generato un figlio; ciò probabilmente sottolinea anche che l'investimento delle proprie energie sul progetto di intraprendere tale percorso non muta in ragione del fatto di avere già concepito un figlio.

e) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dai T-Test condotti sui risultati dell'EDS rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti per le donne (Tab. 19) emerge che le donne che hanno già affrontato trattamenti precedenti riportano punteggi significativamente maggiori nei vissuti depressivi delle donne che affrontano il percorso di PMA per la prima volta ($F = -2.36$; $p < .05$). L'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 19 - Differenze nei vissuti depressivi rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: ANOVA

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Depressione	,70	,51	,71	,42	-,08
Ansia di stato	1,79	,55	1,87	,47	-,81
Ansia di tratto	1,73	,47	1,78	,45	-,60
DONNE (N = 101)					
Depressione	,96	,58	1,24	,57	-2,36*
Ansia di stato	2,08	,63	2,26	,56	-1,43
Ansia di tratto	1,96	,56	2,12	,48	-1,53

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Da tale risultato emerge in modo evidente l'impatto esercitato dagli interventi di PMA sul vissuto psichico delle donne. Non emergono differenze statisticamente significative per gli uomini. E' interessante notare che siano proprio le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti a riportare dei punteggi nei vissuti depressivi significativamente maggiori delle donne che si accingono a intraprendere un percorso di PMA per la prima volta.

Tale dato potrebbe essere collegato alla considerazione che le procedure da seguire nei trattamenti di PMA producono forti oscillazioni tra speranza e delusione e scarso è il tempo per elaborare e assimilare tra una cura e l'altra il dolore connesso a tale percorso

(Scabini et al, 1999); questa mancanza di elaborazione dei precedenti trattamenti di PMA potrebbe spiegare la differenza nei vissuti depressivi delle donne.

Gli uomini, invece, non presentano delle differenze significative in relazione all'assenza/presenza di trattamenti precedenti. Analizzando questi dati nel complesso e considerando il vissuto depressivo come un effetto dello stress legato alle procedure di PMA, il fatto che siano le donne e non gli uomini a riportare una diversa percezione dei vissuti depressivi dopo aver già effettuato qualche trattamento di PMA potrebbe essere collegato al fatto che tali trattamenti coinvolgono in primo piano il corpo femminile; d'altro canto esso può esprimere anche una maggiore difficoltà della donna ad elaborare tra un trattamento e l'altro le implicazioni emotive connesse a questa esperienza.

f) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla durata dell'infertilità

L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 20) non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 20 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla durata dell' infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Depressione	,73	,52	,69	,43	,42
Ansia di stato	1,83	,51	1,84	,51	-,09
Ansia di tratto	1,77	,43	1,75	,48	,28
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,01	,54	1,17	,61	-1,29
Ansia di stato	2,14	,52	2,20	,64	-,43
Ansia di tratto	2,03	,52	2,05	,53	-,13

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali dati sottolineano che i vissuti depressivi e ansiosi non sono influenzati dalla durata dell'infertilità né nel caso degli uomini né nel caso delle donne. È molto interessante notare che ciò che incide sul vissuto emotivo non è tanto la durata dell'infertilità quanto l'essersi o meno già sottoposti a dei trattamenti di PMA. Questo dato sembra molto rilevante nella presa in carico delle coppie infertili.

g) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 21) è emerso che gli uomini con diagnosi maschile riportano livelli di ansia di stato significativamente maggiori degli uomini con diagnosi femminile ($F = 3.53$; $p < .05$). Non emergono differenze statisticamente significative per le donne. L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS rispetto al tipo di diagnosi, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 21 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)						
Depressione	,57	,81	,81	,65	1,93	-
Ansia di stato	1,59	1,97	1,90	1,92	3,53*	B > A
Ansia di tratto	1,61	1,82	1,76	1,88	1,71	-
DONNE (N = 101)						
Depressione	1,06	1,20	1,11	1,04	,41	-
Ansia di stato	2,07	2,30	2,19	2,13	,76	-
Ansia di tratto	1,93	2,17	2,12	1,93	1,47	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questi dati evidenziano che il tipo di diagnosi esercita un'influenza significativa sul vissuto ansioso degli uomini ma non delle donne. Gli uomini con diagnosi maschile, infatti, riportano un punteggio significativamente maggiore degli uomini a cui è stata comunicata una diagnosi femminile. Questo risultato è in parte in accordo con quanto emerso da alcuni studi condotti in Inghilterra (Connolly et al., 1987) che hanno rilevato che la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista. Per quanto riguarda gli uomini in particolare, essa elicità sentimenti di colpa, isolamento e depressione.

Ciò probabilmente è dovuto al fatto che la diagnosi maschile può essere vissuta dall'uomo come una vera e propria ferita narcisistica. Di conseguenza, gli uomini con tale tipo di diagnosi tenderebbero a percepire vissuti ansiosi in misura maggiore di coloro a cui, invece, è stata comunicata una diagnosi esclusivamente femminile. Si evidenzia quindi un maggior

disagio emotivo percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica.

Per quanto riguarda le donne, invece, questi risultati suggeriscono che le ansie elicite dalla decisione di intraprendere un percorso di PMA non sono influenzate dal tipo di diagnosi ricevuta.

V.3.4 Correlazioni tra le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico in relazione al genere

L'analisi delle correlazioni mira a verificare l'ipotesi dell'esistenza di una connessione statisticamente significativa tra le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico. Dunque sono di seguito presentati i valori delle r di Pearson e la significatività statistica delle correlazioni, distinte per sesso, tra le modalità di adattamento diadico e le strategie di coping individuale; correlazioni dalle quali sono emersi interessanti e coerenti risultati (Tab.22).

Tabella 22 - Correlazioni di Pearson tra le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico

	Soddisfazione diadica	Coesione diadica	Consenso diadico	Espressione e affettiva	Accordo generale
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	,071	,076	,024	-,016	,055
Ricerca di comprensione	-,065	-,007	-,023	-,047	-,044
Sfogo emotivo	-,223(*)	-,077	-,254(*)	-,083	-,251(*)
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	-,399(**)	-,164	-,349(**)	-,189	-,405(**)
Distacco mentale	-,397(**)	-,253(*)	-,212(*)	-,146	-,347(**)
Distacco comportamentale	-,247(*)	-,199(*)	-,377(**)	-,230(*)	-,378(**)
Uso di sostanze	-,276(**)	-,163	-,061	-,026	-,179
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	-,035	-,205(*)	-,070	-,106	-,118
Reinterpretazione positiva degli eventi	,189	,164	,088	,172	,181
Atteggiamento di accettazione	,076	-,120	-,113	-,068	-,074
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	-,009	,033	-,023	,004	-,007

	Soddisfazion e diadica	Coesione diadica	Consenso diadico	Espression e affettiva	Accordo generale
Pianificazione	,087	,014	,154	,038	,126
Concentrazione sul problema	,087	-,048	,085	,092	,079
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	,123	-,026	,130	-,096	,099
Sostegno della religione	,070	,099	-,002	,148	,069
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	-,127	-,055	,036	-,044	-,042
Ricerca di comprensione	-,075	,073	,103	,007	,050
Sfogo emotivo	-,095	-,109	,014	-,016	-,054
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	-,186	-,150	-,071	,029	-,137
Distacco mentale	-,232(*)	-,194	-,301(**)	-,094	-,309(**)
Distacco comportamentale	-,174	-,031	-,092	-,087	-,129
Uso di sostanze	-,125	-,222(*)	-,150	-,178	-,202(*)
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	-,039	-,152	-,045	-,141	-,090
Reinterpretazione positiva degli eventi	,038	,129	,206(*)	,200(*)	,183
Atteggiamento di accettazione	,040	-,091	,016	-,159	-,016
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	-,093	-,173	-,013	-,089	-,091
Pianificazione	-,012	,109	,187	-,002	,130
Concentrazione sul problema	-,016	-,010	,118	,004	,059
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	,124	,027	,180	-,061	,146
Sostegno della religione	-,064	-,088	,000	,100	-,033

* p < .05 ** p < .01 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Per quanto riguarda gli uomini, rispetto alle strategie di coping centrate su Sostegno Sociale emerge che il meccanismo di coping “Sfogo emotivo” correla negativamente con il Consenso diadico ($r = -.254$, $p < .05$), la Soddisfazione diadica ($r = -.223$, $p < .05$) e con l’Accordo generale ($r = -.251$, $p < .05$). Quindi maggiore è il grado di consenso, soddisfazione e accordo col partner e minore risulta la tendenza a dare sfogo ai propri sentimenti.

Per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Evitamento, emerge che il meccanismo di coping “Negazione” correla negativamente con il Consenso diadico ($r = -.349$, $p < .01$), la Soddisfazione diadica ($r = -.399$, $p < .01$) e l’Accordo generale ($r = -.405$,

$p < .01$). Il meccanismo di coping “Distacco mentale” correla negativamente con la Soddisfazione diadica ($r = -.397, p < .01$), il Consenso diadico ($r = -.212, p < .05$), la Coesione diadica ($r = -.253, p < .05$) e l’Accordo generale ($r = -.345, p < .01$). Il meccanismo di coping “Distacco comportamentale” correla negativamente con la Soddisfazione diadica ($r = -.247, p < .05$), il Consenso diadico ($r = -.377, p < .01$), la Coesione diadica ($r = -.199, p < .05$), l’Espressione affettiva ($r = -.230, p < .05$) e con l’Accordo generale ($r = -.378, p < .01$). Il meccanismo di coping “Uso di sostanze” correla negativamente con la Soddisfazione diadica ($r = -.276, p < .01$). Pertanto minore è il grado di adattamento diadico e maggiore risulta la tendenza degli uomini ad evitare di affrontare la propria condizione di infertilità.

Per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Attitudine positiva, si evince che il meccanismo di coping “Contenimento” correla negativamente con la Coesione diadica ($r = -.205, p < .05$). Quindi minore è il tempo trascorso col partner e maggiore è la propensione degli uomini a trattenersi dall’agire impulsivamente.

Per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Orientamento al problema, inoltre, emerge che non vi sono correlazioni statisticamente significative; tale risultato sottolinea che non vi è un’influenza delle modalità di adattamento diadico su questo tipo di strategie di coping per gli uomini.

Anche per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Orientamento trascendente emerge che non vi sono per gli uomini correlazioni statisticamente significative, evidenziando un’assenza di interazione tra questo tipo di strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico.

Per quanto riguarda le donne, invece, rispetto alle strategie di coping centrate su Sostegno Sociale non emergono correlazioni statisticamente significative. A differenza degli uomini, quindi, il grado di adattamento diadico non influenza il ricorso a delle strategie di coping centrate sul sostegno sociale.

Per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Evitamento, emerge che il meccanismo di coping “Distacco mentale” correla negativamente con la Soddisfazione diadica ($r = -.232, p < .05$), il Consenso diadico ($r = -.301, p < .01$) e l’Accordo generale ($r = -.309, p < .01$). Inoltre il meccanismo di coping “Uso di sostanze” correla negativamente

con la Coesione diadica ($r = -.222$, $p < .05$) e l'Accordo generale ($r = -.202$, $p < .05$). Pertanto quanto minore è il grado di adattamento diadico percepito tanto maggiore risulta la tendenza delle donne di negare a se stesse l'esperienza che stanno vivendo.

Per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Attitudine positiva, inoltre, si evince che il meccanismo di coping “Reinterpretazione positiva degli eventi” correla positivamente con il Consenso diadico ($r = .206$, $p < .05$) e con l’Espressione affettiva ($r = .200$, $p < .05$). Dunque le donne che percepiscono un maggior consenso e un maggior scambio affettivo col partner tendono anche a reinterpretare in maniera positiva l’esperienza di infertilità.

Come per gli uomini, infine, per quanto riguarda le strategie di coping centrate su Orientamento al problema e Orientamento trascendente anche per le donne non emergono delle correlazioni statisticamente significative, evidenziando un’assenza di interazione tra questo tipo di strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico.

V.3.5 Regressione lineare multipla delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi in relazione alla durata dell’infertilità

Per esplorare l’effetto moderatore rispetto all’ansia e ai vissuti depressivi svolto dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale è stata effettuata l’analisi della regressione lineare multipla, distinguendo i risultati in relazione al genere e alla durata dell’infertilità. Sono di seguito riportati i valori (β) di tali regressioni (Tabb. 23 e 24).

Tabella 23 - Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi in relazione alla durata dell’infertilità per gli uomini (N = 101)

< 18 mesi							
Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
	<i>Depressione</i>						
1	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	35.88	.000	.52	.71	6.73	.000
2	Coping centrato su Sostegno sociale / Ricerca di comprensione	22.28	.000	.54	.31	2.91	.007

Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
	<i>Ansia di stato</i>						
1	Coping centrato su Sostegno sociale/ Sfogo emotivo	9.15	.005	.20	.33	2.37	.024
2	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	7.45	.001	.31	.36	2.78	.009
3	Consenso diadico	7.41	.000	.42	-.46	-3.55	.001
> 18 mesi							
	<i>Depressione</i>						
1	Coping centrato su Evitamento / Negazione	18.74	.000	.24	.33	3.25	.002
2	Coping centrato su Orientamento trascendente/ Sostegno della religione	18.87	.000	.39	.47	4.78	.000
3	Coping centrato su Attitudine positiva / Reinterpretazione positiva degli eventi	15.59	.000	.45	-.24	-2.52	.015
4	Consenso diadico	14.50	.000	.49	-.21	-2.03	.047
	<i>Ansia di stato</i>						
1	Coping centrato su Evitamento / Distacco comportamentale	24.02	.000	.32	.28	2.27	.028
2	Coping centrato su Evitamento / Negazione	16.73	.000	.51	.39	3.09	.003
3	Coping centrato su Attitudine positiva / Reinterpretazione positiva degli eventi	20.76	.000	.46	-.39	-3.83	.000
4	Soddisfazione diadica	18.85	.000	.57	-.19	-2.03	.047

Tabella 24 - Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi in relazione alla durata dell'infertilità per le donne (N = 101)

< 18 mesi							
Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
	<i>Depressione</i>						
1	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	10.19	.000	.24	.54	3.89	.000
2	Coping centrato su Orientamento trascendente/ Umorismo (assenza)	10.68	.000	.40	.45	3.64	.001
3	Coping centrato su Evitamento / Distacco mentale	10.18	.000	.50	.39	2.91	.007
4	Coping centrato su Orientamento al problema / Impegno e sforzo	10.86	.000	.59	-.35	-2.65	.013
	<i>Ansia di stato</i>						
1	Coping centrato su Evitamento / Distacco comportamentale	5.43	.026	.14	.58	4.09	.000

Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
2	Coping centrato su Attitudine positiva / Atteggiamento di accettazione	6.36	.005	.29	-.57	-4.23	.000
3	Coping centrato su Orientamento trascendente/ Umorismo (assenza)	7.82	.000	.43	.27	2.09	.045
4	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	7.69	.000	.51	.40	3.02	.005
5	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	8.15	.000	.58	-.39	-2.93	.007
> 18 mesi							
	Depressione						
1	Coping centrato su Orientamento trascendente/ Umorismo (assenza)	18.73	.000	.27	.27	2.25	.029
2	Coping centrato su Evitamento / Negazione	13.46	.000	.36	.63	5.33	.000
3	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	11.41	.000	.42	.32	2.90	.006
4	Soddisfazione diadica	12.88	.000	.47	-.24	-2.23	.030
	Ansia di stato						
1	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	9.07	.004	.15	.40	3.24	.002
2	Coping centrato su Evitamento / Negazione	7.66	.001	.24	.29	2.33	.024

Per quanto riguarda gli uomini (Tab. 23), emerge che quando la durata dell'infertilità è minore di 18 mesi la depressione è predetta positivamente dai meccanismi di coping “Sfogo emotivo” ($\beta = .71$; $p < .001$) e “Ricerca di comprensione” ($\beta = .31$; $p < .01$) Dunque il dare sfogo ai propri sentimenti e il cercare sostegno morale si configurano come dei fattori che favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi a breve termine.

Quando la durata dell'infertilità è maggiore di 18 mesi, invece, la depressione è predetta positivamente dai meccanismi di coping “Negazione” ($\beta = .33$; $p < .001$) e “Sostegno della religione” ($\beta = .47$; $p < .001$) e negativamente dal meccanismo di coping “Reinterpretazione positiva degli eventi” ($\beta = -.24$; $p < .05$) e dal Consenso diadi-

co ($\beta = -.21$; $p < .05$). A lungo andare il negare l'esperienza dell'infertilità e il riporre le proprie speranze nella religione si configurano come dei fattori che non proteggono e favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi. Di contro, il riuscire a interpretare in maniera positiva la propria esperienza di infertilità e percepire un elevato consenso col partner si configurano come degli importanti fattori protettivi rispetto a questi stessi vissuti.

Per quanto riguarda l'ansia di stato, invece, quando la durata dell'infertilità è minore di 18 mesi essa è predetta positivamente dai meccanismi di coping "Sfogo emotivo" ($\beta = .33$; $p < .05$) e "Uso di sostanze" ($\beta = .36$; $p < .05$) e negativamente dal "Consenso diadico" ($\beta = -.46$; $p < .01$). Quindi, a breve termine, il ricorrere all'uso di sostanze come alcool e farmaci e il dare sfogo ai propri sentimenti favoriscono l'insorgenza di vissuti ansiosi; di contro la percezione di un elevato grado di consenso col partner si configura come un fattore protettivo, svolgendo probabilmente la funzione di contenimento delle ansie elicitate da questa esperienza.

Quando la durata dell'infertilità è maggiore di 18 mesi, infine, l'ansia di stato è predetta positivamente dai meccanismi di coping "Distacco comportamentale" ($\beta = .28$; $p < .05$) e "Negazione" ($\beta = .39$; $p < .01$) e negativamente dal meccanismo di coping "Reinterpretazione positiva degli eventi" ($\beta = -.39$; $p < .001$) e dalla Soddisfazione diadica ($\beta = -.19$; $p < .05$). Quindi, a lungo andare, il riuscire a reinterpretare in maniera positiva l'esperienza che si sta vivendo e la percezione di un elevato grado di soddisfazione col partner si configurano come importanti fattori protettivi rispetto all'ansia; di contro, il negare e l'evitare di affrontare la situazione si configura come un fattore di rischio.

Per quanto riguarda le donne (Tab.24), emerge che quando la durata dell'infertilità è minore di 18 mesi la depressione è predetta positivamente dai meccanismi di coping "Sfogo emotivo" ($\beta = .54$; $p < .001$), assenza di "Umorismo" ($\beta = .45$; $p < .01$) e "Distacco mentale" ($\beta = .39$; $p < .01$) e negativamente dal meccanismo di coping "Impegno e sforzo" ($\beta = -.35$; $p < .05$). Dunque riuscire a realizzare attivamente qualche azione per fronteggiare l'esperienza dell'infertilità, quindi assumere un ruolo attivo, si configura come un fattore protettivo rispetto ai vissuti depressivi per le donne. Di contro il dare sfogo ai propri sentimenti, il non riuscire a prendersi gioco della situazione e l'evadere mentalmente dalla stessa si configurano come dei fattori che favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi a breve termine.

Quando la durata dell'infertilità è maggiore di 18 mesi, invece, la depressione è predetta positivamente dai meccanismi di coping assenza di "Umorismo" ($\beta = .27$; $p < .05$), "Negazione" ($\beta = .63$; $p < .001$) e "Uso di sostanze" ($\beta = .32$; $p < .05$). A lungo andare il non riuscire a prendersi gioco della situazione, il negare a se stesse ciò che si sta vivendo e

il fare uso di sostanze come alcool e farmaci per fronteggiare l'esperienza dell'infertilità si configurano come dei fattori che favoriscono vissuti depressivi.

Per quanto riguarda l'ansia di stato, invece, quando la durata dell'infertilità è minore di 18 mesi essa è predetta positivamente dai meccanismi di coping "Distacco comportamentale" ($\beta = .58$; $p < .001$), assenza di "Umorismo" ($\beta = .27$; $p < .05$) e "Sfogo emotivo" ($\beta = .40$; $p < .01$) e negativamente dai meccanismi di coping "Atteggiamento di accettazione" ($\beta = -.57$; $p < .001$) e "Uso di sostanze" ($\beta = -.39$; $p < .01$). Quindi, a breve termine, il ridurre i propri sforzi per affrontare la situazione, il non riuscire a prendersi gioco della situazione e il dare sfogo ai propri sentimenti favoriscono l'insorgenza di vissuti ansiosi; di contro il riuscire ad accettare la situazione e il fare uso di sostanze come i farmaci per fronteggiare l'esperienza dell'infertilità si configurano come dei fattori protettivi, capaci di arginare le ansie elicite da questa esperienza. Tuttavia il ricorrere all'uso di sostanze per fronteggiare la propria esperienza di infertilità potrebbe impedire l'elaborazione di ciò che si sta vivendo e, sebbene questo attutisca la percezione dei vissuti ansiosi a breve termine, tale meccanismo di coping a lungo andare si configura come un meccanismo disadattivo, che favorisce l'insorgenza del disagio emotivo.

Quando la durata dell'infertilità è maggiore di 18 mesi, infine, l'ansia di stato è predetta positivamente dai meccanismi di coping "Uso di sostanze" ($\beta = .40$; $p < .01$) e "Negazione" ($\beta = .29$; $p < .05$). Quindi a lungo andare il negare a se stesse ciò che si sta vivendo e il fare uso di sostanze come alcool e farmaci per fronteggiare l'esperienza dell'infertilità si configurano come dei fattori che favoriscono l'insorgenza di vissuti ansiosi.

In sintesi, da tali risultati è emerso che il ricorso a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, sull'evitamento e sull'orientamento trascendente si configura come un fattore di rischio in quanto favorisce l'insorgenza di vissuti ansiosi e depressivi; di contro, la percezione di un elevato grado di adattamento col partner e il ricorso a strategie di coping centrate sull'attitudine positiva e sull'orientamento al problema proteggono rispetto all'insorgenza di vissuti emotivi negativi elicitati da questa esperienza.

V.4 Conclusioni

Questa ricerca ha voluto studiare le risorse adattive e il vissuto emotivo percepito dai membri delle coppie che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). In particolare essa ha mirato a: esplorare le differenze nelle strategie di coping individuale, nelle modalità di adattamento diadico e nei vissuti depressivi e ansiosi percepiti dai membri delle coppie infertili rispetto ad alcune variabili sia personali sia legate alla propria esperienza di infertilità; esplorare la relazione esistente tra modalità di adattamento diadico e strategie di coping adottate dai membri della coppia; esplorare l'effetto protettivo e moderatore rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi svolto dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale in relazione alla durata dell'infertilità.

Per quanto riguarda il primo punto, è interessante notare che le strategie di coping sono influenzate dal genere, dall'età, dalla presenza di figli e dai trattamenti precedenti.

Le donne tendono infatti ad usare maggiormente delle strategie centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento del problema; gli uomini, invece, tendono maggiormente ad affrontare la situazione problematica.

Questi risultati suggeriscono dunque che nel contesto italiano le donne sono maggiormente a rischio degli uomini in quanto percepiscono una maggiore difficoltà nell'affrontare la propria esperienza di infertilità e un maggior bisogno di ricevere un supporto sociale.

Inoltre, con l'avanzare dell'età, le donne tendono ad accettare maggiormente la situazione e a ricorrere maggiormente alla religione. Con l'avanzare dell'età aumenta anche il ricorso all'umorismo. Questi risultati rimandano alla considerazione che, probabilmente, con l'aumentare dell'età e con la progressiva riduzione del tasso di fertilità le donne divengono sempre più capaci di accettare la propria condizione di infertilità, elaborarla e investire su obiettivi altri.

È inoltre emerso che l'avere o meno dei figli influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza di infertilità. Per quanto riguarda gli uomini, in particolare, coloro che hanno già figli tendono ad investire minori energie in un percorso di PMA, ad avere una visione più positiva della situazione e ad avere un maggior sentimento di accettazione rispetto a coloro i quali non hanno figli. Di contro, coloro che non hanno figli tendono ad investire maggiori energie in questa esperienza e a ricorrere maggiormente

all'uso di sostanze nell'affrontare la propria infertilità rispetto ai primi. Per quanto riguarda le donne, invece, coloro che hanno già figli riescono ad esercitare un maggiore controllo sulla situazione, informandosi e trattenendosi dall'agire impulsivamente.

Le donne che si sono già sottoposte a dei trattamenti, infine, tendono a dare sfogo ai propri sentimenti in misura maggiore delle donne che non hanno mai effettuato alcun tipo di trattamento. Inoltre, le donne che hanno già fatto qualche trattamento riportano un maggior grado di accettazione della propria condizione rispetto a quelle donne che si accingono ad intraprendere questo percorso per la prima volta. L'aver già effettuato dei trattamenti di PMA, quindi, probabilmente favorisce nelle donne la graduale elaborazione della propria esperienza di infertilità, inducendole, allo stesso tempo, a ricercare un supporto sociale.

Per quanto riguarda le modalità di adattamento diadico, invece, queste sono influenzate dall'età, dai trattamenti precedenti e dalla durata dell'infertilità.

È infatti interessante osservare che vi è una differenza statisticamente significativa nei livelli di consenso diadioco tra le donne la cui età è compresa tra i 30 e i 39 anni e le donne con un'età superiore ai 40 anni. Considerando che il tasso di fertilità è fortemente associato all'età e che a 40 anni esso si riduce notevolmente, la riduzione delle probabilità procreative sembra influenzare l'adattamento di coppia, comportando una riduzione del grado di accordo coniugale. Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che l'avanzare dell'età, e quindi anche la progressiva riduzione delle probabilità procreative, non incidono sull'adattamento con la partner.

È interessante inoltre notare che mentre per le donne la percezione della relazione col proprio partner non muta in base all'aver o meno effettuato precedenti trattamenti, negli uomini sembrano esserci maggiori manifestazioni affettive e un maggior grado di accordo diadioco in assenza di trattamenti precedenti. Probabilmente questo dato suggerisce che l'aver già sperimentato precedenti trattamenti, risultati fallimentari, alimenti negli uomini la crisi dell'infertilità concernente la sfera della relazione col partner.

La durata dell'infertilità non influisce sulle modalità di adattamento diadioco per gli uomini, che si attesta su dei valori medio-alti. Occorre tuttavia notare che per le donne emerge che il grado di soddisfazione diadiica è maggiore quando la durata dell'infertilità è breve piuttosto che quando è superiore ai 18 mesi. Tale dato è molto interessante perché potrebbe suggerire che lo stress connesso all'infertilità, nelle sue diverse dimensioni, e in

particolare nella sfera relativa alla relazione col partner, aumenta con il prolungarsi della durata della propria infertilità.

Per quanto riguarda il vissuto depressivo e ansioso, infine, esso è influenzato dal genere, dal titolo di studio, dall'aver già effettuato precedenti trattamenti e dal tipo di diagnosi ricevuta.

Le donne, infatti, percepiscono in misura maggiore degli uomini vissuti depressivi e ansiosi, e quindi gli effetti che lo stress connesso al percorso di PMA esercita sul vissuto emotivo.

Inoltre, le laureate riportano punteggi significativamente più bassi nei vissuti depressivi delle donne con licenza media inferiore e superiore. Si evidenzia, dunque, un effetto protettivo delle risorse derivanti dalla formazione culturale rispetto al rischio depressivo nelle donne. Non emergono differenze statisticamente significative rispetto al titolo di studio per gli uomini.

È interessante anche osservare l'impatto esercitato dagli interventi di PMA sul vissuto psichico delle donne. Le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti riportano infatti dei punteggi nei vissuti depressivi significativamente maggiori delle donne che si accingono a intraprendere un percorso di PMA per la prima volta. Per gli uomini, invece, non emergono differenze statisticamente significative.

Per quanto riguarda l'influenza esercitata dal tipo di diagnosi, infine, emerge che gli uomini con diagnosi maschile riportano livelli di ansia di stato significativamente maggiori degli uomini con diagnosi femminile. Questi dati evidenziano che il tipo di diagnosi esercita un'influenza significativa sul vissuto ansioso degli uomini ma non delle donne. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che la diagnosi maschile può essere vissuta dall'uomo come una vera e propria ferita narcisistica. Di conseguenza, gli uomini con tale tipo di diagnosi tenderebbero a percepire vissuti ansiosi in misura maggiore di coloro a cui, invece, è stata comunicata una diagnosi esclusivamente femminile. Si evidenzia quindi un maggior disagio emotivo percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica.

Per quanto riguarda il secondo punto, e cioè la relazione tra le modalità di adattamento diadico e le strategie di coping individuale, invece, è emerso in particolare che minore è il grado di adattamento diadico percepito e maggiore risulta la tendenza degli

uomini e delle donne a ricorrere a delle strategie di coping centrate sull'evitamento della propria condizione di infertilità.

Per quanto riguarda il terzo punto, infine, e cioè l'effetto protettivo e moderatore rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi svolto dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale in relazione alla durata dell'infertilità, è emerso che per gli uomini le strategie di coping centrate sull'evitamento e sul sostegno sociale si configurano come dei fattori che favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi a breve termine. Percepire un elevato grado di accordo col partner, invece, si configura come un fattore protettivo.

A lungo andare, inoltre, il riuscire a reinterpretare in maniera positiva l'esperienza che si sta vivendo e la percezione di un elevato grado di adattamento di coppia si configurano come importanti fattori protettivi rispetto alla percezione di disagio emotivo; di contro, il negare e l'evitare di affrontare la situazione e l'affidarsi alla religione si configurano come dei fattori di rischio in quanto favoriscono tale disagio.

Per quanto riguarda le donne, invece, il riuscire a realizzare attivamente qualche azione per fronteggiare l'esperienza dell'infertilità, quindi assumere un ruolo attivo, e l'accettare tale esperienza si configurano come degli importanti fattori protettivi rispetto alla percezione di disagio emotivo a breve termine. A lungo termine, invece, un importante fattore protettivo è costituito dall'essere soddisfatti della propria relazione col partner. Di contro le strategie di coping centrate sul sostegno sociale, sull'evitamento e sull'orientamento trascendente si configurano come dei fattori che favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi a breve e a lungo termine.

In sintesi, da tali risultati è emerso che il ricorso a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, sull'evitamento e sull'orientamento trascendente si configura come un fattore di rischio in quanto favorisce l'insorgenza di vissuti ansiosi e depressivi; di contro, la percezione di un elevato grado di adattamento col partner e il ricorso a strategie di coping centrate sull'attitudine positiva e sull'orientamento al problema proteggono rispetto all'insorgenza di vissuti emotivi negativi elicitati da questa esperienza.

Le modalità di adattamento di coppia e le strategie di coping individuale rivestono dunque un ruolo importante rispetto all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi. Le stesse modalità di adattamento diadico, inoltre, hanno un'influenza significativa sulle strategie di

coping messe in atto per fronteggiare l'infertilità e i percorsi di PMA. Valutare le modalità di adattamento diadico e le strategie di coping individuale è dunque indispensabile per approntare interventi psicologici rivolti alle coppie infertili.

VI

Contributo alla validazione italiana del Fertility Problem Inventory di Newton, Sherrard e Glavac

VI.1 Premessa

Per la creazione del test gli autori hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984). R. S. Lazarus ha proposto un modello transazionale secondo il quale per comprendere la relazione stressante individuo-ambiente occorre esaminare il relativo equilibrio di forze tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Egli ha però precisato che tale equilibrio di forze non deriva da caratteristiche oggettive dell'ambiente e della persona ma è mediato dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente.

Pertanto il modello di Lazarus è costituito da: caratteristiche dell'ambiente; caratteristiche dell'individuo; processi di mediazione; ed effetti sulla sfera psicologica, fisica e sociale.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'ambiente, queste fanno riferimento ad aspetti legati all'ambiente sociale e relazionale e a quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti. Tra le variabili situazionali Lazarus ha annoverato le seguenti: richieste; prescrizioni sociali; opportunità; cultura; novità; prevedibilità; incertezza degli eventi; fattori temporali; ambiguità; periodo dell'evento stressante in relazione al ciclo di vita.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'individuo, invece, queste fanno riferimento ad alcune caratteristiche personali tra le quali Lazarus ha citato le seguenti: obiettivi; convinzioni personali ed esistenziali; risorse personali.

Per quanto riguarda i processi di mediazione, questi hanno la funzione di mediare la relazione tra le caratteristiche situazionali e le caratteristiche disposizionali. Per processi di mediazione Lazarus intende sia la valutazione cognitiva della situazione sia le strategie di coping per fronteggiarla. Lazarus ha inoltre affermato che un altro processo di mediazione è svolto dal supporto sociale, il quale si riferisce alla natura delle interazioni che avvengono nelle relazioni sociali e al modo in cui esse sono valutate dalla persona.

Per quanto riguarda gli effetti, infine, Lazarus ha asserito che il fronteggiamento di un evento stressante comporta degli specifici effetti sulla sfera sociale, psicologica e somatica.

A partire dal modello transazionale di Lazarus, dunque, gli autori dell'FPI, nella formulazione del questionario, hanno voluto prestare attenzione al polo ambientale, ovvero agli aspetti dell'esperienza di infertilità che potrebbero costituire delle vere e proprie fonti di stress per le persone che la vivono. Essi hanno inoltre ipotizzato che tali aspetti inerenti l'esperienza di infertilità e che potrebbero configurarsi come potenziali fonti di stress coinvolgano dimensioni individuali, dimensioni legate alla relazione di coppia e dimensioni legate alla rete sociale.

VI.2 Strumento

Il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999) è un questionario self-report costituito da 46 item su scala Likert a 6 punti che valuta la percezione delle fonti di stress connesse alle diverse dimensioni individuali, relazionali e di coppia coinvolte nel processo di fronteggiamento dell'esperienza di infertilità.

Per la creazione del test gli autori hanno dunque fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984) e hanno consultato la letteratura internazionale concernente l'infertilità individuando cinque possibili fonti di stress in relazione a tale esperienza. Per ogni fonte è stata costruita una relativa scala. Ai fini della convalida l'FPI è stato sottoposto a 2302 soggetti (1153 donne e 1149 uomini) in procinto di cominciare un percorso di PMA e sono state calcolate l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L'attendibilità è stata calcolata mediante il test-retest (17 coppie hanno compilato l'FPI in due occasioni a distanza di 30 giorni) e l'analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità discriminante sono state calcolate le intercorrelazioni tra le 5 scale del questionario per mezzo delle correlazioni di Pearson ed è stata valutata la capacità dell'FPI di discriminare rispetto al genere, alla diagnosi e alla storia di infertilità mediante la MANOVA;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI, i vissuti depressivi e ansiosi e le modalità di adattamento diadico mediante le correlazioni di Pearson.

Nel succitato studio di convalida l'FPI ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche (Newton C. et al., 1999) per quanto riguarda sia l'attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l'attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

- La correlazione tra i punteggi ottenuti nelle due somministrazioni (test-retest) è risultata significativa ed elevata sia per le donne ($r = .83$; $p < .001$) che per gli uomini ($r = .84$; $p < .001$);
- L' α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala relativa allo Stress globale ($\alpha = .93$) che nelle cinque sottoscale: Aspetti sociali ($\alpha = .87$); Aspetti sessuali ($\alpha = .77$); Aspetti relazionali ($\alpha = .82$); Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($\alpha = .80$); Bisogno di genitorialità ($\alpha = .84$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Le intercorrelazioni tra le cinque scale del questionario sono risultate significative ma moderate (media delle intercorrelazioni $r = .45$; range $.26 - .66$) dimostrando che il questionario misura dimensioni separate dello stesso costrutto;
- Rispetto alle differenze di genere le donne hanno riportato dei punteggi significativamente più elevati degli uomini nella scala Stress globale ($F = 174.2$, $p < .001$) e nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 26.6$, $p < .001$), Aspetti sessuali ($F = 31$, $p < .001$) e Bisogno di genitorialità;

- Rispetto alla storia di infertilità i soggetti senza figli hanno riportato dei punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Aspetti sociali ($F = 33.7$, $p < .001$) e Aspetti sessuali ($F = 7.4$, $p < .001$) e un punteggio minore nella sottoscala Rifiuto di uno stile di vita senza figli ($F = 13.5$, $p < .001$);
- Rispetto al tipo di diagnosi i soggetti con diagnosi femminile hanno ottenuto dei punteggi significativamente minori dei soggetti con diagnosi maschile nella scala Stress globale ($p < .05$) e significativamente minori degli individui con diagnosi sia maschile che sconosciuta nella sottoscala Aspetti sociali ($p < .05$). Gli individui con diagnosi maschile, invece, hanno riportato punteggi significativamente più elevati di coloro che hanno una diagnosi femminile e sconosciuta nella sottoscala Aspetti sessuali ($p < .05$) e significativamente maggiori degli individui con diagnosi sconosciuta nella sottoscala Bisogno di genitorialità ($p < .05$);
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e i vissuti depressivi e ansiosi sono risultate tutte significative e positive ma moderate sia per gli uomini che per le donne, dimostrando che l'FPI non è uno strumento che misura semplicemente la sintomatologia ansiosa e depressiva;
- Le correlazioni tra le dimensioni dell'FPI e le modalità di adattamento diadico sono risultate significative e negative, mostrando che maggiore è lo stress legato all'infertilità e minore è il grado di soddisfazione nella relazione col partner.

Le scale originali dell'FPI sono le seguenti:

- I) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sociali, che contiene item che fanno riferimento alla percezione di sentimenti di isolamento sociale, di alienazione dalla famiglia o dai pari e di disagio rispetto al confronto con gli altri circa la propria infertilità;
- II) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sessuali, che comprende item che fanno riferimento alla percezione della riduzione del piacere e dell'autostima relativi alla sfera sessuale e alla difficoltà percepita di continuare ad avere rapporti sessuali;

III) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni relazionali, che contiene item che riguardano la difficoltà percepita di parlare col partner della propria infertilità, di affrontare l'impatto dell'infertilità sulla relazione di coppia e di comprendere e accettare le differenze di genere relative al modo in cui si reagisce a tale esperienza;

IV) Scala dello stress connesso al Bisogno di genitorialità, che comprende item che si riferiscono alla percezione della genitorialità come obiettivo primario o essenziale della propria vita e ad una forte identificazione con il ruolo di genitore;

V) Scala dello stress connesso al Rifiuto di uno stile di vita senza figli, che contiene item che riguardano la visione negativa di uno stile di vita senza figli e la percezione che la soddisfazione futura o la felicità dipendano dall'avere un figlio (o un altro figlio).

La somma delle cinque scale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Stress globale.

Gli autori dell'FPI, per la creazione del test, hanno fatto un chiaro riferimento al modello dello stress di Lazarus e Folkman (1984). Essi, inoltre, a partire da un ampio campione, hanno condotto delle approfondite analisi sull'attendibilità e sulla validità del questionario, dalle quali è emerso che l'FPI è un valido e utile strumento per rilevare le fonti di stress connesse all'esperienza di infertilità. Tale strumento è stato infatti usato in numerose ricerche che hanno esplorato la relazione tra fonti di stress, adattamento diadico e disagio emotivo (Peterson et al., 2005, 2006, 2009; Domar et al., 2005).

VI.3 Obiettivi della ricerca

Lo scopo di questo lavoro consiste nel presentare la traduzione e un contributo all’adattamento italiano del Fertility Problem Inventory (FPI; Newton et al., 1999). In particolare ci proponiamo di analizzare la validità di costrutto dell’FPI attraverso:

- l’analisi degli item e della coerenza interna per valutare l’attendibilità;
- l’analisi della struttura fattoriale del questionario per valutare la validità di contenuto;
- l’analisi delle differenze emergenti nelle dimensioni valutate dall’FPI rispetto al genere, all’età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell’infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- l’analisi della relazione esistente tra le dimensioni dell’FPI e i vissuti depressivi e ansiosi per valutare la validità predittiva.

VI.4 Traduzione

L’FPI è stato tradotto in lingua italiana da tre traduttori indipendenti. I tre traduttori hanno raggiunto un accordo su una versione comune dello strumento, la quale è stata sottoposta ad una “contro-traduzione” da una persona di madre lingua inglese ed esperta in lessico psicologico. La versione così tradotta è stata paragonata alla versione originale e, dopo ulteriori aggiustamenti, è scaturita la versione sperimentale dell’FPI. Tale versione è stata preliminarmente somministrata a un piccolo campione di coppie infertili diverse per età e livello di istruzione al fine di verificare la comprensibilità degli item e delle istruzioni per completare il questionario. Da questa verifica, dopo altre minime modifiche, è nata la versione finale dell’FPI.

VI.5 Metodologia

VI.5.1 Strumenti

Ai fini della ricerca sono stati adoperati i seguenti strumenti:

- 1) Il *Fertility Problem Inventory* (FPI; Newton et al., 1999), descritto sopra.
- 2) 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 valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà nel sonno, pensieri di farsi male. L'EDS è nato nei centri sanitari di Livingston e di Edimburgo, in Inghilterra, nel 1987 ed è stato sviluppato da J. L. Cox per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nell'individuazione delle donne depresse. L'EDS è stato adoperato dapprima nel post-partum e, successivamente, nel pre-partum (utilizzandolo anche su dei campioni maschili). Tale strumento consta di 10 item che fanno temporalmente riferimento alla settimana appena trascorsa. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio dipendente dalla gravità e dalla durata del sintomo. Il metodo di assegnazione del punteggio è piuttosto semplice: 0 per l'assenza del sintomo; 3 per la massima gravità e durata; 1 e 2 rappresentano un punteggio intermedio. Il punteggio totale può dunque essere compreso tra 0 e 30. L'EDS ha mostrato buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Cox J. et al, 1987) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Benvenuti et al., 1999).
- 3) Lo *State-Trate Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.
L'ansia di stato è concepita come uno stato transitorio che provoca un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito. Sebbene nel concetto di stato sia inserito quello di transitorietà, lo stato d'ansia può ripresentarsi in associazione a stimoli

specifici e può persistere qualora le condizioni evocative non cessino. Esso può variare di intensità e fluttuare nel tempo in funzione della minaccia percepita.

L'ansia di tratto, invece, consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose. In altre parole si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con una intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati a reali o presunti pericoli particolari (Spielberger C., 1966).

I punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Lo STAI-Y ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Spielberger C., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Pedrabissi e Santinello, 1996).

VI.5.2 Metodologia di analisi statistica dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti alle seguenti procedure di elaborazione statistica:

- 1) analisi degli item (correlazioni inter-item, correlazioni item-totale e indici di asimmetria e curtosi) e calcolo dell' α di Cronbach e dei cambiamenti nell' α se un item è cancellato dalla scala per valutare l'attendibilità dell'FPI;
- 2) analisi fattoriale esplorativa (metodo della Fattorializzazione dell'Asse Principale con Rotazione Promax) per valutare la validità di contenuto;
- 3) T-Test e ANOVA (Test Post-hoc di Tukey) per verificare la capacità dell'FPI di discriminare rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- 4) analisi della regressione lineare multipla (metodo Stepwise) sulle dimensioni dell'FPI rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi (variabili dipendenti) per valutare la validità predittiva.

L'elaborazione statistica dei dati raccolti è stata effettuata mediante SPSS – XV.

VI.6 Risultati

VI.6.1 Attendibilità

Dall’analisi degli item dell’FPI emerge che le medie degli item che lo compongono oscillano da un minimo di 1.4 (item n. 43) ad un massimo di 5.12 (item n. 2), con una media di 2.96. Le deviazioni standard dei singoli item variano da 1.2 a 2.3. Per quanto riguarda gli indici di asimmetria e di forma della distribuzione (*skewness* e *curtosi*) tutti gli item presentano un valore maggiore di 1 ad eccezione degli item 37, 34 e 46. Da ciò si evince che gli item della versione italiana dell’FPI non seguono una distribuzione normale. La correlazione item-totale raggiunge livelli elevati di significatività ($p < .01$) ed è superiore a 0.25 per tutti gli item ad eccezione degli item 4, 7, 12, 15, 18, 25, 28, 33 e 46; per nessuno è superiore a 0.80. La media delle correlazioni inter-item è positiva ma bassa (0.11). Tali risultati possono essere spiegati considerando l’eterogeneità delle dimensioni valutate dall’FPI.

L’ α di Cronbach raggiunge un valore molto soddisfacente di 0.84. Inoltre nessuno degli item migliora il valore dell’ α se cancellato dalla scala. L’analisi degli item e l’analisi della coerenza interna relative all’FPI hanno evidenziato, dunque, una complessiva soddisfacente adeguatezza e attendibilità della versione italiana.

VI.6.2. Validità di contenuto

L’FPI consta di 46 item che, nello studio riportato da Newton et al. (1999), si distribuiscono nelle 5 scale su descritte nel seguente modo:

- Preoccupazioni sociali (10 item: 9-12-14-27-30-35-39-40-43-44);
- Preoccupazioni sessuali (8 item: 3-4-7-13-17-22-32-37);
- Preoccupazioni relazionali (10 item: 11-16-18-21-24-26-33-36-45-46);
- Bisogno di genitorialità (10 item: 2-5-6-8-10-19-23-29-34-42);
- Rifiuto di uno stile di vita senza figli (8 item: 1-15-20-25-28-31-38-41).

Al fine di valutare la validità di contenuto è stata effettuata un’analisi fattoriale esplorativa utilizzando come metodo di estrazione la Fattorializzazione dell’Asse Principale.

Dal momento che il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo ($\text{Chi}^2 = 2726.056$; $\text{gdl} = 1035$; $p < .001$) e il test di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ha fornito un valore accettabile ($\text{KMO} = .71$) è stato possibile eseguire l'analisi fattoriale (Barbaranelli, 2006).

Nel presente studio, l'analisi fattoriale ha evidenziato la presenza di 5 fattori che spiegano complessivamente il 32.3% della varianza.

Il primo fattore (varianza spiegata = 14.8%, autovalore = 6.65; alpha = .78) comprende 19 item: 8 item (11-16-18-21-24-26-36-45) della scala originale “Preoccupazioni relazionali”, 7 item (3-7-13-17-22-32-37) della scala originale “Preoccupazioni sessuali”, 3 item (14-27-43) della scala originale “Preoccupazioni sociali” e 1 item (8) della scala originale “Bisogno di genitorialità”. Tale fattore fa riferimento all'eventuale vissuto stressante relativo alla percezione della possibilità di continuare a confrontarsi con il proprio partner in seguito alla scoperta dell'infertilità, ad affrontare con lui tale esperienza e a continuare ad investire nella sfera sessuale senza finalizzarla al concepimento di un figlio. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore “Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner”.

Il secondo fattore (varianza spiegata = 6.6%, autovalore = 2.97; alpha = .75) comprende 6 item (2-5-6-29-34-42) della scala originale “Bisogno di genitorialità”. Tale fattore fa riferimento all'eventuale vissuto stressante relativo alla percezione del significato assunto dall'avere un figlio per la realizzazione personale e della vita di coppia. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore “Stress legato al bisogno percepito di genitorialità”.

Il terzo fattore (varianza spiegata = 4.9%, autovalore = 2.19; alpha = .74) comprende 8 item: 7 item (15-20-25-28-31-38-41) della scala originale “Rifiuto di uno stile di vita senza figli”, 1 item (23) della scala originale “Bisogno di genitorialità”. Questo fattore si riferisce all'eventuale vissuto stressante legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli sia da un punto di vista individuale (possibilità di investire il proprio tempo in altre attività, percepirlne i vantaggi, sentirsi o meno diversi dalle altre persone del proprio sesso) che della relazione di coppia. Alla luce di quanto detto abbiamo etichettato questo fattore “Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli”.

Il quarto fattore (varianza spiegata = 3.2%, autovalore = 1.43; alpha = .75) comprende 7 item: 5 item (9-30-35-39-40) della scala originale “Preoccupazioni sociali” e

2 item (10-19) della scala originale “Bisogno di genitorialità”. Tale fattore si riferisce all’eventuale vissuto stressante legato al modo in cui si percepisce il confronto con gli amici che hanno figli e con le proprie aspettative sul futuro alla luce della propria infertilità. Alla luce di quanto detto abbiamo etichettato tale fattore “Stress legato alla percezione del confronto sociale”.

Il quinto fattore (varianza spiegata = 2.8%, autovalore = 1.27; alpha = .49) comprende 5 item: 2 item (33-46) della scala originale “Preoccupazioni relazionali”, 2 item (12-44) della scala originale “Preoccupazioni sociali” e 1 item (1) della scala originale “Rifiuto di uno stile di vita senza figli”. Tale fattore fa riferimento all’eventuale stress derivante dalla percezione della propria capacità di adattamento all’infertilità sia dal punto di vista individuale che della relazione di coppia. Alla luce di quanto detto abbiamo etichettato questo fattore “Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all’infertilità”.

L’analisi fattoriale, quindi, evidenzia delle peculiarità della versione italiana dell’FPI rispetto alla versione originale. Sebbene emergano 5 fattori, infatti, gli item si distribuiscono in maniera differente al loro interno rispetto alle scale originali.

Occorre innanzitutto notare la distribuzione degli item dell’originale scala “Preoccupazioni relazionali”:

- 8 item (11-16-18-21-24-26-36-45) si collocano nel primo fattore “Stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner” ed esprimono la possibilità percepita di continuare a confrontarsi con il proprio partner in seguito alla scoperta dell’infertilità e ad affrontare con lui tale esperienza;
- gli item 33 “Non riesco ad immaginare che questo problema possa condurci alla separazione” e 46 “Quando parliamo del nostro problema di infertilità il mio partner sembra essere confortato dalle mie considerazioni” si collocano nel quinto fattore “Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all’infertilità” e concernono la possibilità percepita di potersi adattare insieme al partner all’esperienza di infertilità e continuare la propria relazione anche alla luce di una prospettiva di vita senza figli;

È inoltre interessante notare che l'originale scala “Preoccupazioni sessuali” perde una sua autonomia e gli item si distribuiscono nel primo fattore insieme agli item della scala originale “Preoccupazioni relazionali”, inerenti la relazione col partner.

Questa convergenza degli item della scale originali “Preoccupazioni sessuali” e “Preoccupazioni relazionali” in un unico fattore è coerente con quanto Testa e Graziottin (2006) affermano a proposito della stretta connessione tra la sfera sessuale e la relazione col partner in relazione all’esperienza di infertilità. Secondo le autrici, infatti, tale esperienza può avere delle ripercussioni su vari aspetti connessi alla sessualità; aspetti che distinguono in: percezione dell’identità sessuale, funzione sessuale e influenza sulla relazione di coppia.

In primo luogo l’esperienza dell’infertilità può esercitare un’influenza sulla percezione dell’identità sessuale. A tal proposito le autrici sostengono che tale influenza vari a seconda del genere. Nel caso dell’identità femminile vi è un’interazione di diversi fattori tra cui una maggiore identificazione della donna nel ruolo di madre dal punto di vista sociale e un maggiore stress che la funzione riproduttiva comporta sul piano fisico della donna. Nell’uomo, invece, tale influenza è connessa “all’identificazione millenaria, profondamente radicata nell’inconscio personale e collettivo, tra *potentia coeundi* e *potentia generandi*”.¹

In secondo luogo l’esperienza dell’infertilità può esercitare un’influenza sulla funzione sessuale riducendo la percezione del desiderio e del piacere sessuale e provocando disturbi dell’ejaculazione e dell’orgasmo.

Infine l’esperienza dell’infertilità può influire sulla relazione di coppia dal momento che l’attività sessuale risulta finalizzata alla procreazione piuttosto che al piacere. In tali casi l’attività sessuale è deputata al concepimento e non consente alla coppia una realizzazione ed una soddisfazione sessuale.

Gli item della scala originale “Bisogno di genitorialità” si distribuiscono anch’essi in maniera difforme rispetto all’originale:

- 6 item (2-5-6-29-34-42) che concernono proprio il bisogno percepito di diventare genitori per la realizzazione personale e della vita di coppia si collocano coerentemente nel terzo fattore “Stress legato al bisogno percepito di genitorialità”;

¹ Testa G, Graziottin A., *Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo*, “Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia”, 4, 2006, pp.169-173, p. 170.

- gli item 10 “Un futuro senza un figlio (o un altro figlio) mi spaventerebbe” e 19 “Mi sento vuoto a causa del nostro problema di fertilità” si collocano coerentemente nel quarto fattore “Stress legato alla percezione del confronto sociale” in quanto concernono il confronto con le proprie aspettative presenti e future in relazione all’esperienza dell’infertilità ed esprimono il grado di influenza che da tale confronto deriva sulla vita psichica;
- l’item 23 “Avere un figlio (o un altro figlio) non è l’obiettivo principale della mia vita” si colloca coerentemente nel quarto fattore “Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli” in quanto concerne la possibilità di investire su obiettivi altri in relazione all’esperienza dell’infertilità e quindi in relazione alla prospettiva di una vita senza figli.
- l’item 8 “E’ difficile sentirsi veramente adulti finché non si ha un figlio”, infine, si colloca coerentemente nel primo fattore “Stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner” in quanto concerne gli aspetti identitari connessi alla possibilità di generare un figlio e quindi esprimere pienamente la propria maturità sessuale.

Gli item della scala originale “Rifiuto di uno stile di stile di vita senza figli” si distribuiscono nel seguente modo:

- 7 item (15-20-25-28-31-38-41) si collocano coerentemente nel quarto fattore “Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli” in quanto riguardano la possibilità di prospettare una vita senza figli da un punto di vista individuale;
- l’item 1 “Le coppie senza un figlio sono felici quanto quelle con figli” si colloca nel quinto fattore “Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all’infertilità” e indica la possibilità percepita di poter avere una relazione soddisfacente anche senza un figlio e, pertanto, la possibilità di adattarsi, insieme al partner, all’esperienza dell’infertilità.

Infine, gli item della scala originale “Preoccupazioni sociali” si distribuiscono nel seguente modo:

- 6 item (9-30-35-39-40) si collocano coerentemente nel quarto fattore “Stress legato alla percezione del confronto sociale” ed esprimono il modo in cui si percepisce il confronto con gli amici che hanno figli e con i parenti in relazione all’esperienza dell’infertilità, indicando il grado di influenza di tale esperienza sulla vita relazionale;

-gli item 14 “Le vacanze sono un momento particolarmente difficile per me”, 27 “Le riunioni familiari sono particolarmente difficili per me” e 35 “Ho ancora molte cose in comune con gli amici che hanno figli” si collocano nel primo fattore “Stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner”; - gli item 12 “Non mi sembra che i familiari ci trattino in maniera diversa da prima” e 44 “Non provo disagio quando gli altri parlano dei loro figli”, infine, si collocano nel quinto fattore “Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all’infertilità” ed esprimono la possibilità percepita di continuare ad intrattenere relazioni con parenti e amici che hanno figli, adattandosi all’esperienza di infertilità.

Nella versione italiana dell’FPI, quindi, le scale della versione originale confluiscano in nuove dimensioni relative alle varie fonti di stress legato all’esperienza di infertilità; nuove dimensioni in cui aspetti individuali e relazionali si combinano in maniera coerente mostrando la complessità e la poliedricità connesse a ciascuna dimensione.

I risultati dell’analisi fattoriale della versione italiana dell’FPI sono presentati in dettaglio nella tabella seguente (Tab. 1).

Tabella 1 – Analisi Fattoriale del Fertility Problem Inventory. Varianza totale spiegata 32,3%

α di Cronbach = .84

Analisi fattoriale FPI	Saturazioni	Autovalori	% var.	α
Fattore 1: Stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner		6,65	14,8%	0,78
16. Il mio partner non riesce a capire come il problema della fertilità influisce su di me	,689			
36. Ogni volta che proviamo a parlare del nostro problema di fertilità sembra che si arrivi ad una discussione	,687			
22. Avere rapporti sessuali è difficile perché non voglio avere altre delusioni	,629			
21. Il fatto che il mio partner reagisca in maniera diversa da me al problema dell’infertilità mi disturba	,611			
13. Sento di aver fallito a livello sessuale	,528			
14. Le vacanze sono un momento particolarmente difficile per me	,419			
24. Il mio partner è deluso da me	,402			
45. Temo che il mio partner e io ci allontaneremo poco a poco a causa dell’infertilità	,381			
17. Durante i rapporti sessuali, non penso ad altro che al mio desiderio di un figlio	,365			
43. Ho la sensazione che amici o familiari si stiano allontanando da noi	,344			
26. Il mio partner e io potremmo parlare più apertamente l’uno con l’altra del nostro problema di fertilità	,328			
8. E’ difficile sentirsi veramente adulti finché non si ha un figlio	,285			
27. Le riunioni familiari sono particolarmente difficili per me	,283			

Analisi fattoriale FPI	Saturazioni	Autovalori	% var.	α
32. Se non sfruttiamo un giorno fertile per avere rapporti sessuali posso sentirmi arrabbiato	,258			
37. A volte mi sento così sotto pressione che avere rapporti sessuali diventa difficile	,252			
3. Penso di aver perso il piacere sessuale a causa dei problemi di fertilità	,251			
18. Il mio partner e io riusciamo bene ad affrontare insieme questioni riguardanti la nostra infertilità	,241			
7. Non sento di essere diverso dalle altre persone del mio sesso	,213			
11. Non posso mostrare al mio partner come mi sento perché ne sarebbe turbato	,212			
Fattore 2: Stress legato al bisogno percepito di genitorialità		2,97	6,6%	0,75
5. Per me diventare genitore è un obiettivo più importante dell'avere una carriera lavorativa soddisfacente	,703			
2. La gravidanza e la nascita di un figlio sono i due eventi più importanti in una relazione di coppia	,650			
29. Ho spesso pensato che ero nato per diventare genitore	,581			
42. Farò qualsiasi cosa per avere un figlio (o un altro figlio)	,577			
34. Da che mi ricordo ho sempre desiderato diventare genitore	,565			
6. Il mio matrimonio ha bisogno di un figlio (o di un altro figlio)	,469			
Fattore 3: Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli		2,19	4,9%	0,74
28. Non avere un figlio (o un altro figlio) mi consentirebbe di avere il tempo per fare altre cose soddisfacenti	,719			
41. C'è una certa libertà nel non avere bambini che mi attira	,632			
25. Talvolta mi domando se voglio veramente avere un figlio (o un altro figlio)	,592			
20. Posso immaginare una vita felice senza un figlio (o un altro figlio)	,545			
15. Potrei individuare un certo numero di vantaggi nel non avere un figlio (o un altro figlio)	,496			
38. Potremmo avere una lunga e felice relazione senza un figlio (o un altro figlio)	,479			
31. Avere un figlio (o un altro figlio) non è necessario per la mia felicità	,474			
23. Avere un figlio (o un altro figlio) non è l'obiettivo principale della mia vita	,314			
Fattore 4: Stress legato alla percezione del confronto sociale		1,43	3,2%	0,75
40. Quando vedo famiglie con bambini mi sento escluso	,848			
39. Trovo difficile trascorrere del tempo con amici che hanno figli piccoli	,651			
30. Non riesco ad evitare di paragonarmi ad amici che hanno figli	,545			
9. Non provo disagio quando mi rivolgono domande sui bambini	,530			
35. Ho ancora molte cose in comune con gli amici che hanno figli	,426			
19. Mi sento vuoto a causa del nostro problema di fertilità	,397			
10. Un futuro senza un figlio (o un altro figlio) mi spaventerebbe	,350			
Fattore 5: Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità		1,27	2,8%	0,49
46. Quando parliamo del nostro problema di infertilità il mio partner sembra essere confortato dalle mie considerazioni	,600			
44. Non provo disagio quando gli altri parlano dei loro figli	,466			
1. Le coppie senza un figlio sono felici quanto quelle con figli	,406			
33. Non riesco ad immaginare che questo problema possa condurci alla separazione	,355			
12. Non mi sembra che i familiari ci trattino in maniera diversa da prima	,334			

* l'item 4 non satura alcun fattore

VI.6.3. Validità discriminante

Ai fini della verifica della validità discriminante sono state eseguite le seguenti analisi:

a) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto al genere (Tab. 2) è emerso che le donne percepiscono un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($T = 3.40$; $p < .05$), un maggiore stress legato alla percezione del confronto sociale ($T = 4.06$; $p < .001$) e un maggiore stress globale ($T = 3.42$; $p < .05$). L'esperienza dell'infertilità, quindi, viene percepita come un evento stressante in misura maggiore dalle donne in modo statisticamente significativo.

Tabella 2 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al sesso: T-Test

	Donne (N = 101)		Uomini (N= 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,31	,75	1,97	,62	3,40*
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,88	,96	4,61	1,17	1,76 (p= .08)
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,19	1,09	4,23	1,00	-,29
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,76	1,04	2,19	,95	4,06**
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,97	1,10	2,76	1,08	1,37
Stress globale	3,13	,60	2,85	,55	3,42*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Dal T-Test quindi emerge che le donne percepiscono l'esperienza di infertilità in maniera molto più stressante degli uomini. Questo dato è in linea con quanto emerge dalla letteratura internazionale che afferma in maniera unanime che l'esperienza dell'infertilità si configura come un evento più stressante per le donne che per gli uomini (Greil, 1997; Abbey et al., 1991; McGrade, 1981; Brucker e McKenry, 2003; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Ulbrich et al., 1990).

b) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto all'età (Tab. 3) emerge che gli uomini con un'età superiore ai 39 anni riportano un minore stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli rispetto agli uomini che hanno meno di 30 anni ($F = 4,42$; $p < .05$). Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 3 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,05	2,01	1,79	1,08	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,72	4,63	4,48	,19	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,83	4,22	3,85	4,42*	A > C
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,58	2,19	1,88	1,40	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,94	2,61	3,10	1,83	-
Stress globale	3,08	2,84	2,67	2,37	-
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,34	2,29	2,33	,05	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,06	4,87	4,43	1,69	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,56	4,08	3,84	2,52	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	3,03	2,70	2,44	1,54	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,78	3,00	3,29	,87	-
Stress globale	3,25	3,09	2,33	,95	-

* $p < 0,05$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tale risultato potrebbe suggerire che con l'avanzare dell'età gli uomini riescono ad elaborare il lutto del figlio desiderato, investire le proprie energie su obiettivi altri e, quindi, percepire un minore stress legato proprio alla prospettiva di una vita senza figli. Per le donne, invece, l'età non sembra influenzare nessuna delle fonti di stress connesse all'infertilità.

Dunque, a dispetto di precedenti ricerche (Glover et al., 1999; Gourounti et al., 2010) in cui non sono emerse differenze significative nella percezione delle fonti di stress in relazione all'età, in questo studio sono emerse delle differenze significative nel modo in cui gli uomini percepiscono lo stress legato alla prospettiva di una vita senza figli a seconda dell'età.

c) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto al titolo di studio (Tab. 4) per le donne emerge che le laureate riportano punteggi significativamente più bassi delle donne con licenza media inferiore e superiore nello stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($F = 3.30; p < .05$), nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($F = 3.15; p < .05$) e nello stress globale ($F = 5.23; p < .05$). Il livello culturale, dunque, risulta svolgere un funzione protettiva rispetto alla percezione dello stress legato all'infertilità. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 4 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,04	1,95	1,95	,16	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,94	4,51	4,44	1,36	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,41	4,25	3,80	1,51	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,42	2,13	2,03	1,05	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,90	2,68	2,83	,38	-
Stress globale	3,00	2,81	2,72	1,44	-
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,44	2,39	1,98	3,30*	C < A C < B
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,14	4,82	4,62	2,25	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,3	4,33	3,73	3,15*	C < A, C < B
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,82	2,84	2,57	,59	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	3,24	2,92	2,68	1,99	-
Stress globale	3,29	3,19	2,81	5,23*	C < A, C < B

* $p < 0,05$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Quindi le donne laureate riescono a fronteggiare meglio lo stress globale derivante dall'esperienza dell'infertilità e, in particolare, lo stress derivante dalla percezione di una prospettiva di vita senza figli e lo stress inherente la sfera sessuale e relazionale. Per gli uomini, invece, il livello di istruzione non sembra influenzare nessuna delle fonti di stress connesso all'infertilità.

Anche in questo caso, a dispetto di precedenti ricerche (Gourounti et al., 2010) che non hanno rilevato la presenza di differenze significative nelle fonti di stress in relazione al titolo di studio, sono invece emerse delle significative differenze nel modo in cui le donne percepiscono alcune fonti di stress connesso all’infertilità a seconda del titolo di studio.

d) Differenze nelle fonti di stress connesso all’infertilità rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell’FPI rispetto alla presenza/assenza di figli emerge che gli uomini senza figli riportano dei punteggi significativamente maggiori nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($T = 2.38$; $p < .05$) e che le donne con figli riportano un maggiore stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($T = -2.53$; $p < .05$) (Tab. 5).

Tabella 5 - Differenze nelle dimensioni dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,98	,63	1,93	,57	,22
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,57	1,19	5,01	,96	-1,14
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,31	,96	3,53	1,10	2,38*
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,23	,94	1,85	,97	1,18
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,72	1,08	3,04	1,06	-,86
Stress globale	2,86	,55	2,74	,58	,65
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,24	,75	2,86	,53	-2,53*
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,83	,97	5,30	,74	-1,45
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,24	1,09	3,79	1,04	1,23
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,81	1,05	2,32	,94	1,41
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,96	1,13	3,04	,95	-,20
Stress globale	3,11	,61	3,29	,49	-,88

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Quindi le donne che hanno già figli tendono a percepire in maniera maggiormente stressante delle donne senza figli l'influenza che l'esperienza dell'infertilità esercita sulla relazione con il partner e sulla sfera sessuale. Gli uomini che non hanno ancora figli, invece, tendono a percepire in maniera maggiormente stressante la prospettiva di una vita senza figli.

Questi dati sono peculiari del campione italiano dal momento che si pongono in parte in antitesi con quanto emerso da precedenti ricerche (Newton et al., 1999) in cui le coppie senza figli sono risultate più stressate negli aspetti concernenti la relazione col partner rispetto alle coppie con figli.

e) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti non emergono differenze statisticamente significative né per gli uomini né per le donne (Tab. 6). Dunque l'aver affrontato o meno precedenti trattamenti di PMA non influenza il modo in cui l'esperienza di infertilità è percepita come una fonte di stress.

Tabella 6 - Differenze nelle dimensioni dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,90	1,08	2,03	1,17	-1,06
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,68	,78	4,55	,87	,55
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,30	,81	4,18	,79	,62
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,07	,97	2,29	,82	-1,18
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,82	1,14	2,69	,84	,60
Stress globale	2,83	,56	2,86	,56	-,30
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,26	,90	2,35	,84	-,61
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,69	,83	5,03	,83	-1,77 (p= .081)
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,32	,91	4,08	93	-,11
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,63	,88	2,88	,95	-1,21
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,86	,99	3,06	,79	-,92
Stress globale	3,07	,54	3,17	,59	-,84

* p < 0,05 ** p < 0,001

Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

f) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla durata dell'infertilità

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 7) emerge che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi riportano un livello significativamente più basso di stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($T = 2.42$; $p < .05$) e significativamente maggiore di stress

legato alla percezione della propria capacità di adattamento all'infertilità ($T = -1.96$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 7 – Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,95	1,02	1,98	1,20	-,22
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,66	,81	4,58	,81	,34
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,40	,94	4,14	,82	1,26
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,33	,78	2,10	,85	1,13
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,81	1,01	2,72	,94	,40
Stress globale	2,90	,51	2,81	,59	,79
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,18	,96	2,39	,82	-1,36
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,84	,91	4,90	,81	-,28
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,52	,92	3,99	,92	2,42*
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,69	,78	2,80	,97	-,51
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,70	,89	3,13	,93	-1,96*
Stress globale	3,09	,60	3,15	,55	-,54

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tale risultato potrebbe sottolineare che, col prolungarsi dell'esperienza di infertilità, aumenta la capacità delle donne di elaborare il lutto del figlio desiderato, e quindi di percepire un minore stress legato alla prospettiva di una vita senza figli, e aumenta parimenti la preoccupazione relativa alle proprie capacità di adattamento alla condizione di infertilità.

Emerge dunque che la percezione delle fonti di stress aumenta o diminuisce nel tempo a seconda delle specifiche fonti di stress considerate, contrariamente a quanto emerso da altri studi presenti in letteratura (Domar et al., 2005; Connolly et al., 1987; Demyttenaere et al., 1991).

g) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto alla diagnosi (Tab. 8) emerge che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati nello stress legato alla percezione del confronto sociale degli uomini con diagnosi femminile e sconosciuta ($F = 2.87$; $p < .05$). Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 8 – Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)						
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,76	4,91	2,03	2,05	1,77	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,29	4,42	4,30	4,95	2,58 (p=.06)	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,23	2,52	4,18	3,99	,75	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	1,94	2,70	2,32	1,89	2,87*	B > A, B > D
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,74	3,02	2,87	2,76	,09	-
Stress globale	2,67	4,91	2,85	2,83	2,05	-
DONNE (N = 101)						
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,23	2,40	2,28	2,29	,25	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,01	4,72	5,03	4,78	,70	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,15	4,21	4,44	3,98	,57	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,50	2,90	3,01	2,69	1,20	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,81	2,89	3,25	3,05	,70	-
Stress globale	3,05	3,16	2,28	3,07	,53	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questo dato suggerisce che gli uomini vivono la diagnosi di infertilità maschile come una ferita narcisistica che si acuisce nel confronto con gli altri "potenziali fertili".

Tali risultati sono in linea con quanto affermano Testa e Graziottin (2006) a proposito del maggior disagio percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica. Essi sono altresì in accordo con quanto affermato da altri autori (Connolly et al., 1987) che hanno rilevato che

la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista.

VI.6.4 Validità predittiva

Per analizzare la validità predittiva è stata effettuata l'analisi della regressione lineare multipla (metodo Stepwise) sulle dimensioni dell'FPI rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi (variabili dipendenti) distinguendo i risultati in relazione al genere.

Per quanto riguarda le donne (Tab. 9) il fattore “Stress globale” predice positivamente il vissuto depressivo ($\beta = .51$; $p < .001$). Il fattore “Stress legato alla percezione del confronto sociale”, invece, predice positivamente il vissuto relativo all’ansia di stato ($\beta = .58$; $p < .001$) Quindi, per le donne, lo stress globale legato all’infertilità e lo stress legato al confronto con gli altri costituiscono dei fattori di rischio rispetto al disagio emotivo.

Tabella 9 - Analisi Regressione Multipla delle fonti di stress connesso all’infertilità sui vissuti depressivi e ansiosi per le donne (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadro	β	t	sig.
Depressione							
1	Stress globale	35.02	.000	.26	.51	5.92	.000
Ansia di stato							
1	Stress legato alla percezione del confronto sociale	38.27	.000	.28	.58	7.09	.000

Per quanto riguarda gli uomini (Tab. 10), invece, il fattore “Stress globale” predice positivamente il vissuto depressivo ($\beta = .70$; $p < .001$). Per quanto riguarda l’ansia di stato, inoltre, questa è predetta positivamente dai fattori “Stress legato alla percezione del confronto sociale” ($\beta = .42$; $p < .001$) e “Stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner” ($\beta = .27$; $p < .01$). Quindi, per gli uomini, lo stress globale, lo stress legato alla percezione del confronto sociale e lo stress legato all’influenza percepita dell’infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner si configurano come dei rilevanti fattori di rischio rispetto al disagio emotivo.

Tabella 10 - Analisi Regressione Multipla delle fonti di stress connesso all'infertilità sui vissuti depressivi e ansiosi per gli uomini (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadro	β	t	sig.
	<i>Depressione</i>						
1	Stress globale	28.31	.000	.22	.70	6.36	.000
	<i>Ansia di stato</i>						
1	Stress legato alla percezione del confronto sociale	49.73	.000	.34	.42	4.30	.000
2	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	30.42	.000	.39	.27	2.78	.007

Sia per le donne che per gli uomini, quindi, il percepire l'infertilità, e le diverse dimensioni che caratterizzano questa esperienza, come una fonte di stress predispone all'insorgenza di vissuti emotivi negativi.

Pertanto avere dei test validi e attendibili che rilevino tali aspetti si configura come un elemento essenziale al fine di un corretto assessment psicologico delle coppie infertili e per approntare degli interventi volti al sostegno psicologico in questo delicato percorso.

VI.7 Conclusioni

Questo primo studio relativo all'adattamento dell'FPI al contesto italiano ha dimostrato che esso è uno strumento valido e attendibile.

Dall'analisi fattoriale dell'FPI è emersa una soluzione coerente a 5 fattori che spiega complessivamente il 32.3% della varianza. Tutti i fattori emersi evidenziano una coerenza interna soddisfacente ($\alpha > .74$) ad eccezione del fattore 5 ($\alpha = .49$).

L'analisi fattoriale ha inoltre evidenziato che alcuni fattori riproducono le scale della versione originale dell'FPI; altri fattori, invece, fanno riferimento a nuove fonti di stress in cui aspetti individuali e relazionali si combinano in maniera coerente sottolineando la complessità e la poliedricità connesse a ciascuna fonte.

L'FPI è risultato inoltre in grado di discriminare rispetto al genere, all'età, al titolo di studio, alla presenza o meno di figli, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi.

Rispetto al genere è emerso che le donne percepiscono un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner, un maggiore stress legato alla percezione del confronto sociale e un maggiore stress globale. L'esperienza dell'infertilità, quindi, viene percepita come un evento stressante in misura maggiore dalle donne in modo statisticamente significativo.

Rispetto all'età è emerso che gli uomini con un'età superiore ai 39 anni riportano un minore stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli rispetto agli uomini che hanno meno di 30 anni. Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Rispetto al titolo di studio, invece, è emerso che le donne laureate riportano punteggi significativamente più bassi delle donne con licenza media inferiore e superiore nello stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner, nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e nello stress globale. Il livello culturale, dunque, risulta svolgere un funzione protettiva rispetto alla percezione dello stress legato all'infertilità. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Rispetto alla presenza/assenza di figli, inoltre, è emerso che gli uomini senza figli riportano dei punteggi significativamente maggiori nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e che le donne con figli riportano un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner.

Rispetto alla durata dell'infertilità è emerso che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi riportano un livello significativamente più basso di stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e significativamente maggiore di stress legato alla percezione della propria capacità di adattamento all'infertilità. Per gli uomini, invece, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa.

Rispetto al tipo di diagnosi, infine, è emerso che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati nello stress legato alla percezione del confronto sociale degli uomini con diagnosi femminile e sconosciuta. Per le donne, invece, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa.

È risultata soddisfacente, infine, anche la capacità dello strumento di predire vissuti depressivi e ansiosi.

In particolare, lo stress globale, lo stress legato alla percezione del confronto sociale e lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner sono i principali predittori di vissuti depressivi e ansiosi. Essi pertanto si configurano come dei rilevanti fattori di rischio rispetto alla percezione di disagio emotivo in infertilità.

Alla luce di tali risultati si può quindi affermare che l'FPI costituisce uno strumento utile per valutare la percezione delle diverse fonti di stress connesso all'infertilità; fonti di stress importanti da esplorare perché coinvolte nel processo di fronteggiamento di questa particolare esperienza.

VII

Contributo alla validazione italiana del DERA di Moreno Rosset, Antequera Jurado e Jenaro Rìo

VII.1 Premessa

Al fine di creare il questionario di seguito presentato, le autrici hanno fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman (1984), sottolineando l'importanza di studiare le risorse adattive personali e interpersonali e gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla sfera emotiva. R. S. Lazarus ha proposto un modello transazionale secondo il quale lo stress è una condizione derivante dalla transazione individuo-ambiente, e cioè dall'interazione tra le richieste ambientali e le risorse possedute dalla persona. Egli ha però aggiunto che in tale interazione un importante processo mediatore è costituito dal significato soggettivo di danno, minaccia o sfida che l'individuo attribuisce alla relazione persona-ambiente.

Il modello di Lazarus è costituito da: caratteristiche dell'ambiente; caratteristiche dell'individuo; processi di mediazione; ed effetti sulla sfera psicologica, fisica e sociale.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'ambiente, queste fanno riferimento ad aspetti legati all'ambiente sociale e relazionale e a quelle proprietà delle situazioni che le rendono potenzialmente pericolose, minacciose o stimolanti. Tra le variabili situazionali Lazarus ha annoverato le seguenti: richieste; prescrizioni sociali; opportunità; cultura; novità; prevedibilità; incertezza degli eventi; fattori temporali; ambiguità; periodo dell'evento stressante in relazione al ciclo di vita.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'individuo, invece, queste fanno riferimento ad alcune caratteristiche personali tra le quali Lazarus ha citato le seguenti: obiettivi; convinzioni personali ed esistenziali; risorse personali.

Gli obiettivi rappresentano ciò che è importante conseguire per l'individuo. Gli obiettivi e gli aspetti motivazionali a essi connessi sono fondamentali nel modello dello stress di Lazarus. Egli, infatti, ha affermato che senza obiettivi, e la conseguente motivazione per raggiungerli, non ci sarebbero neanche fonti di stress. Lazarus, inoltre, ha

sottolineato l'esistenza di una gerarchia di obiettivi; gerarchia che dipende dai valori dell'individuo e dalla probabilità di poter conseguire gli obiettivi prefissi.

Le convinzioni personali ed esistenziali, invece, riguardano il modo in cui si concepisce se stessi e il proprio posto nel mondo. Tali credenze condizionano sia le aspettative su ciò che accadrà nella vita sia ciò che si spera o si teme che accada. Tra le convinzioni personali Lazarus ha esaminato in particolare la convinzione di poter esercitare un controllo sugli eventi della propria vita; convinzione che ha un peso rilevante nella valutazione delle situazioni da affrontare. Le credenze esistenziali, invece, riguardano il destino o la religione e aiutano a mantenere la speranza.

Tra le risorse personali che influenzano l'individuo nel valutare e fronteggiare la situazione, infine, Lazarus ha fatto particolare riferimento all'intelligenza, alle competenze sociali, al livello di istruzione, alla disponibilità economica, a tratti di personalità e allo stato di salute. Il possedere tali risorse influenza notevolmente le possibilità di successo nel processo di adattamento agli eventi della vita.

Per quanto riguarda i processi di mediazione, questi hanno la funzione di mediare la relazione tra le caratteristiche situazionali e le caratteristiche disposizionali. Per processi di mediazione Lazarus intende sia la valutazione cognitiva della situazione sia le strategie di coping per fronteggiarla. Lazarus ha inoltre affermato che un altro processo di mediazione è svolto dal supporto sociale, il quale si riferisce alla natura delle interazioni che avvengono nelle relazioni sociali e al modo in cui esse sono valutate dalla persona.

Per quanto riguarda gli effetti, infine, Lazarus ha asserito che il fronteggiamento di un evento stressante comporta degli specifici effetti sulla sfera sociale, psicologica e somatica.

Per quanto riguarda la sfera psicologica, in particolare, Lazarus ha sottolineato l'impatto che l'affrontare degli eventi stressanti può esercitare sui vissuti emotivi; impatto emotivo che, a lungo andare, influenza lo stesso benessere psicologico. Lazarus, in particolare, ha distinto vari tipi di emozioni: emozioni spiacevoli, quali rabbia, invidia e gelosia; emozioni legate alla minaccia nei confronti del proprio senso di identità, quali ansia, paura, colpa e vergogna; emozioni provocate da condizioni sfavorevoli, quali sollievo, speranza e tristezza; emozioni empatiche, quali gratitudine e compassione; emozioni provocate da condizioni di vita favorevoli, quali felicità, orgoglio e amore.

A partire dal modello transazionale di Lazarus, dunque, le autrici del DERA, nella formulazione del questionario, hanno voluto prestare attenzione al polo personale, ovvero alle risorse di cui dispongono le persone per fronteggiare meglio lo stress, e alle conseguenze dell'infertilità sulla sfera emotiva.

Nella riflessione sulle risorse adattive esse hanno inoltre ripreso Maddi e Kobassa (1984), i quali hanno concettualizzato un modello di personalità denominato personalità resistente. Tale modello è composto da tre elementi di base: impegno; percezione del controllo; apertura al cambiamento. Il concetto di impegno fa riferimento al senso di risolutezza e coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita. La percezione del controllo si riferisce alla convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita. L'apertura al cambiamento, infine, consiste nell'aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita.

Il questionario da loro ideato, dunque, è stato creato alla luce sia del modello transazionale dello stress di Lazarus sia della teorizzazione sulla personalità resistente di Maddi e Kobassa e mira a rilevare le risorse adattive personali e interpersonali e gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla sfera emotiva

VII.2 Strumento

Il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) è un questionario self-report costituito da 48 item su scala Likert a 5 punti che valuta il disagio emotivo e le risorse adattive personali e interpersonali in relazione all'esperienza dell'infertilità.

Le autrici hanno dunque fatto riferimento al modello transazionale dello stress di Lazarus (1966; 1999), sottolineando l'importanza di studiare le risorse adattive personali e interpersonali e gli effetti dello stress connesso all'esperienza di infertilità sulla sfera emotiva. Esse hanno inoltre ripreso Maddi e Kobassa (1984), i quali hanno concettualizzato un modello di personalità denominato personalità resistente. Tale modello è composto da tre elementi di base: impegno; percezione del controllo; apertura al cambiamento. Il concetto di impegno fa riferimento al senso di risolutezza e coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita. La percezione del controllo si riferisce alla

convincione di poter influenzare gli eventi della propria vita. L'apertura al cambiamento, infine, consiste nell'aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita.

Per la creazione del questionario le autrici hanno formulato item concernenti sia il disagio emotivo che le possibili risorse adattive di persone infertili al fine di ottenere informazioni su costrutti teorici distinti con un solo questionario. Ai fini della convalida il questionario è stato sottoposto a 490 soggetti (220 uomini e 270 donne) che attendevano una diagnosi di infertilità o erano nelle fasi iniziali di un percorso di PMA, e sono state calcolate l'attendibilità e la validità di costrutto del questionario.

L'attendibilità è stata calcolata mediante l'analisi della coerenza interna (α di Cronbach).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono state effettuate le seguenti analisi:

- per valutare la validità di contenuto è stata condotta un'analisi fattoriale di primo e di secondo ordine utilizzando il procedimento di analisi delle componenti principali con rotazione Varimax;
- per valutare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni tra le dimensioni del DERA e le modalità di adattamento individuale mediante le correlazioni di Pearson.

Il DERA ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche (Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008) per quanto riguarda sia l'attendibilità che la validità di costrutto. Per quanto riguarda l'attendibilità si sono ottenuti i seguenti risultati:

L' α di Cronbach ha assunto dei valori soddisfacenti sia nella scala Disagio emotivo ($\alpha = .90$) che nelle scale Risorse interpersonali ($\alpha = .78$), Risorse personali ($\alpha = .57$) e Risorse adattive ($\alpha = .74$).

Per quanto riguarda la validità di costrutto sono emersi i seguenti risultati:

- Da una prima analisi fattoriale sono emersi 12 fattori che spiegavano il 59.58% della varianza: Percezione dell'ansia; Esteriorizzazione dell'ansia; Sostegno degli amici; Depressione; Pessimismo; Percezione del controllo; Sostegno della famiglia; Costanza; Apertura all'esperienza; Affabilità; Sessualità della coppia; Energia. A partire da questi primi fattori è stata condotta un'analisi fattoriale di secondo ordine dalla quale sono emersi 4 fattori che spiegavano il 56% della varianza: Disagio emotivo; Risorse interpersonali; Personalità resistente; Energia. Dati questi risultati e

alla luce del modello teorico su esposto i fattori sono stati raggruppati in tre dimensioni: Disagio emotivo; Risorse interpersonali; Risorse personali, composte dalla somma dei fattori Personalità resistente ed Energia. Dalla somma delle Risorse interpersonali e delle Risorse personali, inoltre, le autrici hanno dato vita ad una nuova dimensione denominata Risorse adattive;

- Rispetto alla validità convergente, infine, è emerso che le strategie di coping evitanti correlano in maniera significativa e positiva col disagio emotivo, e in maniera significativa e negativa con le risorse adattive, personali e interpersonali. Le strategie di coping attive, invece, correlano in maniera significativa e positiva con le risorse adattive, personali e interpersonali, e in maniera significativa e negativa col disagio emotivo.

Il DERA è costituito dalle scale seguenti:

1) Scala del Disagio Emotivo, che contiene 26 item che riguardano gli effetti negativi dell'infertilità sullo stato emotivo dei membri delle coppie infertili, e in particolare la sintomatologia ansiosa e depressiva; essa comprende le seguenti sottoscale: *Percezione dell'ansia* (8 item), *Depressione* (6 item), *Esteriorizzazione dell'ansia* (9 item) e *Pessimismo* (3 item);

2) Scala delle Risorse Interpersonali, che contiene 11 item che prendono in considerazione la percezione del soggetto di poter usufruire del sostegno degli amici e della famiglia e comprende le seguenti sottoscale: *Sostegno degli amici* (3 item), *Sostegno della famiglia* (3 item), *Sessualità della coppia* (2 item) e *Affabilità* (3 item);

3) Scala delle Risorse Personalì, (11 item) che comprende le seguenti sottoscale: *Apertura all'esperienza* (3 item), *Tenacia* (3 item), *Percezione del controllo* (3 item) ed *Energia* (2 item);

La somma delle ultime due scale fornisce un punteggio che indica nel complesso l'eventuale presenza di Risorse Adattive.

Riprendendo le teorizzazioni sullo stress di Lazarus e sulla personalità resistente di Maddi e Kobassa, le autrici hanno creato un questionario che valuta sia le risorse adattive personali e interpersonali che il disagio emotivo prodotto dall'esperienza di infertilità. Il questionario, somministrato a un ampio campione ai fine della validazione, ha dimostrato di

avere buone proprietà psicométriche sia per quanto riguarda l'attendibilità che per quanto riguarda la validità.

VII.3 Obiettivi della ricerca

Lo scopo di questo lavoro consiste nel presentare la traduzione e un contributo all'adattamento italiano del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset et al. 2008). In particolare ci proponiamo di analizzare la validità di costrutto del DERA attraverso:

- l'analisi degli item e della coerenza interna per valutare l'attendibilità;
- l'analisi della struttura fattoriale del questionario per valutare la validità di contenuto;
- l'analisi delle differenze emergenti nelle dimensioni valutate dal DERA rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- l'analisi della relazione esistente tra le dimensioni del DERA e i vissuti depressivi e ansiosi per valutare la validità predittiva.

VII.4 Traduzione

Il DERA è stato tradotto in lingua italiana da tre traduttori indipendenti. I tre traduttori hanno raggiunto un accordo su una versione comune dello strumento, la quale è stata sottoposta ad una “contro-traduzione” da una persona di madre lingua spagnola ed esperta in lessico psicologico. La versione così tradotta è stata paragonata alla versione originale e, dopo ulteriori aggiustamenti, è scaturita la versione sperimentale del DERA. Tale versione è stata preliminarmente somministrata a un piccolo campione di coppie inferti diverse per età e livello di istruzione al fine di verificare la comprensibilità degli item e delle istruzioni per completare il questionario. Da questa verifica, dopo altre minime modifiche, è nata la versione finale del DERA.

VII.5 Metodologia

VII.5.1 Strumenti

Ai fini della ricerca sono stati adoperati i seguenti strumenti:

- 1) Il *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad* (DERA; Moreno-Rosset et al. 2008), descritto sopra.
- 2) 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 valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà nel sonno, pensieri di farsi male. L'EDS è nato nei centri sanitari di Livingston e di Edimburgo, in Inghilterra, nel 1987 ed è stato sviluppato da J. L. Cox per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nell'individuazione delle donne depresse. L'EDS è stato adoperato dapprima nel post-partum e, successivamente, nel pre-partum (utilizzandolo anche su dei campioni maschili). Tale strumento consta di 10 item che fanno temporalmente riferimento alla settimana appena trascorsa. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio dipendente dalla gravità e dalla durata del sintomo. Il metodo di assegnazione del punteggio è piuttosto semplice: 0 per l'assenza del sintomo; 3 per la massima gravità e durata; 1 e 2 rappresentano un punteggio intermedio. Il punteggio totale può dunque essere compreso tra 0 e 30. L'EDS ha mostrato buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Cox J. et al, 1987) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Benvenuti et al., 1999).
- 3) Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.

L'ansia di stato è concepita come uno stato transitorio che provoca un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito. Sebbene nel concetto di stato sia inserito quello di transitorietà, lo stato d'ansia può ripresentarsi in associazione a stimoli

specifici e può persistere qualora le condizioni evocative non cessino. Esso può variare di intensità e fluttuare nel tempo in funzione della minaccia percepita.

L'ansia di tratto, invece, consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose. In altre parole si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con una intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati a reali o presunti pericoli particolari (Spielberger C., 1966).

I punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Lo STAI-Y ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Spielberger C., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Pedrabissi e Santinello, 1996).

VII.5.2 Metodologia di analisi statistica dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti alle seguenti procedure di elaborazione statistica:

- 1) analisi degli item (correlazioni inter-item, correlazioni item-totale e indici di asimmetria e curtosi) e calcolo dell' α di Cronbach e dei cambiamenti nell' α se un item è cancellato dalla scala per valutare l'attendibilità del DERA;
- 2) analisi fattoriale esplorativa (metodo della Fattorializzazione dell'Asse Principale con Rotazione Varimax) per valutare la validità di contenuto;
- 3) T-Test e ANOVA (Test Post-hoc di Tukey) per verificare la capacità del DERA di discriminare rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, alla presenza/assenza di figli, alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi per valutare la validità discriminante;
- 4) analisi della regressione lineare multipla (metodo Stepwise) sulle dimensioni del DERA rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi (variabili dipendenti) per valutare la validità predittiva.

L'elaborazione statistica dei dati raccolti è stata effettuata mediante SPSS – XV.

VII.6 Risultati

VII.6.1 Attendibilità

Dall’analisi degli item del DERA emerge che le medie degli item che lo compongono oscillano da un minimo di 1.7 (item n. 7) ad un massimo di 4.8 (item n. 50), con una media di 3.21. Le deviazioni standard dei singoli item variano da .46 a 1.4. Per quanto riguarda gli indici di asimmetria e di forma della distribuzione (skewness e curtosi) gli item presentano un valore maggiore di 1 ad eccezione degli item 2, 11, 15, 17, 18, 26, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43. Da ciò si evince che gli item della versione italiana del DERA non seguono una distribuzione normale. La correlazione item-totale raggiunge livelli elevati di significatività ($p < .01$) ed è superiore a 0.25 per tutti gli item ad eccezione degli item 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 43, 47, 49 e 50; per nessuno è superiore a 0.80. La media delle correlazioni inter-item è prossima allo 0 (0.08). Tali risultati possono essere spiegati considerando l’eterogeneità delle dimensioni valutate dal DERA che fa riferimento a costrutti concernenti sia il disagio emotivo che le risorse adattive personali e interpersonali.

L’ α di Cronbach raggiunge un valore molto soddisfacente di 0.83. Inoltre nessuno degli item migliora il valore dell’ α se cancellato dalla scala. L’analisi della coerenza interna del DERA ha evidenziato, dunque, una soddisfacente adeguatezza e attendibilità della versione italiana.

VII.6.2. Validità di contenuto

Il DERA consta di 48 item che, nello studio riportato da Moreno-Rosset et al. (2008), si distribuiscono nelle 3 scale su descritte nel seguente modo:

- Disagio Emotivo, che è costituito dalle seguenti sottoscale: *Percezione dell’ansia* (item 6, 11, 22, 23, 24, 39, 40, 41), *Depressione* (item 5, 7, 19, 34, 44, 48), *Esteriorizzazione dell’ansia* (item 3, 18, 20, 26, 28, 29, 43, 45, 46) e *Pessimismo* (item 27, 35, 42);
- Risorse Interpersonal, che è costituito dalle seguenti sottoscale: *Sostegno degli amici* (item 17, 31, 32), *Sostegno della famiglia* (item 8, 25, 30), *Sessualità della coppia* (item 9, 12) e *Affabilità* (item 10, 16, 38);

- Risorse Personalì, che è costituito dalle seguenti sottoscale: *Apertura all'esperienza* (item 2, 4, 13), *Tenacia* (item 14, 21, 33), *Percezione del controllo* (item 15, 36, 47) ed *Energia* (item 1, 37).

Al fine di valutare la validità di contenuto è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa utilizzando come metodo di estrazione la Fattorializzazione dell'Asse Principale. Dal momento che il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo ($\text{Chi}^2 = 3440.62$; $\text{gdl} = 1128$; $p < .001$) e il test di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ha fornito un valore accettabile ($\text{KMO} = .77$) è stato possibile eseguire l'analisi fattoriale (Barbaranelli, 2006).

Nel presente studio, l'analisi fattoriale ha evidenziato la presenza di 8 fattori che spiegano complessivamente il 41.93% della varianza.

Il primo fattore (varianza spiegata = 15.6%, autovalore = 7.05; alpha = .91) Questo fattore comprende 20 item che si riferiscono alla percezione di eventuali vissuti depressivi e ansiosi. Esso contiene la maggior parte degli item della scala originale “Disagio emotivo” e, in particolare, tutti gli 8 item (41-24-6-11-22-23-40-39) della sottoscala originale “Percezione dell’ansia”, la maggior parte degli item (28-29-3-20-46-26-45) della sottoscala originale “Esteriorizzazione dell’ansia”, la maggior parte degli item (44-34-19-48) della sottoscala originale “Depressione” e 1 item (35) della sottoscala originale “Pessimismo”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore come la scala originale “Disagio emotivo”.

Il secondo fattore (varianza spiegata = 6.27%, autovalore = 2.82; alpha = .79) comprende 5 item che riguardano la percezione della possibilità di usufruire del sostegno dei propri amici e di confidare negli altri. Esso contiene tutti e tre gli item (31-32-17) della sottoscala originale “Sostegno degli amici”, 1 item (38) della sottoscala originale “Affabilità” e 1 item (30) della sottoscala originale “Sostegno della famiglia”. Alla luce di quanto detto abbiamo etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Sostegno degli amici”.

Il terzo fattore (varianza spiegata = 4.51%, autovalore = 2.03; alpha = .63) comprende 7 item che fanno riferimento alla percezione della possibilità di esercitare un controllo sul trattamento e alla capacità percepita di essere fermi nelle proprie decisioni. Questo fattore comprende tutti gli item (36-47-15) della sottoscala originale “Percezione del

controllo”, tutti gli item (21-33-14) della sottoscala originale “Tenacia” e 1 item (43) della sottoscala originale “Esteriorizzazione dell’ansia”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore “Percezione del controllo e tenacia”.

Il quarto fattore (varianza spiegata = 3.05%, autovalore = 1.37; alpha = .64) comprende 2 che fanno riferimento alla percezione di eventuali aspettative negative rispetto al verificarsi di eventi positivi. Esso è composto dalla maggior parte degli item (42-27) della sottoscala originale “Pessimismo”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Pessimismo”.

Il quinto fattore (varianza spiegata = 3%, autovalore = 1.35; alpha = .61) comprende 3 item che si riferiscono alla percezione dell’interesse che la persona nutre nei confronti del mondo esterno. Esso contiene tutti gli item (2-4-13) della sottoscala originale “Apertura all’esperienza”. Abbiamo pertanto etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Apertura all’esperienza”.

Il sesto fattore (varianza spiegata = 2.99%, autovalore = 1.35; alpha = .60) comprende 2 item che riguardano la percezione del ruolo che continua a rivestire la sfera sessuale nella propria vita. Esso contiene i 2 item (12-9) della sottoscala originale “Sessualità della coppia”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Sessualità della coppia”.

Il settimo fattore (varianza spiegata = 2.45%, autovalore = 1.10; alpha = .47) comprende 2 item che riguardano la fermezza nella decisione di battersi per ciò in cui si crede. Esso contiene i 2 item (37-1) della sottoscala originale “Energia”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Energia”.

L’ottavo fattore (varianza spiegata = 2.24%, autovalore = 1.01; alpha = .32) comprende 2 item che riguardano la percezione di supporto da parte della famiglia. Esso contiene la maggior parte degli item (8-25) della sottoscala originale “Sostegno della famiglia”. Pertanto abbiamo etichettato questo fattore come la sottoscala originale “Sostegno della famiglia”.

L’analisi fattoriale, quindi, evidenzia delle peculiarità della versione italiana del DERA rispetto alla versione originale. Nei fattori emersi, infatti, sebbene gli item si

conformino alle sottoscale originali, alcune di queste conservano la propria autonomia, altre invece convergono in un solo fattore.

Occorre innanzitutto notare la distribuzione degli item dell'originale scala Disagio emotivo: nella presente analisi fattoriale essa si scinde in 2 fattori: “Pessimismo”, che riprende l'omonima sottoscala originale e “Disagio emotivo”, che comprende le sottoscale originali Percezione dell'ansia, Esteriorizzazione dell'ansia e Depressione.

La scala originale Risorse Personalì, invece, si divide in 3 fattori: “Percezione del controllo e tenacia”, in cui convergono gli item delle due sottoscale originali da cui prende il nome questo fattore, “Apertura all'esperienza” ed “Energia”, che riprendono fedelmente le omonime sottoscale originali .

La scala originale Risorse Interpersonali, infine, si scinde in tre fattori: “Sostegno degli amici”, “Sessualità della coppia” e “Sostegno della famiglia”, che riprendono le omonime sottoscale originali. Nelle versione italiana, dunque, non si conferma la sottoscala relativa all'affabilità, due dei cui item non raggiungono livelli di saturazione adeguati; il terzo, invece, si colloca nel secondo fattore.

Nella versione italiana del DERA, quindi, mentre le sottoscale relative alla scala del Disagio Emotivo confluiscono tutte per lo più in un unico fattore, le sottoscale che compongono le scale Risorse Personalì e Risorse Interpersonali, invece, emergono come dimensioni distinte tra loro. Unica eccezione sono le sottoscale originali Percezione del controllo e Tenacia che, nella versione italiana, confluiscono in un unico fattore.

I risultati dell'analisi fattoriale della versione italiana del DERA sono presentati in dettaglio nella tabella seguente (Tab. 1).

Tabella 1 – Analisi Fattoriale del DERA. Varianza totale spiegata 41,93%. α di Cronbach = .83

Analisi fattoriale DERA	Saturazioni	Autovalori	% var	α
Fattore 1: Disagio emotivo		7,05	15,6%	0,91
6. Mi accade di avere le palpitazioni e che il cuore mi batte troppo velocemente	,747			
24. Mi capita di sentirmi insicuro/a	,715			
41. Mi capita che il mio corpo sia in tensione	,712			
44. Mi capita di provare tristezza o depressione	,704			
11. Mi capita che mi manchi l'aria e di respirare affannosamente	,660			
28. Mi capita di avvertire nausea o avere le vertigini	,658			
22. Mi capita di avere pensieri e sentimenti negativi su me stesso, come essere “inferiore agli altri”, “inadeguato”, etc.	,638			
3. Mi accade che mi tremino le mani o le gambe	,631			
23. Mi capita di avere difficoltà a concentrarmi	,629			
34. In questo periodo mi capita di piangere più del normale	,583			
19. Sono solito cambiare umore bruscamente	,558			
20. Mi capita di avere la bocca secca e di avere difficoltà a inghiottire	,550			
29. Mi capita di muovermi e fare le cose senza una finalità concreta	,516			
35. Raramente confido nel fatto che le cose buone capitino a me	,507			
45. Mi capita di compiere movimenti ripetitivi con qualche parte del mio corpo (come grattarmi, toccarmi, compiere movimenti ritmici con piedi o mani, etc.)	,481			
46. Mi capita di balbettare o di avere altri problemi di espressione verbale	,441			
39. Penso troppo alle cose senza riuscire a decidermi	,429			
26. Cerco di restare immobile per evitare che i miei movimenti siano inadeguati	,422			
40. Penso che le persone si renderanno conto dei miei problemi o della inadeguatezza dei miei atti	,394			
48. Penso di dovermi sforzare moltissimo nel fare qualsiasi cosa	,334			
Fattore 2: Sostegno degli amici		2,82	6,27%	0,79
31. Posso contare sui miei amici	,878			
32. I miei amici si preoccupano per me	,819			
17. I miei amici e io siamo molto importanti gli uni per gli altri	,743			
38. Di solito confido negli altri e nelle loro intenzioni	,475			
30. La gente mi apprezza molto	,222			
Fattore 3: Percezione del controllo e tenacia		2,03	4,51%	0,63
36. Ritengo di poter contribuire al buon esito del trattamento attraverso le cose che faccio e le azioni che intraprendo (seguire le indicazioni mediche, etc.)	,597			
21. Se non riesco in qualcosa provo di nuovo fino a riuscirci	,581			
47. Ritengo di poter contribuire alla probabilità di conseguire il mio obiettivo (gravidanza, migliorare il mio stato di salute) attraverso le cose che faccio e le azioni che intraprendo (cercare appoggio, tentare di ridurre lo stress, etc.)	,565			
33. Mantengo le mie decisioni anche se ciò mi richiede uno sforzo non previsto	,428			
43. Cerco di evitare o ridurre le situazioni che possono causarmi tensione	,363			
14. Quando prendo una decisione vado fino in fondo	,339			
15. Ritengo di poter contribuire a migliorare la qualità dell'attenzione medica attraverso le cose che faccio o le azioni che intraprendo (facendo domande sugli aspetti che non capisco, dicendo ciò su cui non sono d'accordo)	,310			

Analisi fattoriale DERA	Saturazioni	Autovalori	% var	α
Fattore 4: Pessimismo		1,37	3,05%	0,64
42. Quasi mai mi aspetto che le cose mi siano favorevoli	,579			
27. Le cose non vanno mai come vorrei	,519			
Fattore 5: Apertura all'esperienza		1,35	3,00%	0,61
4. Mi piace molto guardare programmi di informazione culturale e scientifica	,625			
2. Ho sempre nutrito interesse per la vita e i costumi degli altri popoli	,558			
13. Mi tengo sempre informato su ciò che succede nel mondo	,401			
Fattore 6: Sessualità della coppia		1,35	2,99%	0,60
12. La sessualità continua ad avere un ruolo importante nella mia vita	,652			
9. Provo piacere e mi rilasso durante le mie relazioni sessuali	,377			
Fattore 7: Energia		1,10	2,45%	0,47
37. Generalmente tendo ad impormi sulle altre persone piuttosto che ad accondiscendere con loro	,619			
1. Se credo di aver ragione tento di convincere gli altri anche se mi costa tempo ed energia	,274			
Fattore 8: Sostegno della famiglia		1,01	2,24%	0,32
8. I membri della mia famiglia hanno fiducia in me	,498			
25. La mia famiglia mi vuole molto bene	,338			

* gli item 10, 16 e 18 non saturano alcun fattore; gli item 5 e 7 presentano saturazioni elevate su più fattori

VII.6.3. Validità discriminante

Ai fini della verifica della validità discriminante sono state eseguite le seguenti analisi:

a) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al genere

I T-Test condotti sulle dimensioni del DERA rispetto al genere evidenziano che le donne riportano punteggi significativamente più elevati degli uomini nel fattore “Disagio emotivo” ($T = 5.90$; $p < .001$) e significativamente più bassi nei fattori “Apertura all’esperienza” ($T = -2.46$; $p < .05$) e “Sessualità della coppia” ($T = -3.66$; $p < .001$) (tab. 2). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA.

Tabella 2 - Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al genere: T-Test

	Donne (N = 101)		Uomini (N = 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Disagio emotivo	2,74	,80	2,10	,70	5,90**
Sostegno degli amici	3,57	,74	3,43	,72	1,32
Percezione del controllo e tenacia	3,98	,50	3,89	,56	1,24
Pessimismo	3,04	1,02	2,93	1,09	,73
Apertura all’esperienza	3,79	,90	4,08	,76	-2,46*
Sessualità della coppia	4,33	,73	4,65	,46	-3,66**
Energia	3,06	,85	3,04	1,01	,15
Sostegno della famiglia	4,68	,49	4,67	,52	,06

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tali risultati, dunque, evidenziano che le donne percepiscono maggiore disagio emotivo degli uomini e minori risorse personali e interpersonali.

Risulta interessante collegare questi risultati con quanto emerso precedentemente circa l’influenza del genere sulla percezione di stress connesso all’infertilità. La donna, probabilmente perché coinvolta in maniera più diretta degli uomini nei trattamenti di PMA, avverte un maggiore stress connesso a questo percorso e, dunque, maggiori effetti dello stesso in termini di disagio emotivo. Ciò probabilmente incide anche sulla tendenza delle donne a percepire minori risorse personali, in particolare ad essere meno aperte al mondo esterno, e minori risorse interpersonali, in particolare ad investire di meno sulla sfera sessuale.

b) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sulle dimensioni del DERA rispetto all'età emerge che le donne con un'età superiore ai 39 anni riportano un punteggio significativamente minore nei fattori "Sostegno della famiglia" ($F = 8.62$; $p < .001$) e "Percezione del controllo e tenacia" ($F = 5.40$; $p < .05$) delle donne delle altre fasce d'età; le donne d'età inferiore ai 30 anni, invece, riportano punteggi significativamente più bassi delle donne delle successive fasce d'età nel fattore "Apertura all'esperienza" ($F = 3.89$; $p < .05$) (tab. 3). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA. Per gli uomini non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 3 - Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Disagio emotivo	2,44	2,03	2,07	2,01	-
Sostegno degli amici	3,26	3,47	3,43	,51	-
Percezione del controllo e tenacia	3,64	3,90	4,02	2,01	-
Pessimismo	3,40	2,86	2,82	1,63	-
Apertura all'esperienza	3,71	4,10	4,30	2,71 ($p = .07$)	-
Sessualità della coppia	4,60	4,67	4,60	,30	-
Energia	3,00	3,11	2,85	,53	-
Sostegno della famiglia	4,63	4,70	4,62	,20	-
DONNE (N = 101)					
Disagio emotivo	2,87	2,73	2,42	1,22	-
Sostegno degli amici	3,65	3,50	3,74	,75	-
Percezione del controllo e tenacia	3,88	4,10	3,62	5,40*	C < B
Pessimismo	2,92	3,13	2,86	,56	-
Apertura all'esperienza	3,40	3,92	4,06	3,89*	A < B, A < C
Sessualità della coppia	4,35	4,32	4,27	,05	
Energia	2,92	3,11	3,13	,49	
Sostegno della famiglia	4,73	4,75	4,13	8,62**	C < A, C < B

* $p < 0,05$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tali risultati, dunque, evidenziano che con l'aumentare dell'età, e quindi con il ridursi delle probabilità procreative, le donne percepiscono un minore sostegno familiare e una minore possibilità di esercitare un controllo sulla situazione e, di contro, una maggiore apertura nei confronti del mondo esterno.

Molto interessante risulta anche notare che gli uomini riportano delle differenze al limite della significatività statistica nel fattore “Apertura all’esperienza”. In particolare, maggiore è l’età e maggiore è il grado di apertura nei confronti del mondo esterno.

Questi dati potrebbero suggerire che con l’avanzare dell’età si percepisce un minor controllo sulla propria fertilità ma parimenti si riesce ad elaborare maggiormente il lutto del figlio desiderato, investire le proprie energie su obiettivi altri e, quindi, essere anche più aperti nei confronti della realtà esterna.

c) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al titolo di studio

Dall’ANOVA condotta sulle dimensioni del DERA rispetto al livello di istruzione per le donne emerge che le laureate riportano punteggi significativamente più bassi delle donne con licenza media inferiore e superiore nel fattore “Disagio emotivo” ($F = 5.45$; $p < .05$) e significativamente più elevati nei fattori “Apertura all’esperienza” ($F = 4.23$; $p < .05$) e “Sostegno degli amici” ($F = 6.69$; $p < .05$) (tab. 4). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA.

Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che gli uomini con licenza media inferiore riportano punteggi significativamente più alti degli uomini con licenza media superiore e laurea nel fattore “Pessimismo” ($F = 4.44$; $p < .05$). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA.

Tabella 4 - Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Disagio emotivo	2,29	2,05	1,96	1,31	-
Sostegno degli amici	3,33	3,43	3,65	,77	-
Percezione del controllo e tenacia	3,87	3,88	3,98	,19	-
Pessimismo	3,48	2,75	2,75	4,44*	A > B, A > C
Apertura all'esperienza	3,89	4,12	4,27	1,25	-
Sessualità della coppia	4,78	4,59	4,66	1,44	-
Energia	3,24	2,94	3,16	,85	-
Sostegno della famiglia	4,64	4,65	4,83	,61	-
DONNE (N = 101)					
Disagio emotivo	2,93	2,84	2,30	5,45*	C < A C < B
Sostegno degli amici	3,61	3,30	3,95	6,69*	C > B
Percezione del controllo e tenacia	4,11	3,89	3,96	1,90	-
Pessimismo	3,26	3,04	2,74	1,91	-
Apertura all'esperienza	3,59	3,69	4,22	4,23*	C > A, C > B
Sessualità della coppia	4,33	4,23	4,48	,87	-
Energia	3,14	2,93	3,16	,75	-
Sostegno della famiglia	4,69	4,67	4,68	,01	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali risultati, dunque, evidenziano che le donne con un livello di istruzione più elevato percepiscono minore disagio emotivo e maggiori risorse personali, in particolare una maggiore apertura all'esperienza, e interpersonali, in particolare un maggior sostegno degli amici. Gli uomini con un livello di istruzione più basso, invece, hanno un atteggiamento orientato al pessimismo in misura maggiore degli uomini con un livello di istruzione più elevato.

Si evidenzia dunque un effetto protettivo del livello di istruzione, sia rispetto all'insorgenza di disagio emotivo, sia rispetto all'influenza che ha sulla capacità di sviluppare le proprie risorse personali e interpersonali.

d) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla presenza/assenza di figli

Dai T-Test condotti sulle dimensioni del DERA rispetto all'assenza/presenza di figli emerge che le donne senza figli hanno punteggi significativamente più bassi nel fattore “Percezione del controllo e tenacia” ($T = -2.09$; $p < .05$) (tab. 5). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA.

Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che gli uomini senza figli hanno punteggi significativamente più bassi nel fattore “Percezione del controllo e tenacia” ($T = -2.72$; $p < .05$) e significativamente più elevati nei fattori “Sostegno degli amici” ($T = 2.13$; $p < .05$) ed “Energia” ($T = 3.24$; $p < .05$). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA.

Tabella 5 - Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Disagio emotivo	2,13	,72	1,82	,46	1,32
Sostegno degli amici	3,48	,64	2,98	1,14	2,13*
Percezione del controllo e tenacia	3,84	,56	4,34	,45	-2,72*
Pessimismo	2,98	1,09	2,45	,92	1,49
Apertura all'esperienza	4,07	,76	4,16	,72	-,36
Sessualità della coppia	4,62	,45	4,85	,47	-1,44
Energia	3,15	,93	2,10	1,26	3,24*
Sostegno della famiglia	4,67	,53	4,70	,53	-,15
DONNE (N = 101)					
Disagio emotivo	2,72	,81	2,89	,80	-,63
Sostegno degli amici	3,56	,73	3,63	,91	-,28
Percezione del controllo e tenacia	3,95	,50	4,30	,40	-2,09*
Pessimismo	3,07	1,02	2,80	1,03	,79
Apertura all'esperienza	3,78	,94	3,83	,42	-,15
Sessualità della coppia	4,30	,74	4,60	,65	-1,22
Energia	3,07	,84	3,00	,94	,25
Sostegno della famiglia	4,68	,494	4,60	,51	,53

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tali risultati, dunque, evidenziano che sia le donne che gli uomini senza figli percepiscono un minore controllo sulla propria esperienza di infertilità e una minore tenacia; gli uomini senza figli, inoltre, tendono a ricorrere maggiormente al sostegno da parte degli amici e a investire maggiore energia in questo difficile percorso.

Emerge quindi che nel contesto italiano il non aver già generato alcun figlio influenza notevolmente la percezione di controllo in un percorso di PMA. Esso influenza parimenti il grado di investimento delle proprie energie in questo delicato percorso.

e) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dai T-Test condotti sulle dimensioni del DERA rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti emerge le donne che hanno già intrapreso precedenti percorsi di PMA riportano punteggi significativamente più elevati nel fattore “Disagio emotivo” ($T = -2.61$; $p < .05$) e significativamente più bassi nel fattore “Apertura all’esperienza” ($T = 2.12$; $p < .05$) (tab. 6). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 6 - Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Disagio emotivo	1,97	,66	2,22	,73	-1,80 ($p = .07$)
Sostegno degli amici	3,44	,71	3,423	,73	,15
Percezione del controllo e tenacia	3,908	,55	3,87	,58	,27
Pessimismo	2,82	1,15	3,02	1,03	-,90
Apertura all’esperienza	4,15	,73	4,01	,78	,89
Sessualità della coppia	4,68	,47	4,62	,45	,62
Energia	2,89	,99	3,17	1,02	-1,40
Sostegno della famiglia	4,72	,57	4,63	,48	,86
DONNE (N = 101)					
Disagio emotivo	2,51	,75	2,93	,81	-2,61*
Sostegno degli amici	3,65	,72	3,49	,75	1,09
Percezione del controllo e tenacia	4,04	,52	3,93	,48	1,08
Pessimismo	2,89	1,01	3,17	1,03	-1,38
Apertura all’esperienza	3,99	,78	3,61	,96	2,12*
Sessualità della coppia	4,35	,70	4,30	,77	,35
Energia	2,92	,82	3,18	,86	-1,53
Sostegno della famiglia	4,64	,53	4,71	,46	-,72

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Tali risultati, dunque, evidenziano che le donne che hanno già affrontato precedenti percorsi di PMA, avendo subito un maggiore stress connesso a questa esperienza, percepiscono dei maggiori effetti, in termini di disagio emotivo e, quindi, tendono anche ad

investire minori energie nei confronti della realtà circostante. Anche gli uomini che hanno già effettuato trattamenti di PMA riportano dei punteggi maggiori nel fattore relativo al disagio emotivo (al limite della significatività statistica) rispetto a coloro che si accingono ad affrontare questa esperienza per la prima volta.

Si evidenzia dunque con forza l'importanza di offrire un supporto congiunto alla coppia che si accinge a ripetere dei trattamenti di PMA al fine di favorire il benessere di entrambi i membri della coppia.

f) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla durata dell'infertilità

Dai T-Test condotti sulle dimensioni del DERA rispetto alla durata dell'infertilità non emergono differenze statisticamente significative né per gli uomini né per le donne (Tab. 7).

Tabella 7 – Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Disagio emotivo	1,99	,66	2,17	,73	-1,23
Sostegno degli amici	3,45	,77	3,42	,69	,20
Percezione del controllo e tenacia	3,90	,63	3,88	,53	,13
Pessimismo	2,92	1,06	2,94	1,11	-,10
Apertura all'esperienza	4,04	,79	4,10	,74	-,40
Sessualità della coppia	4,69	,48	4,62	,44	,79
Energia	2,92	1,03	3,12	1,01	-,95
Sostegno della famiglia	4,72	,51	4,64	,53	,71
DONNE (N = 101)					
Disagio emotivo	2,65	,77	2,79	,83	-,78
Sostegno degli amici	3,69	,67	3,49	,78	1,28
Percezione del controllo e tenacia	4,02	,45	3,96	,53	,60
Pessimismo	2,90	1,02	3,12	1,02	-1,04
Apertura all'esperienza	3,64	,96	3,88	,85	-1,31
Sessualità della coppia	4,44	,57	4,25	,81	1,24
Energia	3,15	,80	3,00	,88	,85
Sostegno della famiglia	4,73	,43	4,64	,53	,89

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali dati sottolineano che né il disagio emotivo né le risorse adattive sono influenzati dalla durata dell'infertilità né nel caso degli uomini né nel caso delle donne. È molto interessante notare che ciò che incide sul disagio emotivo non è tanto la durata dell'infertilità quanto l'essersi o meno già sottoposti a dei trattamenti di PMA. Questo dato appare molto rilevante nella presa in carico delle coppie infertili.

g) Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sulle dimensioni del DERA rispetto alla diagnosi (Test Post-hoc di Tukey) emerge che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati degli uomini con diagnosi femminile al fattore “Pessimismo” ($F = 3.41$; $p < .05$) (tab. 8). Non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle altre dimensioni del DERA. Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 8 – Differenze nelle dimensioni del DERA rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)						
Disagio emotivo	1,92	2,31	2,09	2,05	,61	-
Sostegno degli amici	3,36	3,35	3,46	3,64	,74	-
Percezione del controllo e tenacia	3,87	3,91	3,91	3,86	,04	-
Pessimismo	2,60	3,40	2,95	2,68	3,41*	B > A
Apertura all’esperienza	4,24	4,01	3,93	4,10	,80	-
Sessualità della coppia	4,65	4,66	4,57	4,71	,28	
Energia	2,93	2,80	3,37	3,26	1,71	
Sostegno della famiglia	4,68	4,70	4,62	4,65	,11	
DONNE (N = 101)						
Disagio emotivo	2,63	2,82	2,77	2,74	,28	-
Sostegno degli amici	3,66	3,38	3,75	3,53	1,19	-
Percezione del controllo e tenacia	3,94	3,93	4,17	3,95	1,11	-
Pessimismo	2,75	3,08	3,15	3,34	1,45	-
Apertura all’esperienza	3,96	3,59	3,87	3,75	,94	-
Sessualità della coppia	4,40	4,24	4,45	4,23	,50	-
Energia	3,03	3,16	3,02	3,00	,19	-
Sostegno della famiglia	4,71	4,64	4,65	4,71	,15	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questo dato sottolinea con forza che gli uomini vivono la diagnosi di infertilità maschile come una vera e propria ferita narcisistica che li conduce ad assumere un atteggiamento orientato al pessimismo.

Tali risultati sono in linea con quanto affermano Testa e Graziottin (2006) a proposito del maggior disagio percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica.

Anche questo dato, dunque, sembra essere di primaria importanza quando si appronta un intervento volto a supportare i membri della coppia in questo delicato percorso.

VII.6.4 Validità predittiva

Per analizzare la validità predittiva è stata effettuata l'analisi della regressione lineare multipla (metodo Stepwise) sulle dimensioni del DERA rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi (variabili dipendenti) sia sul totale dei soggetti che in relazione al genere. Sono di seguito riportati i valori (β) di tali regressioni (Tabb. 9, 10 e 11).

Per quanto riguarda le donne (tab. 9), i risultati evidenziano che il fattore “Disagio emotivo” predice positivamente la depressione ($\beta = .68$; $p < .000$) e l’ansia di stato ($\beta = .62$; $p < .000$). Pertanto la percezione di disagio emotivo legato all’infertilità si configura come il fattore maggiormente connesso all’insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

Tabella 9 - Analisi Regressione Multipla delle dimensioni del DERA sui vissuti depressivi e ansiosi per le donne (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadro	β	t	sig.
<i>Depressione</i>							
1	Disagio emotivo	85.47	.000	.47	.68	9.25	.000
<i>Ansia di stato</i>							
1	Disagio emotivo	61.71	.000	.39	.62	7.86	.000

Per quanto riguarda gli uomini (tab. 10), invece, i risultati evidenziano che il fattore “Disagio emotivo” predice positivamente la depressione ($\beta = .64$; $p < .000$) e l’ansia di stato ($\beta = .55$; $p < .05$). Pertanto, anche per gli uomini, la percezione di disagio emotivo legato all’infertilità si configura come il fattore maggiormente connesso all’insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

Tabella 10 - Analisi Regressione Multipla delle dimensioni del DERA sui vissuti depressivi e ansiosi per gli uomini (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadro	β	t	sig.
<i>Depressione</i>							
1	Disagio emotivo	69.37	.000	.41	.64	8.33	.000
<i>Ansia di stato</i>							
1	Disagio emotivo	42.39	.000	.30	.55	6.91	.000

Per quanto riguarda il totale (tab. 11), infine, i risultati evidenziano che il fattore “Disagio emotivo” predice positivamente la depressione ($\beta = .69$; $p < .000$) e l’ansia di stato ($\beta = .64$; $p < .05$). Il fattore “Sessualità della coppia”, invece, predice negativamente la depressione ($\beta = -.15$; $p < .05$). Pertanto, considerando complessivamente il campione, la percezione di disagio emotivo legato all’infertilità si configura come il fattore maggiormente connesso all’insorgere di vissuti depressivi e ansiosi. Di contro, il ricorso alla sessualità della coppia si configura come un importante fattore protettivo rispetto al vissuto depressivo.

Tabella 11 - Analisi Regressione Multipla delle dimensioni del DERA sui vissuti depressivi e ansiosi sul totale (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadro	β	t	sig.
<i>Depressione</i>							
1	Disagio emotivo	202.50	.000	.51	.69	13.32	.000
2	Sessualità della coppia	106.73	.000	.52	-.15	-2.44	.016
<i>Ansia di stato</i>							
1	Disagio emotivo	133.40	.000	.40	.64	11.56	.000

Sia per le donne che per gli uomini, quindi, il fattore che maggiormente predispone all’insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi è costituito dalla percezione di disagio emotivo.

Inoltre, considerando complessivamente il campione, è importante sottolineare che il ricorso alla sessualità della coppia si configura come un importante fattore protettivo rispetto al vissuto depressivo.

Da tali analisi, tuttavia, emerge che la capacità delle dimensioni relative alle risorse adattive del DERA di predire vissuti emotivi negativi è scarsa. La validità predittiva dello strumento, dunque, non risulta soddisfacente.

VI.7 Conclusioni

Questo primo studio relativo all’adattamento del DERA al contesto italiano ha dimostrato che la validità e l’attendibilità dello strumento non sono del tutto soddisfacenti.

Dall’analisi fattoriale dell’DERA è emersa una soluzione coerente a 8 fattori che spiega complessivamente il 41.93% della varianza. Tutti i fattori emersi evidenziano una

coerenza interna sufficiente ($\alpha > .60$) ad eccezione dei fattori 7 ($\alpha = .47$) e 8 ($\alpha = .32$). Tuttavia gli unici fattori che mostrano un'attendibilità soddisfacente sono i fattori 1 ($\alpha = .91$) e 2 ($\alpha = .79$).

L'analisi fattoriale ha inoltre evidenziato che mentre le sottoscale relative alla scala originale del Disagio Emotivo confluiscano tutte per lo più in un unico fattore, le sottoscale che compongono le scale originali Risorse Personaliali e Risorse Interpersonaliali, invece, emergono come dimensioni distinte tra loro. Unica eccezione sono le sottoscale originali Percezione del controllo e Tenacia che, nella versione italiana, confluiscano in un unico fattore.

Il DERA è risultato inoltre in grado di discriminare rispetto al genere, all'età, al titolo di studio, alla presenza o meno di figli, alla presenza o meno di trattamenti precedenti e al tipo di diagnosi.

Rispetto al genere è emerso che le donne riportano punteggi significativamente più elevati degli uomini nel fattore Disagio emotivo e significativamente più bassi nei fattori Apertura all'esperienza e Sessualità della coppia. Tali risultati, dunque, evidenziano che le donne percepiscono maggiore disagio emotivo degli uomini e minori risorse personali e interpersonali.

Rispetto all'età è emerso che le donne più mature percepiscono un minor controllo sulla propria fertilità e sono più aperte nei confronti della realtà esterna, forse perché riescono ad elaborare maggiormente il lutto del figlio desiderato e investire le proprie energie su obiettivi altri.

Rispetto al titolo di studio, invece, è emerso che le donne con un livello di istruzione più elevato percepiscono minore disagio emotivo e maggiori risorse personali, in particolare una maggiore apertura all'esperienza, e interpersonali, in particolare un maggior sostegno degli amici. Gli uomini con un livello di istruzione più basso, invece, hanno un atteggiamento orientato al pessimismo in misura maggiore degli uomini con un livello di istruzione più elevato. Si evidenzia dunque un effetto protettivo del livello di istruzione, sia rispetto all'insorgenza di disagio emotivo, sia rispetto all'influenza che ha sulla capacità di sviluppare le proprie risorse personali e interpersonali.

Rispetto alla presenza/assenza di figli, inoltre, è emerso che sia le donne che gli uomini senza figli percepiscono un minore controllo sulla propria esperienza di infertilità e

una minore tenacia; gli uomini senza figli, inoltre, tendono a ricorrere maggiormente al sostegno da parte degli amici e a investire maggiore energia in questo difficile percorso. Emerge quindi che nel contesto italiano il non aver già generato alcun figlio influenza notevolmente la percezione di controllo in un percorso di PMA. Esso influenza parimenti il grado di investimento delle proprie energie in questo delicato percorso.

Rispetto alla presenza/assenza di trattamenti è emerso le donne che hanno già affrontato precedenti percorsi di PMA, avendo subito un maggiore stress connesso a questa esperienza, percepiscono dei maggiori effetti, in termini di disagio emotivo e, quindi, tendono anche ad investire minori energie nei confronti della realtà circostante. Anche gli uomini che hanno già effettuato trattamenti di PMA riportano dei punteggi maggiori nel fattore relativo al disagio emotivo rispetto a coloro che si accingono ad affrontare questa esperienza per la prima volta.

Rispetto al tipo di diagnosi, infine, è emerso che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati nel fattore pessimismo di coloro che hanno ricevuto una diagnosi esclusivamente femminile. Questo dato sembra sottolineare che gli uomini vivono la diagnosi di infertilità maschile come una vera e propria ferita narcisistica che li conduce ad assumere un atteggiamento orientato maggiormente al pessimismo.

Non è risultata soddisfacente, infine, la capacità dello strumento di predire vissuti emotivi negativi. Sia per le donne che per gli uomini, infatti, l'unico fattore che maggiormente predispone all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi è costituito dalla percezione di disagio emotivo. Inoltre, considerando complessivamente il campione, emerge che il ricorso alla sessualità della coppia si configura come un importante fattore protettivo rispetto al vissuto depressivo.

Tuttavia, da tali analisi emerge che le altre dimensioni relative alle risorse adattive del DERA non sono in grado di predire l'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi.

Si può quindi affermare che il DERA, alla luce di questa ricerca condotta sulla popolazione italiana, presenta delle problematiche relative all'attendibilità di alcuni fattori emersi e alla capacità dello strumento di predire vissuti emotivi negativi. Esso, pertanto, non si configura come uno strumento del tutto valido e attendibile.

VIII

La valutazione di fonti di stress, risorse adattive e disagio emozionale in coppie infertili

VIII.1 Obiettivi della ricerca

La ricerca si propone di verificare la validità e l'efficacia del costrutto transazionale dello stress (Lazarus e Folkman, 1984, 1987) applicato allo studio dell'infertilità attraverso l'esplorazione della validità di una batteria tesa a valutare in entrambi i membri delle coppie infertili: a) percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità; b) strategie di coping individuale; c) modalità di adattamento diadico; d) effetti dello stress in termini di vissuti depressivi e ansiosi. In particolare ci proponiamo di:

- 1) Esplorare la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e i vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, all'assenza/presenza di figli, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi;
- 2) Esplorare la relazione esistente tra le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità;
- 3) Esplorare la relazione tra fonti di stress, risorse di coping individuale e di adattamento diadico e vissuti depressivi e ansiosi, ipotizzando che fonti di stress e risorse influenzino e/o proteggano rispetto all'insorgenza di tali vissuti.

VIII.2 Metodologia

VIII.2.1 Strumenti

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

- 1) una sezione informativa generale volta a raccogliere informazioni su caratteristiche personali e situazionali che influenzano lo stress delle coppie infertili. Si tratta in particolare di: notizie biografiche sulla vita personale (esso, età, livello di istruzione, professione, stato civile, durata della relazione col partner) e notizie relative alla storia di infertilità della coppia (tipo di infertilità, assenza/presenza di figli, durata dell'infertilità, tempo intercorso tra i primi tentativi ed il primo contatto con il medico, assenza/presenza di trattamenti precedenti, tipo di trattamento attuale, tipo di diagnosi).
- 2) Il *Fertility Problem Inventory* (FPI, Newton, Sherrard e Glavac, 1999; validazione italiana di Zurlo e Ambrosino, 2011), un questionario self-report di 46 item su scala Likert a 6 punti che valuta la percezione delle fonti di stress connesse alle diverse dimensioni individuali, relazionali e di coppia coinvolte nel processo di fronteggiamento dell'esperienza di infertilità. L'FPI si compone nella versione originale di 5 scale:
 - I) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sociali, che contiene item che fanno riferimento alla percezione di sentimenti di isolamento sociale, di alienazione dalla famiglia o dai pari e di disagio rispetto al confronto con gli altri circa la propria infertilità;
 - II) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni sessuali, che comprende item che fanno riferimento alla percezione della riduzione del piacere e dell'autostima relativi alla sfera sessuale e alla difficoltà percepita di continuare ad avere rapporti sessuali;
 - III) Scala dello stress connesso a Preoccupazioni relazionali, che contiene item che riguardano la difficoltà percepita di parlare col partner della propria infertilità, di affrontare l'impatto dell'infertilità sulla relazione di coppia e di comprendere e accettare le differenze di genere relative al modo in cui si reagisce a tale esperienza;
 - IV) Scala dello stress connesso al Bisogno di genitorialità, che comprende item che si riferiscono alla percezione della genitorialità come obiettivo primario o essenziale della propria vita e ad una forte identificazione con il ruolo di genitore;

V) Scala dello stress connesso al Rifiuto di uno stile di vita senza figli, che contiene item che riguardano la visione negativa di uno stile di vita senza figli e la percezione che la soddisfazione futura o la felicità dipendano dall'avere un figlio (o un altro figlio).

La somma delle cinque scale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Stress globale.

L'FPI ha dimostrato di avere buone proprietà psicométriche sia nello studio originale di validazione (Newton, Sherrard e Glavac, 1999) sia nello studio di adattamento italiano dello strumento (Zurlo e Ambrosino, 2011)

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 valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà nel sonno, pensieri di farsi male. L'EDS è nato nei centri sanitari di Livingston e di Edimburgo, in Inghilterra, nel 1987 ed è stato sviluppato da J. L. Cox per aiutare i professionisti del settore medico-sanitario nell'individuazione delle donne depresse. L'EDS è stato adoperato dapprima nel post-partum e, successivamente, nel pre-partum (utilizzandolo anche su dei campioni maschili). Tale strumento consta di 10 item che fanno temporalmente riferimento alla settimana appena trascorsa. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio dipendente dalla gravità e dalla durata del sintomo. Il metodo di assegnazione del punteggio è piuttosto semplice: 0 per l'assenza del sintomo; 3 per la massima gravità e durata; 1 e 2 rappresentano un punteggio intermedio. Il punteggio totale può dunque essere compreso tra 0 e 30. L'EDS ha mostrato buone proprietà psicométriche sia nello studio originale di convalida (Cox J. et al, 1987) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Benvenuti et al., 1999).

4) Lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger C., 1989; Pedrabissi e Santinello, 1996), un questionario self-report di 40 item su scala Likert a 4 punti finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia. Esso è composto da 2 scale di 20 item ciascuna finalizzate alla rilevazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.

L'ansia di stato è concepita come uno stato transitorio che provoca un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito. Sebbene nel concetto di stato sia inserito quello di transitorietà, lo stato d'ansia può ripresentarsi in associazione a stimoli specifici e può persistere qualora le condizioni evocative non cessino. Esso può variare di intensità e fluttuare nel tempo in funzione della minaccia percepita.

L'ansia di tratto, invece, consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose. In altre parole si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con una intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati a reali o presunti pericoli particolari (Spielberger C., 1966).

I punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Lo STAI-Y ha dimostrato di possedere buone proprietà psicométriche sia nello studio originale di convalida (Spielberger C., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Pedrabissi e Santinello, 1996).

5) La Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier G., 1976; Gentili et al., 2002), un questionario self-report che valuta il grado di adattamento di coppia. 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. Tale strumento è composto da 32 item divisi in quattro sottoscale:

- a) Soddisfazione Diadica (10 item) che valuta il grado di soddisfazione che le coppie percepiscono della loro relazione facendo riferimento, in particolare, alla frequenza dei litigi, al piacere o meno nello stare insieme, al prendere in considerazione la separazione o il divorzio;
- b) Coesione Diadica (5 item) che valuta la quantità di tempo in cui i partner condividono attività piacevoli quali interessi sociali, il dialogo o il lavorare insieme su obiettivi comuni;
- c) Consenso Diadico (13 item) che valuta il grado di accordo e disaccordo dei partner su argomenti come le finanze, il tempo libero, la religione, gli amici, l'organizzazione domestica e la gestione del tempo trascorso insieme;

d) Espressione Affettiva (4 item) che valuta come la coppia esprime i propri sentimenti, l'amore e la sessualità.

La somma delle quattro sottoscale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Accordo generale della coppia.

Come nello studio originale di convalida (Spanier G., 1976) anche nello studio di validazione italiana dello strumento (Gentili et al., 2002) la DAS ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche.

6) 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.

Nella versione italiana dello strumento (Sica et al., 2008) sono emerse cinque strategie di coping:

a) Strategie orientate al Sostegno Sociale che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Ricerca di comprensione, che consiste nell'ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione;
- Ricerca di informazioni, che si basa sulla richiesta di consigli, assistenza, informazioni;
- Sfogo emotivo, che consiste nell'esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti;

b) Strategie centrate su Evitamento che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:

- Negazione, che consiste nel rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse;
- Uso di sostanze, che si basa sull'utilizzo di alcol o droghe per superare lo stress;
- Distacco comportamentale, che è una condizione in cui si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione del problema (è il comportamento di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento);
- Distacco mentale, che implica il distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo;

c) Strategie orientate all'Attitudine Positiva, che si basano sui seguenti meccanismi di coping:

- Atteggiamento di accettazione, che si basa sull'accettazione della situazione e/o della propria capacità nell'affrontarla;
- Contenimento, che consiste nell'aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, nel trattenersi dall'agire impulsivamente;
- Reinterpretazione positiva degli eventi, che implica l'elaborazione dell'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana;

d) Strategie centrate su Orientamento al Problema, che comprendono i seguenti meccanismi di coping:

- Impegno e sforzo, che consiste nell'intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti;
- Pianificazione, che implica il riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema;
- Concentrazione sul problema, che consiste nel mettere da parte ogni altra attività, nell'evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema;

e) Strategie centrate su Orientamento Trascendente, che si riferiscono ai seguenti meccanismi di coping:

- Sostegno della religione, che implica il cercare aiuto o conforto nella religione;
- Umorismo, che consiste nel prendersi gioco della situazione. Tuttavia nella versione italiana questa modalità di coping fa riferimento all'assenza di umorismo dal momento che i punteggi degli item in questione sono invertiti (Sica et al., 2008).

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).

VIII.2.2 Metodologia di analisi statistica dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti alle seguenti procedure di elaborazione statistica:

- I. T-Test e ANOVA (Test Post-hoc di Tukey) per verificare la presenza di differenze statisticamente significative nella percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, nelle risorse di coping individuale e di adattamento diadico e nei vissuti depressivi e ansiosi di coppie infertili rispetto al genere, all'età, al livello di

- istruzione, all'assenza/presenza di figli, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi;
- II. Correlazione di Pearson per valutare la significatività statistica delle relazioni tra le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità;
 - III. Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle fonti di stress e delle risorse di coping individuale e di adattamento diadico sui vissuti depressivi e ansiosi per esplorare i fattori protettivi rispetto all'insorgenza di tali vissuti.

L'elaborazione statistica dei dati raccolti è stata effettuata mediante SPSS – XV.

VIII.3 Risultati

VIII.3.1 - Percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto al genere (Tab. 1) è emerso che le donne percepiscono un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($T = 3.40$; $p < .05$), un maggiore stress legato alla percezione del confronto sociale ($T = 4.06$; $p < .001$) e un maggiore stress globale ($T = 3.42$; $p < .05$). L'esperienza dell'infertilità, quindi, viene percepita come un evento stressante in misura maggiore dalle donne in modo statisticamente significativo.

Tabella 1 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al sesso: T-Test

	Donne (N = 101)	Uomini (N= 101)		T-test	
	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,31	,75	1,97	,62	3,40*
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,88	,96	4,61	1,17	1,76 (p= .08)
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,19	1,09	4,23	1,00	-.29
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,76	1,04	2,19	,95	4,06**
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,97	1,10	2,76	1,08	1,37
Stress globale	3,13	,60	2,85	,55	3,42*

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Dal T-Test quindi emerge che le donne percepiscono l'esperienza di infertilità in maniera molto più stressante degli uomini. Questo dato è in linea con quanto emerge dalla letteratura internazionale che afferma in maniera unanime che l'esperienza dell'infertilità si configura come un evento più stressante per le donne che per gli uomini (Greil, 1997; Abbey et al., 1991; McGrade, 1981; Brucker e McKenry, 2003; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Ulbrich et al., 1990).

b) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto all'età (Tab. 2) emerge che gli uomini con un'età superiore ai 39 anni riportano un minore stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli rispetto agli uomini che hanno meno di 30 anni ($F = 4,42$; $p < .05$). Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 2 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,05	2,01	1,79	1,08	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,72	4,63	4,48	,19	-
Stress legato alla percezione della	4,83	4,22	3,85	4,42*	A > C

prospettiva di una vita senza figli					
	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,58	2,19	1,88	1,40	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,94	2,61	3,10	1,83	-
Stress globale	3,08	2,84	2,67	2,37	-
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,34	2,29	2,33	,05	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,06	4,87	4,43	1,69	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,56	4,08	3,84	2,52	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	3,03	2,70	2,44	1,54	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,78	3,00	3,29	,87	-
Stress globale	3,25	3,09	2,33	,95	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tale risultato potrebbe suggerire che con l'avanzare dell'età gli uomini riescono ad elaborare il lutto del figlio desiderato, investire le proprie energie su obiettivi altri e, quindi, percepire un minore stress legato proprio alla prospettiva di una vita senza figli. Per le donne, invece, l'età non sembra influenzare nessuna delle fonti di stress connesse all'infertilità.

Dunque, a dispetto di precedenti ricerche condotte in Inghilterra (Glover et al., 1999) e in Grecia (Gourounti et al., 2010) in cui non sono emerse differenze significative nella percezione delle fonti di stress in relazione all'età, in questo studio sono emerse delle differenze significative nel modo in cui gli uomini percepiscono lo stress legato alla prospettiva di una vita senza figli a seconda dell'età.

c) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto al titolo di studio (Tab. 3) per le donne emerge che le laureate riportano punteggi significativamente più bassi delle donne

con licenza media inferiore e superiore nello stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($F = 3.30$; $p < .05$), nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($F = 3.15$; $p < .05$) e nello stress globale ($F = 5.23$; $p < .05$). Il livello culturale, dunque, risulta svolgere un funzione protettiva rispetto alla percezione dello stress legato all'infertilità. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 3 - Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,04	1,95	1,95	,16	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,94	4,51	4,44	1,36	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,41	4,25	3,80	1,51	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,42	2,13	2,03	1,05	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,90	2,68	2,83	,38	-
Stress globale	3,00	2,81	2,72	1,44	-
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,44	2,39	1,98	3,30*	C < A C < B
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,14	4,82	4,62	2,25	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,3	4,33	3,73	3,15*	C < A, C < B
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,82	2,84	2,57	,59	-
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	3,24	2,92	2,68	1,99	-
Stress globale	3,29	3,19	2,81	5,23*	C < A, C < B

* $p < 0,05$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Quindi le donne laureate riescono a fronteggiare meglio lo stress globale derivante dall'esperienza dell'infertilità e, in particolare, lo stress derivante dalla percezione di una

prospettiva di vita senza figli e lo stress inerente la sfera sessuale e relazionale. Per gli uomini, invece, il livello di istruzione non sembra influenzare nessuna delle fonti di stress connesso all'infertilità.

Anche in questo caso, a dispetto di precedenti ricerche condotte in Grecia (Gourounti et al., 2010) che non hanno rilevato la presenza di differenze significative nelle fonti di stress in relazione al titolo di studio, sono invece emerse delle significative differenze nel modo in cui le donne percepiscono alcune fonti di stress connesso all'infertilità a seconda del titolo di studio.

d) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di figli emerge che gli uomini senza figli riportano dei punteggi significativamente maggiori nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($T = 2.38$; $p < .05$) e che le donne con figli riportano un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($T = -2.53$; $p < .05$) (Tab. 4).

Tabella 4 - Differenze nelle dimensioni dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,98	,63	1,93	,57	,22
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,57	1,19	5,01	,96	-1,14
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,31	,96	3,53	1,10	2,38*
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,23	,94	1,85	,97	1,18
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,72	1,08	3,04	1,06	-,86
Stress globale	2,86	,55	2,74	,58	,65
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,24	,75	2,86	,53	-2,53*
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,83	,97	5,30	,74	-1,45
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,24	1,09	3,79	1,04	1,23
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,81	1,05	2,32	,94	1,41
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,96	1,13	3,04	,95	-,20
Stress globale	3,11	,61	3,29	,49	-,88

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Quindi le donne che hanno già figli tendono a percepire in maniera maggiormente stressante delle donne senza figli l'influenza che l'esperienza dell'infertilità esercita sulla relazione con il partner e sulla sfera sessuale. Gli uomini che non hanno ancora figli, invece, tendono a percepire in maniera maggiormente stressante la prospettiva di una vita senza figli.

Questi dati sono peculiari del campione italiano dal momento che si pongono in parte in antitesi con quanto emerso da precedenti ricerche condotte in Canada (Newton et al., 1999) in cui le coppie senza figli sono risultate più stressate negli aspetti concernenti la relazione col partner rispetto alle coppie con figli.

e) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti non emergono differenze statisticamente significative né per gli uomini né per le donne (Tab. 5). Dunque l'aver affrontato o meno precedenti trattamenti di PMA non influenza il modo in cui l'esperienza di infertilità è percepita come una fonte di stress.

Tabella 5 - Differenze nelle dimensioni dell'FPI rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,90	1,08	2,03	1,17	-1,06
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,68	,78	4,55	,87	,55
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,30	,81	4,18	,79	,62
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,07	,97	2,29	,82	-1,18
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,82	1,14	2,69	,84	,60
Stress globale	2,83	,56	2,86	,56	-,30
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,26	,90	2,35	,84	-,61
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,69	,83	5,03	,83	-1,77 (p= .081)
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,32	,91	4,08	93	-,11

Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,63	,88	2,88	,95	-1,21
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,86	,99	3,06	,79	-,92
Stress globale	3,07	,54	3,17	,59	-,84

* p < 0,05 ** p < 0,001

Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

f) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla durata dell'infertilità

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'FPI rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 6) emerge che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi riportano un livello significativamente più basso di stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($T = 2.42$; $p < .05$) e significativamente maggiore di stress legato alla percezione della propria capacità di adattamento all'infertilità ($T = -1.96$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 6 – Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,95	1,02	1,98	1,20	-,22
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,66	,81	4,58	,81	,34
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,40	,94	4,14	,82	1,26
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,33	,78	2,10	,85	1,13
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,81	1,01	2,72	,94	,40
Stress globale	2,90	,51	2,81	,59	,79
DONNE (N = 101)					
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,18	,96	2,39	,82	-1,36
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,84	,91	4,90	,81	-,28
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,52	,92	3,99	,92	2,42*
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,69	,78	2,80	,97	-,51
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,70	,89	3,13	,93	-1,96*
Stress globale	3,09	,60	3,15	,55	-,54

* p < 0,05 ** p < 0,001

Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tale risultato potrebbe sottolineare che, col prolungarsi dell'esperienza di infertilità,

aumenta la capacità delle donne di elaborare il lutto del figlio desiderato, e quindi di percepire un minore stress legato alla prospettiva di una vita senza figli, e aumenta parimenti la preoccupazione relativa alle proprie capacità di adattamento alla condizione di infertilità. Emerge dunque che la percezione delle fonti di stress aumenta o diminuisce nel tempo a seconda delle specifiche fonti di stress considerate.

g) Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'FPI rispetto alla diagnosi (Tab. 7) emerge che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati nello stress legato alla percezione del confronto sociale degli uomini con diagnosi femminile e sconosciuta ($F = 2.87$; $p < .05$). Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 7 – Differenze nelle fonti di stress connesso all'infertilità rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)						
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	1,76	4,91	2,03	2,05	1,77	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	4,29	4,42	4,30	4,95	2,58 (p=.06)	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,23	2,52	4,18	3,99	,75	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	1,94	2,70	2,32	1,89	2,87*	B > A, B > D
Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	2,74	3,02	2,87	2,76	,09	-
Stress globale	2,67	4,91	2,85	2,83	2,05	-
DONNE (N = 101)						
Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	2,23	2,40	2,28	2,29	,25	-
Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	5,01	4,72	5,03	4,78	,70	-
Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	4,15	4,21	4,44	3,98	,57	-
Stress legato alla percezione del confronto sociale	2,50	2,90	3,01	2,69	1,20	-
Stress legato alla percezione di	2,81	2,89	3,25	3,05	,70	-

capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità						
Stress globale	3,05	3,16	2,28	3,07	,53	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo dato suggerisce che gli uomini vivono la diagnosi di infertilità maschile come una ferita narcisistica che si acuisce nel confronto con gli altri potenziali fertili.

Tali risultati sono in linea con quanto affermano Testa e Graziottin (2006) a proposito del maggior disagio percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica. Essi sono altresì in accordo con quanto affermato da altri autori (Connolly et al., 1987) che hanno affermato che la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista.

VIII.3.2 - Strategie di coping dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nelle strategie di coping rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE in relazione al genere (Tab. 8) è emerso che, rispetto agli uomini, le donne tendono maggiormente a ricercare informazioni ($T = 2.40$, $p < .05$), rassicurazioni ($T = 3.73$, $p < .001$), a dare sfogo ai propri sentimenti ($T = 4.55$, $p < .001$), a negare l'esistenza della situazione ($T = 2.52$, $p < .05$), a distrarsi dalla condizione di PMA ($T = 2.65$, $p < .05$), a ridurre gli sforzi per affrontare la situazione critica ($T = 3.58$, $p < .001$) e ad accettare la situazione ($T = 1.99$, $p < .05$). Gli uomini, invece, tendono maggiormente a pianificare le proprie azioni ($T = -1.92$, $p < .05$).

Le donne tendono dunque ad usare maggiormente delle strategie centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento del problema; gli uomini, invece, tendono maggiormente ad affrontare la situazione problematica, ricorrendo a delle strategie di coping centrate sull'orientamento al problema.

Tabella 8 - Differenze nelle strategie di coping rispetto al genere: T-Test

	DONNE (N = 101)		UOMINI (N = 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,41	,70	2,18	,68	2,40*
Ricerca di comprensione	2,24	,83	1,83	,71	3,73*
Sfogo emotivo	2,38	,73	1,95	,60	4,55**
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,71	,65	1,49	,56	2,52*
Distacco mentale	1,52	,66	1,31	,42	2,65*
Distacco comportamentale	2,02	,64	1,72	,53	3,58**
Uso di sostanze	1,14	,47	1,11	,38	,38
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,33	,63	2,35	,630	-,23
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,87	,66	2,85	,67	,30
Atteggiamento di accettazione	2,44	,68	2,26	,63	1,99*
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,64	,55	2,62	,59	,18
Pianificazione	2,42	,70	2,62	,78	-1,92*
Concentrazione sul problema	2,13	,67	2,29	,62	-1,74
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,22	,65	3,27	,65	-,52
Sostegno della religione	2,98	,94	2,73	1,01	1,75

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali dati evidenziano che le donne tendono ad adottare delle strategie di coping centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento in misura significativamente maggiore degli uomini che, invece, risultano essere più concentrati sulla risoluzione del problema. Questi risultati emersi nel contesto italiano confermano in parte quanto rilevato da alcuni studi condotti in America (Peterson et al., 2006) e Olanda (Lechner et al., 2007) e da alcune rassegne della letteratura sul tema (Greil, 1997; Jordan e Reverson, 1999) che sottolineano la presenza di alcune differenze attribuibili al genere, quali maggior uso da parte delle donne di strategie di evitamento, interpretazione positiva della situazione e ricerca di supporto sociale.

Rispetto alla letteratura internazionale sul tema, dunque, anche se le donne italiane fanno un maggior uso di strategie di coping centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento, tuttavia esse non tendono a reinterpretare positivamente la situazione in maniera significativamente maggiore degli uomini. Questi risultati suggeriscono dunque che nel contesto italiano le donne sono maggiormente a rischio degli uomini in quanto percepiscono una maggiore difficoltà nell'affrontare la propria esperienza di infertilità e un maggior bisogno di ricevere un supporto sociale.

b) Differenze nelle strategie di coping rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto alla variabile età (Tab. 9) emerge che le donne della fascia di età 30-39, rispetto alle donne della precedente fascia d'età, tendono a ricorrere maggiormente a strategie di coping centrate sull'attitudine positiva, in particolare all'accettazione della situazione ($F = 3.12$; $p < .05$), e sull'orientamento trascendente, in particolare al sostegno della religione ($F = 3.18$; $p < .05$). Inoltre, con l'avanzare dell'età aumenta anche il ricorso all'umorismo ($F = 3.61$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 9 - Differenze nelle strategie di coping rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,35	2,13	2,21	,64	-
Ricerca di comprensione	2,01	1,79	1,83	,57	-
Sfogo emotivo	1,98	1,95	1,95	,01	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,53	1,47	1,52	,08	-
Distacco mentale	1,25	1,29	1,42	,91	-
Distacco comportamentale	1,73	1,74	1,66	,19	-
Uso di sostanze	1,30	1,07	1,11	2,08	
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,08	2,41	2,38	1,63	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,76	2,83	2,95	,35	-
Atteggiamento di accettazione	2,30	2,24	2,28	,06	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,67	2,61	2,62	,05	-
Pianificazione	2,56	2,65	2,57	,13	-
Concentrazione sul problema	2,25	2,35	2,10	1,29	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,35	3,29	3,17	,34	-
Sostegno della religione	3,10	2,67	2,66	1,12	-
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,30	2,45	2,52	,54	-
Ricerca di comprensione	2,16	2,25	2,42	,36	-
Sfogo emotivo	2,35	2,38	2,47	,11	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,58	1,75	1,85	,93	-
Distacco mentale	1,43	1,55	1,59	,36	-
Distacco comportamentale	1,91	2,10	1,90	,97	-
Uso di sostanze	1,01	1,20	1,09	1,66	-
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,13	2,45	2,18	2,86	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,77	2,97	2,57	2,09	-
Atteggiamento di accettazione	2,19	2,57	2,38	3,12*	A < B
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,47	2,71	2,68	1,86	-

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
Pianificazione	2,37	2,45	2,37	,14	-
Concentrazione sul problema	2,06	2,14	2,20	,23	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,42	3,21	2,81	3,61*	A > C
Sostegno della religione	2,30	2,90	2,56	3,18*	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati rimandano alla considerazione che, probabilmente, con l'aumentare dell'età e con la progressiva riduzione del tasso di fertilità le donne divengono sempre più capaci di accettare la propria condizione di infertilità, elaborarla e investire su obiettivi altri. Quanto detto potrebbe spiegare anche il maggior investimento da parte delle donne nella sfera religiosa con l'avanzare dell'età. L'accettazione della propria condizione di infertilità in termini di status quo è probabilmente accompagnata da sentimenti di rassegnazione e, quindi, diviene sempre maggiore la percezione di poter esercitare un controllo su di essa. Di qui la tendenza sempre maggiore ad affidare le sorti della propria fertilità, e quindi il controllo della propria situazione di infertilità, ad un'entità superiore.

Nel caso degli uomini, invece, il tipo di strategie di coping usate rimane costante nel tempo o, comunque, non risulta soggetto a cambiamenti statisticamente significativi.

c) Differenze nelle strategie di coping rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto al titolo di studio (Tab. 10) non è emersa la presenza di differenze significative né per gli uomini né per le donne.

Tabella 10 - Differenze nelle strategie di coping rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,26	2,21	1,83	1,79	-
Ricerca di comprensione	1,81	1,87	1,70	,28	-
Sfogo emotivo	1,93	2,03	1,60	2,67	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,60	1,48	1,35	,84	-
Distacco mentale	1,39	1,31	1,14	1,34	-
Distacco comportamentale	1,70	1,77	1,56	,81	-
Uso di sostanze	1,14	1,13	1,00	,65	-
Coping centrato su Attitudine positiva					

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post-hoc
Contenimento	2,40	2,32	2,43	,23	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,78	2,88	2,79	,24	-
Atteggiamento di accettazione	2,20	2,32	2,04	1,20	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,62	2,62	2,66	,02	-
Pianificazione	2,68	2,57	2,77	,37	-
Concentrazione sul problema	2,29	2,25	2,45	,51	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,24	3,29	3,25	,07	-
Sostegno della religione	2,93	2,78	2,12	2,75	-
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,32	2,42	2,53	,61	-
Ricerca di comprensione	2,01	2,27	2,51	2,67	-
Sfogo emotivo	2,51	2,46	2,09	2,87	-
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,76	1,74	1,60	,52	-
Distacco mentale	1,73	1,43	1,37	2,86	-
Distacco comportamentale	2,10	2,06	1,86	1,09	-
Uso di sostanze	1,19	1,10	1,14	,31	-
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,42	2,30	2,27	,47	-
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,75	2,86	3,04	1,27	-
Atteggiamento di accettazione	2,48	2,42	2,45	,07	-
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,64	2,62	2,67	,04	-
Pianificazione	2,21	2,48	2,61	2,61	-
Concentrazione sul problema	2,11	2,13	2,15	,02	-
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,24	3,35	3,00	2,25	-
Sostegno della religione	3,11	3,04	2,71	1,43	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che il livello di istruzione non influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza dell'infertilità. Tuttavia, nel caso delle donne, occorre notare che i valori dell'ANOVA relativi al "Distacco mentale" ($F = 2.86$, $p = .08$) e alla "Pianificazione" ($F = 2.61$, $p = .06$) sono vicini al livello della significatività statistica ($p < .05$). Osservando le medie emerge che maggiore è il livello di istruzione e maggiore è la tendenza a pianificare le proprie azioni; di contro maggiore è il livello di istruzione e minore è la tendenza ad evadere mentalmente dalla situazione. Nel caso delle donne, quindi, il possedere un livello di istruzione elevato si configura come un fattore tendenzialmente

protettivo in quanto può aiutare ad assumere un ruolo più attivo all'interno di questa peculiare esperienza.

d) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 11) è emerso che gli uomini con figli tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sull'evitamento, in particolare al distacco comportamentale ($T = -2.18$; $p < .05$), e sull'attitudine positiva, in particolare alla reinterpretazione positiva degli eventi ($T = -2.17$; $p < .05$) e all'accettazione della situazione ($T = -2.34$; $p < .05$). Gli uomini senza figli, inoltre, tendono maggiormente a ricorrere ad una peculiare strategia di coping centrata sull'evitamento, l'uso di sostanze ($T = 3.12$; $p < .05$). Per quanto riguarda le donne, invece, è emerso che le donne con figli tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, in particolare alla ricerca di informazioni ($T = -1.94$; $p < .05$), e sull'attitudine positiva, in particolare al contenimento ($T = -1.92$; $p < .05$).

Tabella 11 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-Test	
	Media	DS	Media	DS		
UOMINI (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,20	,67	1,95	,83	1,11	
Ricerca di comprensione	1,85	,72	1,72	,66	,52	
Sfogo emotivo	1,92	,61	2,20	,40	-1,36	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,47	,55	1,67	,64	-1,05	
Distacco mentale	1,30	,43	1,37	,33	-,47	
Distacco comportamentale	1,69	,53	2,07	,48	-2,18*	
Uso di sostanze	1,13	,40	1,00	,00	3,12*	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,32	,61	2,65	,70	-1,55	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,79	,67	3,27	,46	-2,17*	
Atteggiamento di accettazione	2,21	,62	2,70	,55	-2,34*	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,60	,59	2,80	,56	-,95	
Pianificazione	2,62	,81	2,65	,48	-,09	
Concentrazione sul problema	2,25	,57	2,62	,95	-1,79	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,28	,63	3,20	,85	,39	
Sostegno della religione	2,76	1,02	2,47	,96	,85	
DONNE (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,37	,69	2,82	,67	-1,94*	
Ricerca di comprensione	2,23	,81	2,40	1,00	-,61	
Sfogo emotivo	2,34	,73	2,75	,68	-1,65	

Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,67	,66	2,05	,52	-1,71
Distacco mentale	1,53	,68	1,42	,42	,49
Distacco comportamentale	2,01	,62	2,17	,84	-,75
Uso di sostanze	1,11	,38	1,40	,94	-1,83
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,29	,64	2,70	,48	-1,92*
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,84	,67	3,12	,63	-1,25
Atteggiamento di accettazione	2,41	,66	2,77	,80	-1,59
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,63	,55	2,70	,56	-,33
Pianificazione	2,42	,72	2,45	,52	-,11
Concentrazione sul problema	2,12	,68	2,15	,50	-,09
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,24	,67	3,07	,44	,77
Sostegno della religione	2,95	,97	3,25	,66	-,93

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che l'avere o meno dei figli influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza di infertilità. Per quanto riguarda gli uomini, in particolare, coloro che hanno già figli tendono ad investire minori energie in un percorso di PMA, ad avere una visione più positiva della situazione e ad avere un maggior sentimento di accettazione rispetto a coloro i quali non hanno figli. Di contro, coloro che non hanno figli tendono ad investire maggiori energie in questa esperienza e a ricorrere maggiormente all'uso di sostanze nell'affrontare la propria infertilità rispetto ai primi. Per quanto riguarda le donne, invece, coloro che hanno già figli riescono ad esercitare un maggiore controllo sulla situazione, informandosi e trattenendosi dall'agire impulsivamente.

Pertanto questi risultati suggeriscono che nella popolazione italiana l'avere o meno dei figli è connesso alla percezione di controllo sulla propria infertilità sia per gli uomini che per le donne, ed influenza i comportamenti assunti dai membri delle coppie per affrontare questa peculiare esperienza.

e) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati del COPE rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti (Tab. 12) è emerso che le donne che hanno già affrontato trattamenti precedenti tendono maggiormente a ricorrere a strategie di coping centrate sul sostegno sociale, in particolare allo sfogo emotivo, ($T = -2.18$; $p < .05$) e sull'attitudine positiva, in particolare all'accettazione della situazione ($T = -2.34$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 12 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-Test	
	Media	DS	Media	DS		
UOMINI (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,18	,69	2,17	,68	,01	
Ricerca di comprensione	1,90	,72	1,77	,71	,87	
Sfogo emotivo	1,89	,61	2,00	,58	-,87	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,47	,61	1,51	,52	-,28	
Distacco mentale	1,31	,42	1,31	,42	,07	
Distacco comportamentale	1,63	,55	1,81	,50	-1,63	
Uso di sostanze	1,09	,23	1,14	,48	-,66	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,37	,69	2,33	,57	,32	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,84	,58	2,84	,74	-,06	
Atteggiamento di accettazione	2,27	,69	2,25	,58	,20	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,66	,53	2,59	,64	,57	
Pianificazione	2,57	,80	2,66	,77	-,57	
Concentrazione sul problema	2,21	,66	2,35	,58	-1,09	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,30	,6	3,25	,68	,36	
Sostegno della religione	2,81	,68	2,66	1,08	,70	
DONNE (N = 101)						
Coping centrato su Sostegno Sociale						
Ricerca di informazioni	2,35	,69	2,47	,71	-,83	
Ricerca di comprensione	2,19	,80	2,29	,85	-,61	
Sfogo emotivo	2,23	,66	2,51	,76	-1,93*	
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	1,68	,69	1,73	,62	-,39	
Distacco mentale	1,53	,70	1,51	,63	,17	
Distacco comportamentale	1,94	,68	2,10	,59	-1,28	
Uso di sostanze	1,15	,50	1,13	,44	,18	
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	2,30	,65	2,35	,62	-,38	
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,94	,66	2,81	,67	,98	
Atteggiamento di accettazione	2,26	,74	2,60	,59	-2,60*	
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	2,65	,51	2,63	,59	,14	
Pianificazione	2,51	,66	2,35	,72	1,15	
Concentrazione sul problema	2,10	,66	2,14	,68	-,30	
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	3,18	,72	3,26	,59	-,60	
Sostegno della religione	3,03	,96	2,93	,93	,48	

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Dai risultati si evince che l'aver già effettuato dei trattamenti di PMA influenza il modo in cui le donne affrontano l'esperienza di infertilità. Le donne che si sono già sottoposte a dei trattamenti, infatti, tendono a dare sfogo ai propri sentimenti in misura maggiore delle donne che non hanno mai effettuato alcun tipo di trattamento. Inoltre, le donne che hanno già fatto qualche trattamento riportano un maggior grado di accettazione

della propria condizione rispetto a quelle donne che si accingono ad intraprendere questo percorso per la prima volta. L'aver già effettuato dei trattamenti di PMA, quindi, probabilmente favorisce nelle donne la graduale elaborazione della propria esperienza di infertilità, inducendole, allo stesso tempo, a ricercare un supporto sociale. È interessante notare che ciò non avviene negli uomini. Tale risultato potrebbe suggerire che dal momento che le tecniche di PMA coinvolgono in primo piano il corpo della donna, quest'ultima risente in misura maggiore del partner l'impatto emotivo di tali tecniche e, di conseguenza, avverte anche un maggiore bisogno di supporto.

f) Differenze nelle strategie di coping rispetto alla durata dell'infertilità

Dai T-Test condotti sui risultati del COPE rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 13) è emerso che gli uomini con una durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi tendono a ricorrere maggiormente a strategie di coping centrate sull'orientamento trascendente, in particolare all'umorismo ($T = 2.01$; $p < .05$), e quindi a scherzare maggiormente sulla propria condizione. Tale risultato potrebbe essere indice di una progressiva elaborazione della propria condizione di infertilità. Per le donne, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 13 - Differenze nelle strategie di coping rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,07	,67	2,24	,65	-1,15
Ricerca di comprensione	1,78	,71	1,87	,71	-,59
Sfogo emotivo	1,90	,62	1,98	,57	-,61
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,50	,64	1,48	,53	,14
Distacco mentale	1,28	,44	1,33	,43	-,61
Distacco comportamentale	1,6	,58	1,78	,47	-1,26
Uso di sostanze	1,16	,22	1,09	,39	,83
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,28	,68	2,39	,57	-,84
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,76	,55	2,89	,77	-,87
Atteggiamento di accettazione	2,23	,63	2,27	,58	-,31
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,62	,53	2,63	,68	-,04
Pianificazione	2,65	,81	2,60	,76	,30
Concentrazione sul problema	2,32	,61	2,27	,62	,39
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,46	,65	3,16	,69	2,29*

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
Sostegno della religione	2,74	,96	2,73	1,09	,04
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,42	,67	2,41	,72	,03
Ricerca di comprensione	2,26	,77	2,23	,88	,20
Sfogo emotivo	2,34	,64	2,41	,76	-,45
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,73	,71	1,70	,64	,18
Distacco mentale	1,47	,72	1,55	,65	-,60
Distacco comportamentale	1,90	,62	2,10	,62	-1,51
Uso di sostanze	1,06	,28	1,18	,47	-1,27
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,25	,61	2,38	,62	-1,03
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,90	,66	2,85	,66	,39
Atteggiamento di accettazione	2,32	,68	2,52	,62	-1,45
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,65	,51	2,63	,59	,11
Pianificazione	2,48	,64	2,39	,72	,61
Concentrazione sul problema	2,14	,60	2,12	,69	,16
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,22	,74	3,23	,60	-,05
Sostegno della religione	3,13	,97	2,88	,92	1,28

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che la durata dell'infertilità non influenza il tipo di strategie di coping adottate né per gli uomini né per le donne. Unica eccezione per gli uomini è data dal meccanismo di coping basato sull'umorismo, che è maggiore quando la durata dell'infertilità è superiore ai 18 mesi. Dunque, a lungo andare, gli uomini tendono ad affrontare la propria situazione di infertilità ricorrendo maggiormente all'umorismo.

In sintesi, confrontando questi risultati con i precedenti risulta di particolare interesse notare che ciò che incide sul modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza dell'infertilità non è tanto la durata delle stessa quanto il genere, l'avere o meno dei figli e l'essersi già sottoposti ad un trattamento di PMA.

g) Differenze nelle strategie di coping rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati del COPE rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 14) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 14 - Differenze nelle strategie di coping rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F
UOMINI (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,24	2,25	2,06	2,07	,53
Ricerca di comprensione	1,95	1,80	1,75	1,78	,42
Sfogo emotivo	2,01	1,90	2,06	1,82	,66
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,53	1,33	1,46	1,72	1,93
Distacco mentale	1,25	1,31	1,31	1,42	,62
Distacco comportamentale	1,65	1,69	1,91	1,72	1,04
Uso di sostanze	1,07	1,14	1,03	1,22	1,00
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,45	2,37	2,28	2,23	,57
Reinterpretazione positiva degli eventi	2,99	2,71	2,88	2,77	,94
Atteggiamento di accettazione	2,30	2,25	2,43	2,02	1,43
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,69	2,61	2,64	2,53	,29
Pianificazione	2,72	2,66	2,46	2,59	,47
Concentrazione sul problema	2,39	2,32	2,26	2,10	,85
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,09	3,37	3,31	3,36	1,18
Sostegno della religione	2,96	2,58	2,83	2,51	1,10
DONNE (N = 101)					
Coping centrato su Sostegno Sociale					
Ricerca di informazioni	2,54	2,32	2,36	2,43	,53
Ricerca di comprensione	2,42	2,11	2,04	2,40	1,40
Sfogo emotivo	2,38	2,50	2,23	2,35	,56
Coping centrato su Evitamento					
Negazione	1,55	1,81	1,72	1,80	,96
Distacco mentale	1,38	1,66	1,47	1,55	,96
Distacco comportamentale	1,97	2,02	2,06	2,09	,15
Uso di sostanze	1,17	1,16	1,07	1,11	,22
Coping centrato su Attitudine positiva					
Contenimento	2,29	2,43	2,37	2,21	,51
Reinterpretazione positiva degli eventi	3,05	2,74	2,65	3,03	2,26
Atteggiamento di accettazione	2,64	2,35	2,24	2,51	1,65
Coping centrato su Orientamento al problema					
Impegno e sforzo	2,51	2,61	2,64	2,89	1,89
Pianificazione	2,48	2,37	2,30	2,53	,47
Concentrazione sul problema	2,18	2,18	2,00	2,09	,38
Coping centrato su Orientamento trascendente					
Umorismo	3,27	3,28	3,23	3,05	,56
Sostegno della religione	2,90	3,21	2,96	2,73	,53

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questi risultati evidenziano che il tipo di diagnosi ricevuta non influenza il modo in cui i membri della coppia affrontano l'esperienza di infertilità. Quindi, nonostante la letteratura illustri l'influenza della diagnosi sul vissuto emotivo, come emerge da alcune

ricerche condotte in Inghilterra (Connolly et al., 1987), Svezia (Holter et al., 2007) e Stati Uniti (Jacob et al., 2007), tuttavia tale dato sottolinea che nella popolazione italiana l'attribuzione della causa del problema dell'infertilità a uno, ad entrambi o a nessuno dei membri della coppia non esercita un'influenza diretta sul comportamento che questi mettono in atto per far fronte a tale esperienza.

VIII.3.3 - Modalità di adattamento diadico dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al genere

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto al genere (Tab. 15) non emerge alcuna differenza significativa.

Tabella 15 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al genere: T-Test

	DONNE (N = 101)		UOMINI (N = 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Consenso diadico	3,90	,74	4,02	,59	-1,24
Soddisfazione diadica	3,99	,55	4,07	,51	-,97
Coesione diadica	3,41	,81	3,55	,70	-1,31
Espressione affettiva	2,56	,43	2,61	,44	-,73
Accordo generale	3,69	,51	3,78	,43	-1,43

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

E' interessante osservare questi dati con una doppia chiave di lettura. In primo luogo essi evidenziano che non vi sono differenze significative nel modo in cui i membri della coppia percepiscono la loro relazione con il partner. In secondo luogo, analizzando le medie dei punteggi emerge che queste si collocano tutte in un livello medio-alto di adattamento diadico.

Questi risultati emersi nel contesto italiano sono in linea con quanto rilevato da altre ricerche condotte in Inghilterra (Freeman et al., 1987) e Stati Uniti (Berg et al., 1991) e suggeriscono che le coppie infertili tentano, attraverso la relazione col partner, di prendersi cura della ferita che concerne la propria capacità di generare in quanto coppia (Regalia et al., 1999). Nonostante la sfera coniugale, infatti, sia una delle sfere messe in crisi dall'esperienza dell'infertilità (Leiblum, 1997), diversi autori hanno osservato come nella maggioranza dei casi la condivisione di un percorso di PMA rafforzi il legame di coppia (Schmidt et al., 2005). Durante il trattamento, infatti, la coppia è impegnata nel perseguire

un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna. A sua volta la presenza di un legame di coppia forte e gratificante può svolgere un'importante funzione nel contenimento di ansie e timori connessi all'esperienza dell'infertilità (Brighenti et al., 1997).

b) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto alla variabile età (Tab. 16) emerge che, per le donne, con l'aumentare dell'età diminuisce il grado di accordo col partner ($F = 4,73$; $p < .05$). Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza statisticamente significativa.

Tabella 16 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post-hoc
UOMINI (N =101)					
Consenso diadico	3,92	3,98	4,22	1,53	-
Soddisfazione diadica	4,12	4,07	4,05	,10	-
Coesione diadica	3,22	3,59	3,68	2,07	-
Espressione affettiva	2,45	2,60	2,75	1,92	-
Accordo generale	3,69	3,77	3,90	1,02	-
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,77	4,05	3,38	4,73*	C < B
Soddisfazione diadica	4,04	4,01	3,78	,89	-
Coesione diadica	3,50	3,39	3,29	,33	-
Espressione affettiva	2,54	2,62	2,34	2,01	-
Accordo generale	3,66	3,76	3,36	2,89	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

È interessante osservare che vi è una differenza statisticamente significativa nei livelli di consenso diadico tra le donne la cui età è compresa tra i 30 e i 39 anni e le donne con un'età superiore ai 40 anni. Considerando che il tasso di fertilità è fortemente associato all'età e che a 40 anni esso si riduce notevolmente, nella popolazione italiana la riduzione delle probabilità procreative sembra influenzare l'adattamento di coppia, comportando una riduzione del grado di accordo coniugale.

Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che l'avanzare dell'età, e quindi anche la progressiva riduzione delle probabilità procreative, non incidono sull'adattamento con la partner.

Questo dato sembra sottolineare che la consapevolezza della riduzione progressiva della propria possibilità di generare un figlio venga vissuta come una minaccia solo dalle

donne rispetto a eventuali problematiche connesse alla relazione col partner.

c) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto al titolo di studio (Tab. 17) non è emersa la presenza di differenze significative né per gli uomini né per le donne.

**Tabella 17 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al titolo di studio:
ANOVA**

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post -hoc
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,19	3,95	4,06	1,51	-
Soddisfazione diadica	4,16	4,04	4,01	,54	-
Coesione diadica	3,59	3,52	3,65	,21	-
Espressione affettiva	2,67	2,58	2,62	,28	-
Accordo generale	3,89	3,74	3,80	1,12	-
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,79	3,97	3,94	,62	-
Soddisfazione diadica	3,85	4,06	4,09	1,81	-
Coesione diadica	3,21	3,55	3,44	1,70	-
Espressione affettiva	2,51	2,61	2,56	,47	-
Accordo generale	3,56	3,76	3,73	1,57	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Il livello di istruzione non risulta quindi influire sulle modalità di adattamento diadico che si attestano su livelli medio-alti sia per gli uomini che per le donne. Questo dato può essere collegato alla considerazione che, indipendentemente dal livello di comprensione e consapevolezza del percorso che si è intrapreso, l'esperienza di infertilità è un percorso in cui è protagonista la coppia, la quale è impegnata nel perseguire un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna.

d) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di figli

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 18) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 18 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto all'assenza/presenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,03	,54	3,94	,95	,43
Soddisfazione diadica	4,07	,52	4,02	,46	,33
Coesione diadica	3,55	,72	3,52	,51	,16
Espressione affettiva	2,61	,44	2,65	,48	-,26
Accordo generale	3,79	,42	3,74	,54	,36
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,88	,77	4,08	,41	-,79
Soddisfazione diadica	4,00	,56	3,91	,50	,49
Coesione diadica	3,43	,82	3,25	,71	,66
Espressione affettiva	2,56	,43	2,60	,50	-,24
Accordo generale	3,68	,53	3,71	,39	-,17

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Da questa analisi, dunque, emerge che l'avere o meno già concepito un figlio non influenza la percezione della qualità del rapporto col partner, che si attesta su livelli medio-alti. Questo risultato probabilmente può essere ricondotto alla riflessione che l'investire nel progetto di un figlio intraprendendo un percorso di PMA richiede l'attivazione di risorse diadiche e comporta una vicinanza emotiva dei partner che prescinde dall'avere o meno un figlio.

e) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla presenza/ assenza di trattamenti precedenti (Tab. 19) è emerso che gli uomini che hanno già affrontato precedenti percorsi di PMA riportano un minor grado di scambio affettivo col partner ($T = 2.04$; $p <.05$) e un minor grado di accordo col partner ($T = 1.97$; $p = .059$); questo dato sottolinea l'impatto che il percorso di PMA ha sulla relazione di coppia. Per le donne, invece, non sono emerse delle differenze statisticamente significative.

Tabella 19 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: T-Test

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-Test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,14	,61	3,91	,54	1,97 (p=.059)
Soddisfazione diadica	4,07	,54	4,07	,49	,00
Coesione diadica	3,57	,68	3,53	,72	,32
Espressione affettiva	2,70	,37	2,52	,48	2,04*
Accordo generale	3,85	,44	3,73	,42	1,41
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,87	,92	3,92	,55	-,31
Soddisfazione diadica	4,01	,63	3,98	,48	,24
Coesione diadica	3,53	,77	3,30	,83	1,40
Espressione affettiva	2,60	,44	2,53	,43	,85
Accordo generale	3,70	,61	3,67	,42	,30

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

È interessante notare che mentre per le donne la percezione della relazione col proprio partner non muta in base all'aver o meno effettuato precedenti trattamenti, negli uomini sembrano esserci maggiori manifestazioni affettive e un maggior grado di accordo diadiaco in assenza di trattamenti precedenti.

Probabilmente questo dato suggerisce che l'aver già sperimentato precedenti trattamenti, risultati fallimentari, alimenti negli uomini la crisi dell'infertilità concernente la sfera della relazione col partner.

Tale dato è interessante soprattutto se rapportato a quanto emerso precedentemente a proposito delle differenze nelle strategie di coping in presenza di trattamenti precedenti. A tal proposito è infatti emerso che le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti tendono a ricercare maggiormente un supporto. Allo stesso tempo da questi dati emerge che gli uomini riportano un minor grado di accordo e minori scambi affettivi con la partner in presenza di trattamenti precedenti. Si evidenzia dunque con forza l'importanza di offrire un supporto congiunto alla coppia che si accinge a ripetere dei trattamenti di PMA al fine di favorire il benessere individuale e diadioco.

f) Differenze nelle modalità di adattamento diadioco rispetto alla durata dell'infertilità

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati della DAS rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 20) è emerso che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18

mesi riportano un minor grado di soddisfazione col partner ($T = 2.01$; $p < .05$). Tale dato evidenzia l'influenza che la durata dell'esperienza di infertilità esercita sulla relazione di coppia. Per gli uomini, invece, non emerge alcuna differenza significativa.

Tabella 20 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto alla durata dell'infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
	Media	DS	Media	DS	
UOMINI (N = 101)					
Consenso diadico	4,03	,74	4,01	,48	,09
Soddisfazione diadica	4,11	,51	4,04	,52	,67
Coesione diadica	3,51	,73	3,57	,68	-,42
Espressione affettiva	2,60	,55	2,62	,36	-,23
Accordo generale	3,79	,51	3,78	,38	,16
DONNE (N = 101)					
Consenso diadico	3,92	,69	3,89	,78	,21
Soddisfazione diadica	4,13	,49	3,91	,57	2,01*
Coesione diadica	3,48	,75	3,36	,84	,68
Espressione affettiva	2,61	,38	2,53	,46	,85
Accordo generale	3,76	,49	3,64	,53	1,04

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Dal T-Test dunque emerge che la durata dell'infertilità non influisce sulle modalità di adattamento diadico per gli uomini, che si attesta su dei valori medio-alti. Questo dato può suggerire che l'attivazione delle risorse diadiche sia favorita sin dall'inizio del progetto della coppia di concepire un figlio. Occorre tuttavia notare che per le donne il valore dell'ANOVA relativa alla dimensione di soddisfazione indica che il grado di soddisfazione diadica è maggiore quando la durata dell'infertilità è breve piuttosto che quando è superiore ai 18 mesi. Tale dato è molto interessante perché potrebbe suggerire che lo stress connesso all'infertilità, nelle sue diverse dimensioni, e in particolare nella sfera relativa alla relazione col partner, aumenta con il prolungarsi della durata della propria infertilità.

g) Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati della DAS rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 21) non emerge alcuna differenza statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 21 - Differenze nelle modalità di adattamento diadico rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post -hoc
UOMINI (N = 101)						
Consenso diadico	4,00	4,12	3,93	3,99	,46	-
Soddisfazione diadica	4,08	4,16	4,17	3,80	2,41	-
Coesione diadica	3,45	3,43	3,87	3,56	1,87	-
Espressione affettiva	2,65	2,59	2,64	2,54	,29	-
Accordo generale	3,77	3,83	3,83	3,68	,56	-
DONNE (N = 101)						
Consenso diadico	3,95	3,88	3,87	3,90	,05	-
Soddisfazione diadica	3,97	4,06	3,99	3,92	,26	-
Coesione diadica	3,43	3,24	3,46	3,60	,81	-
Espressione affettiva	2,57	2,60	2,56	2,51	,16	-
Accordo generale	3,70	3,68	3,68	3,68	,01	-

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo risultato sottolinea che il tipo di problematica riscontrata, e quindi il tipo di diagnosi ricevuta, non influenza la percezione della relazione col partner. Tale dato potrebbe riflettere il fatto che l'esperienza dell'infertilità è vissuta come un percorso in cui entrambi i membri della coppia, indipendentemente dal tipo di diagnosi ricevuta, sono fortemente impegnati nel perseguire un progetto di fecondazione che è un progetto comune e che richiede l'attivazione di risorse diadiche. D'altra parte tale dato è in contrasto con quanto emerso da alcuni studi condotti in Inghilterra (Connolly et al., 1987) che hanno rilevato che per entrambi i partner la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche associate alla relazione di coppia rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista.

Nella popolazione italiana, dunque, il tipo di diagnosi ricevuta non esercita alcuna influenza sulla relazione col partner. Ciò può essere ricondotto al fatto che durante il trattamento la coppia è fortemente impegnata nel perseguire un progetto di fecondazione che è comune e che accomuna, indipendentemente dal tipo di diagnosi ricevuta.

VIII.3.4 - Vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili

a) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al sesso

Dal confronto delle medie (T-Test) dei risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto al genere (Tab. 22) è emerso che le donne riportano dei livelli significativamente più elevati di depressione ($T = 5.32$; $p < .001$), ansia di stato ($T = 4.37$; $p < .001$) e ansia di tratto ($T = 4.08$; $p < .001$). Le donne, dunque, percepiscono in misura maggiore degli uomini gli effetti che lo stress connesso al percorso di PMA esercita sul vissuto emotivo.

Tabella 22 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al genere: T-Test

	Donne (N= 101)		Uomini (N= 101)		T-test
	Media	DS	Media	DS	
Depressione	1,11	,59	,71	,46	5,32**
Ansia di stato	2,18	,59	1,83	,51	4,37**
Ansia di tratto	2,04	,52	1,76	,46	4,08**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questo risultato è in linea con quanto emerso dalla maggior parte delle ricerche, le quali evidenziano che le donne sono più a rischio degli uomini per quanto riguarda la sfera emotiva. Rispetto agli uomini, infatti, le donne riportano dei livelli significativamente minori di autostima (Wright et al., 1991) e soddisfazione nei confronti della propria vita (Link e Darling, 1986) e significativamente maggiori di vissuti ansiosi (O'Moore et al., 1983; Shaw et al., 1988; Beaurepaire et al., 1994; Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Wright et al., 1991; Baram et al., 1988), vissuti depressivi (Brucker e McKenry, 2003; Peterson et al., 2005; Peterson et al., 2006; Lechner et al., 2007; Wichman et al., 2010; Beaurepaire et al., 1994; Wright et al., 1991; Lalos et al., 1986; Baram et al., 1988).

Tale dato acquista ancora più valore se rapportato alla percentuale riscontrata di vissuti depressivi e ansiosi. Per quanto riguarda il livello di depressione, nel caso degli uomini ($\chi^2 = 43.80$, $p < .001$), emerge che vi è una prevalente assenza di depressione (64.4%), anche se non sono da trascurare le percentuali di depressione lieve (16.8%) e severa (18.8%); nel caso delle donne ($\chi^2 = 4.30$, n.s.), emerge una consistente presenza di depressione lieve (23.8%) e severa (39.6%). Per quanto riguarda i vissuti ansiosi, nel caso

degli uomini, emerge che vi è una prevalenza di livelli medi (66.4%) di ansia di stato ($\chi^2 = 49.56$, $p < .001$) e medi (68.3%) di ansia di tratto ($\chi^2 = 56.57$, $p < .001$); nel caso delle donne, emerge una prevalenza di livelli medi (62.4%) e alti (28.7%) di ansia di stato ($\chi^2 = 44.28$, $p < .001$) e medi (63.4%) di ansia di tratto ($\chi^2 = 41.01$, $p < .001$). Se da un lato tali dati evidenziano il forte impatto dell'esperienza di infertilità sul vissuto psichico della donna, dall'altro sottolineano l'importanza di non trascurare i vissuti depressivi e ansiosi presenti, seppure in misura minore, negli uomini.

Ciò potrebbe essere collegato alla considerazione che i protocolli di trattamento producono forti oscillazioni tra speranza e delusione e scarso è il tempo e poche le opportunità per elaborare e assimilare tra una cura e l'altra il dolore dell'impresa (Scabini et al, 1999). Inoltre nella condizione di PMA i timori, le paure, le angosce e i sentimenti ambivalenti legati ad ogni progetto di procreazione possono raggiungere livelli elevati di intensità e, anche quando il concepimento avviene, il timore di non essere in grado di concepire si trasforma negli interrogativi circa la propria capacità di far nascere il bambino (Monti et. al, 2008).

Risulta altresì interessante collegare le differenze di genere relative al disagio emotivo con le succitate differenze di genere relative alla strategie di coping adottate. Così come per il disagio emotivo, infatti, anche per le modalità di coping sono emerse delle significative differenze di genere; appare importante, dunque, esplorare il tipo di relazione che intercorre tra il primo e le seconde al fine di promuovere quelle modalità di coping che risultano più adattive rispetto all'esperienza dell'infertilità.

b) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto all'età

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto all'età (Tab. 23) non emerge alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 23- Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto all'età: ANOVA

	< 30 anni A	Tra 30 e 39 anni B	> 39 anni C	F	Post- hoc
UOMINI (N = 101)					
Depressione	,84	,66	,766	1,06	-
Ansia di stato	1,89	1,83	1,79	,15	-
Ansia di tratto	1,93	1,74	1,67	1,41	-
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,15	1,10	1,07	,10	-
Ansia di stato	2,24	2,18	1,97	,83	-
Ansia di tratto	2,11	2,04	1,90	,65	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo risultato evidenzia che l'età, e quindi la fase del ciclo di vita dell'individuo, non sembra esercitare un'influenza significativa sul vissuto depressivo e ansioso dei membri delle coppie infertili. Ciò appare in contrasto con quanto affermato da alcuni autori (Regalia et al., 1999), i quali hanno sostenuto che la ferita di sé è più profonda nelle donne infertili più giovani e tende a rimarginarsi con l'aumentare dell'età.

c) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al titolo di studio

Dall'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS rispetto al titolo di studio per le donne (Tab. 24) emerge che le laureate riportano punteggi significativamente più bassi nei vissuti depressivi delle donne con licenza media inferiore e superiore ($F = 3,13$; $p < .05$). L'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto al titolo di studio, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 24 - Differenze nei vissuti depressivi rispetto al titolo di studio: ANOVA

	Scuola media inferiore A	Scuola media superiore B	Laurea C	F	Post- hoc
UOMINI (N = 101)					
Depressione	,73	,71	,64	,15	-
Ansia di stato	1,85	1,82	1,85	,03	-
Ansia di tratto	1,80	1,74	1,75	,15	-
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,22	1,16	,87	3,13*	-
Ansia di stato	2,23	2,26	1,97	2,08	-
Ansia di tratto	2,13	2,09	1,84	2,59	-

* p < 0,05 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Questo dato potrebbe sottolineare che il livello di istruzione riflette un diverso grado di comprensione e consapevolezza delle procedure inerenti a un percorso di PMA e che, pertanto, non tutte le donne che si rivolgono ad un centro di PMA potrebbero avere gli strumenti per comprendere sin dall'inizio i vari aspetti di cui si compone questo tipo di percorso ed elaborare i vissuti emotivi a esso connessi. Si evidenzia, dunque, un effetto protettivo delle risorse derivanti dalla formazione culturale rispetto al rischio depressivo nelle donne. Non emergono differenze statisticamente significative per gli uomini.

Per quanto riguarda le donne appare dunque importante poter promuovere, laddove manchi o sia carente, una reale comprensione del percorso che ci si accinge a intraprendere, affinché esse siano più consapevoli e quindi abbiano anche una maggiore possibilità di elaborare quanto stanno vivendo.

d) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di figli

L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto alla presenza/assenza di figli (Tab. 25) non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 25 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di figli: T-Test

	Assenza di figli		Presenza di figli		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Depressione	,73	,48	,49	,22	2,82
Ansia di stato	1,85	,51	1,63	,45	1,31
Ansia di tratto	1,77	,47	1,63	,36	,94
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,13	,59	,99	,62	,70
Ansia di stato	2,18	,59	2,13	,62	,27
Ansia di tratto	2,04	,53	2,08	,48	-,25

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali risultati sono in disaccordo con i dati emersi da alcune ricerche condotte negli Stati Uniti (Morrow et al., 1995; McQuillan et al., 2003), le quali evidenziano che l'assenza di figli è un fattore di rischio rispetto alla percezione di vissuti emotivi negativi.

Nella popolazione italiana, invece, il non avere un figlio non si configura come fattore di rischio rispetto all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva. Questo risultato evidenzia che gli effetti dello stress connesso alla propria infertilità e alla decisione

di intraprendere un percorso di PMA non sono influenzati dall'aver già generato un figlio; ciò probabilmente sottolinea anche che l'investimento delle proprie energie sul progetto di intraprendere tale percorso non muta in ragione del fatto di avere già concepito un figlio.

e) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti

Dai T-Test condotti sui risultati dell'EDS rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti per le donne (Tab. 26) emerge che le donne che hanno già affrontato trattamenti precedenti riportano punteggi significativamente maggiori nei vissuti depressivi delle donne che affrontano il percorso di PMA per la prima volta ($F = -2.36$; $p < .05$). L'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 26 - Differenze nei vissuti depressivi rispetto alla presenza/assenza di trattamenti precedenti: ANOVA

	Assenza di trattamenti		Presenza di trattamenti		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Depressione	,70	,51	,71	,42	-,08
Ansia di stato	1,79	,55	1,87	,47	-,81
Ansia di tratto	1,73	,47	1,78	,45	-,60
DONNE (N = 101)					
Depressione	,96	,58	1,24	,57	-2,36*
Ansia di stato	2,08	,63	2,26	,56	-1,43
Ansia di tratto	1,96	,56	2,12	,48	-1,53

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Da tale risultato emerge in modo evidente l'impatto esercitato dagli interventi di PMA sul vissuto psichico delle donne. Non emergono differenze statisticamente significative per gli uomini. E' interessante notare che siano proprio le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti a riportare dei punteggi nei vissuti depressivi significativamente maggiori delle donne che si accingono a intraprendere un percorso di PMA per la prima volta. Tale dato potrebbe essere collegato alla considerazione che le procedure da seguire nei trattamenti di PMA producono forti oscillazioni tra speranza e delusione e scarso è il tempo per elaborare e assimilare tra una cura e l'altra il dolore connesso a tale percorso (Scabini et al, 1999); questa mancanza di elaborazione dei

precedenti trattamenti di PMA potrebbe spiegare la differenza nei vissuti depressivi delle donne.

Gli uomini, invece, non presentano delle differenze significative in relazione all'assenza/presenza di trattamenti precedenti. Analizzando questi dati nel complesso e considerando il vissuto depressivo come un effetto dello stress legato alle procedure di PMA, il fatto che siano le donne e non gli uomini a riportare una diversa percezione dei vissuti depressivi dopo aver già effettuato qualche trattamento di PMA potrebbe essere collegato al fatto che tali trattamenti coinvolgono in primo piano il corpo femminile; d'altro canto esso può esprimere anche una maggiore difficoltà della donna ad elaborare tra un trattamento e l'altro le implicazioni emotive connesse a questa esperienza.

f) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla durata dell'infertilità

L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS e dello STAI-Y rispetto alla durata dell'infertilità (Tab. 27) non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 27 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto alla durata dell' infertilità: T-Test

	< 18 mesi		> 18 mesi		T-test
UOMINI (N = 101)	Media	DS	Media	DS	
Depressione	,73	,52	,69	,43	,42
Ansia di stato	1,83	,51	1,84	,51	-,09
Ansia di tratto	1,77	,43	1,75	,48	,28
DONNE (N = 101)					
Depressione	1,01	,54	1,17	,61	-1,29
Ansia di stato	2,14	,52	2,20	,64	-,43
Ansia di tratto	2,03	,52	2,05	,53	-,13

* p < 0,05 ** p < 0,001 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Tali dati sottolineano che i vissuti depressivi e ansiosi non sono influenzati dalla durata dell'infertilità né nel caso degli uomini né nel caso delle donne. È molto interessante notare che ciò che incide sul vissuto emotivo non è tanto la durata dell'infertilità quanto l'essersi o meno già sottoposti a dei trattamenti di PMA. Questo dato sembra molto rilevante nella presa in carico delle coppie infertili.

g) Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al tipo di diagnosi

Dall'ANOVA condotta sui risultati dello STAI-Y rispetto al tipo di diagnosi (Tab. 28) è emerso che gli uomini con diagnosi maschile riportano livelli di ansia di stato significativamente maggiori degli uomini con diagnosi femminile ($F = 3.53$; $p < .05$). Non emergono differenze statisticamente significative per le donne. L'ANOVA condotta sui risultati dell'EDS rispetto al tipo di diagnosi, invece, non ha evidenziato alcuna differenza significativa né per gli uomini né per le donne.

Tabella 28 - Differenze nei vissuti depressivi e ansiosi rispetto al tipo di diagnosi: ANOVA

	Diagnosi femminile A	Diagnosi maschile B	Diagnosi mista C	Diagnosi sconosciuta D	F	Post-hoc
UOMINI (N = 101)						
Depressione	,57	,81	,81	,65	1,93	-
Ansia di stato	1,59	1,97	1,90	1,92	3,53*	B > A
Ansia di tratto	1,61	1,82	1,76	1,88	1,71	-
DONNE (N = 101)						
Depressione	1,06	1,20	1,11	1,04	,41	-
Ansia di stato	2,07	2,30	2,19	2,13	,76	-
Ansia di tratto	1,93	2,17	2,12	1,93	1,47	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Questi dati evidenziano che il tipo di diagnosi esercita un'influenza significativa sul vissuto ansioso degli uomini ma non delle donne. Gli uomini con diagnosi maschile, infatti, riportano un punteggio significativamente maggiore degli uomini a cui è stata comunicata una diagnosi femminile. Questo risultato è in parte in accordo con quanto affermato da alcuni autori (Connolly et al., 1987) che hanno rilevato che la comunicazione di una diagnosi maschile comporta maggiori problematiche rispetto a un tipo di diagnosi femminile o mista. Per quanto riguarda gli uomini in particolare, essa elicità sentimenti di colpa, isolamento e depressione.

Ciò probabilmente è dovuto al fatto che la diagnosi maschile può essere vissuta dall'uomo come una vera e propria ferita narcisistica. Di conseguenza, gli uomini con tale tipo di diagnosi tenderebbero a percepire vissuti ansiosi in misura maggiore di coloro a cui, invece, è stata comunicata una diagnosi esclusivamente femminile. Questi dati sono in linea con quanto affermano Testa e Graziottin (2006) a proposito del maggior disagio percepito dagli

uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica.

Per quanto riguarda le donne, invece, questi risultati suggeriscono che le ansie elicite dalla decisione di intraprendere un percorso di PMA non sono influenzate dal tipo di diagnosi ricevuta.

VIII.3.4 Correlazioni tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità in relazione al genere

L'analisi delle correlazioni mira a verificare l'ipotesi dell'esistenza di una connessione statisticamente significativa tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità. Dunque sono di seguito presentati i valori delle r di Pearson e la significatività statistica delle correlazioni, distinte per sesso, tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità; correlazioni dalle quali sono emersi interessanti e coerenti risultati (Tabb.29 e 30).

Tabella 29 - Correlazioni di Pearson tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità per gli uomini (N= 101)

	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	Stress legato alla percezione del confronto sociale	Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	Stress globale
Coping centrato su Sostegno sociale						
Ricerca di comprensione	,096	-,038	-,083	,069	-,191	-,016
Ricerca di informazioni	-,003	-,155	-,063	-,035	-,287(**)	-,136
Sfogo emotivo	,397(**)	,136	,031	,237(*)	,207(*)	,346(**)
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	,437(**)	,184	-,041	,291(**)	,372(**)	,406(**)
Distacco mentale	,279(**)	-,010	-,096	,076	,310(**)	,188
Distacco comportamentale	,498(**)	,206(*)	-,038	,344(**)	,104	,397(**)
Uso di sostanze	,104	,022	,035	,181	,180	,155

	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	Stress legato alla percezione del confronto sociale	Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	Stress globale
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	,096	,140	-,174	,006	-,189	-,010
Reinterpretazione positiva degli eventi	-,044	-,020	-,124	-,149	-,184	-,145
Atteggiamento di accettazione	,120	-,002	-,113	,001	-,124	-,005
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	,250(*)	,203(*)	-,056	,287(**)	-,155	,200(*)
Pianificazione	,038	,103	-,045	,132	-,284(**)	,006
Concentrazione sul problema	,164	,135	-,016	,142	-,094	,128
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	,031	,359(**)	,336(**)	,107	,007	,251(*)
Sostegno della religione	,171	,156	,370(**)	,164	,130	,315(**)

* p < .05 ** p < .01 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Per quanto riguarda gli uomini (Tab. 29), dalle correlazioni tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress legato all'infertilità emerge che la ricerca di informazioni protegge dallo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = -.287$, $p < .01$). Di contro, il dare sfogo ai propri sentimenti influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .397$, $p < .01$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .237$, $p < .01$), lo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = .207$, $p < .05$) e lo stress globale ($r = .346$, $p < .01$). Quindi esso si configura come un fattore che alimenta la percezione dello stress connesso all'infertilità.

Inoltre emerge che negare la propria situazione influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .437$, $p < .01$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .291$, $p < .01$), lo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = .372$, $p < .01$) e lo stress globale ($r = .406$, $p < .01$). Il distacco mentale influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla

vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .279$, $p < .01$) e lo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = .310$, $p < .001$). Il distacco comportamentale, e quindi il ridurre i propri sforzi per affrontare la situazione critica, influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .498$, $p < .01$), lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità ($r = .206$, $p < .001$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .344$, $p < .01$) e lo stress globale ($r = .397$, $p < .01$). Quindi, il ricorso a meccanismi di coping centrati sull'evitamento favorisce la percezione dello stress connesso all'infertilità.

Anche l'impegnarsi attivamente per modificare la situazione influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .250$, $p < .05$), lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità ($r = .203$, $p < .05$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .287$, $p < .01$) e lo stress globale ($r = .200$, $p < .05$). Il pianificare le proprie azioni, invece, protegge dallo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = -.284$, $p < .01$).

Inoltre, il mancato ricorso all'umorismo influenza positivamente lo stress legato al bisogno di genitorialità ($r = .359$, $p < .01$), lo stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($r = .336$, $p < .01$) e lo stress globale ($r = .251$, $p < .05$). Il ricorrere alla religione, infine, influenza positivamente lo stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($r = .370$, $p < .01$) e lo stress globale ($r = .315$, $p < .01$). Dunque, la ricerca di informazioni e il pianificare le proprie azioni si configurano come dei fattori protettivi; di contro, il dare sfogo ai propri sentimenti, l'evitamento della situazione, lo sforzarsi per modificare la situazione, il ricorso alla religione e il mancato ricorso all'umorismo si configurano come dei fattori di rischio, in quanto alimentano la percezione dello stress connesso all'infertilità.

Tabella 30 - Correlazioni di Pearson tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità per le donne (N= 101)

	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	Stress legato alla percezione del confronto sociale	Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	Stress globale
Coping centrato su Sostegno sociale						
Ricerca di comprensione	,052	-,129	-,257(**)	-,033	-,248(*)	-,141
Ricerca di informazioni	,225(*)	-,025	-,282(**)	,108	-,199(*)	,010
Sfogo emotivo	,307(**)	,212(*)	,047	,198(*)	-,111	,248(*)
Coping centrato su Evitamento						
Negazione	,537(**)	,176	,154	,366(**)	,068	,475(**)
Distacco mentale	,242(*)	,057	,076	,201(*)	,145	,245(*)
Distacco comportamentale	,205(*)	,052	,028	,228(*)	-,066	,173
Uso di sostanze	,004	-,049	,045	-,066	,024	-,007
Coping centrato su Attitudine positiva						
Contenimento	,228(*)	,203(*)	,007	,070	-,026	,178
Reinterpretazione positiva degli eventi	,031	-,065	-,206(*)	-,128	-,049	-,107
Atteggiamento di accettazione	-,072	,001	-,134	-,228(*)	,020	-,135
Coping centrato su Orientamento al problema						
Impegno e sforzo	,074	,023	,015	-,002	,022	,052
Pianificazione	-,004	,052	-,135	,058	-,267(**)	-,073
Concentrazione sul problema	,126	,201(*)	,105	,086	-,126	,136
Coping centrato su Orientamento trascendente						
Umorismo	,030	,171	,153	,077	-,181	,084
Sostegno della religione	,150	,192	,161	,067	,097	,209(*)

* p < .05 ** p < .01 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Per quanto riguarda le donne (Tab. 30), emerge che la ricerca di comprensione e la ricerca di informazioni proteggono dallo stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli (rispettivamente $r = -.257$, $p < .01$; $r = -.282$, $p < .01$) e dallo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità (rispettivamente $r = -.248$, $p < .05$; $r = -.199$, $p < .05$). Inoltre, la ricerca di informazioni influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner ($r = .225$, $p < .01$).

Il dare sfogo ai propri sentimenti, invece, influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i

familiari ($r = .307$, $p < .01$), lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità ($r = .212$, $p < .05$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .198$, $p < .05$) e lo stress globale ($r = .248$, $p < .05$).

Inoltre emerge che il negare la propria condizione di infertilità e il distrarsi da essa influenzano positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari (rispettivamente $r = .537$, $p < .01$; $r = .242$, $p < .05$), lo stress legato alla percezione del confronto sociale (rispettivamente $r = .366$, $p < .01$; $r = .201$, $p < .05$) e lo stress globale (rispettivamente $r = .475$, $p < .01$; $r = .245$, $p < .05$). Anche il distacco comportamentale, e quindi il ridurre i propri sforzi per affrontare la situazione critica, influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .205$, $p < .05$) e lo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = .228$, $p < .05$).

Quindi maggiore è l'utilizzo di meccanismi di coping centrati sull'evitamento e maggiore è lo stress percepito. Inoltre, il trattenersi dall'agire impulsivamente influenza positivamente lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = .228$, $p < .05$) e lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità ($r = .203$, $p < .05$).

Di contro, la reinterpretazione positiva degli eventi protegge dallo stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli ($r = -.206$, $p < .05$); l'avere un atteggiamento di accettazione, invece, protegge dallo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = -.228$, $p < .05$) e, infine, il pianificare le proprie azioni protegge dallo stress legato alla percezione della propria capacità di adattarsi alla condizione di infertilità ($r = -.267$, $p < .01$). Concentrarsi sul problema per risolverlo, invece, influenza positivamente la percezione dello stress legato al bisogno percepito di genitorialità ($r = .201$, $p < .05$). Il ricorso alla religione, infine, influenza positivamente lo stress globale ($r = .209$, $p < .05$).

Quindi, nel caso delle donne, la ricerca di comprensione e di informazioni, la reinterpretazione positiva degli eventi, l'accettazione della situazione e la pianificazione delle proprie azioni si configurano come dei fattori protettivi rispetto alla percezione dello stress connesso all'infertilità; di contro, il dare sfogo ai propri sentimenti, l'evitamento della situazione, il trattenersi dall'agire impulsivamente, il concentrarsi sul problema per

risolverlo e il ricorso alla religione si configurano come dei fattori di rischio, in quanto alimentano tale tipo di stress.

VIII.3.5 Correlazioni tra le modalità di adattamento diadico e le fonti di stress connesso all'infertilità in relazione al genere

L'analisi delle correlazioni mira a verificare l'ipotesi dell'esistenza di una connessione statisticamente significativa tra le fonti di stress connesso all'infertilità e le modalità di adattamento diadico. Dunque sono di seguito presentati i valori delle r di Pearson e la significatività statistica delle correlazioni, distinte per sesso, tra le modalità di adattamento diadico e le fonti di stress connesso all'infertilità; correlazioni dalle quali sono emersi interessanti e coerenti risultati (Tabb. 31 e 32).

Tabella 31 - Correlazioni di Pearson tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità per gli uomini (N= 101)

	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	Stress legato alla percezione del confronto sociale	Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	Stress globale
Soddisfazione diadica	-.342(**)	-,105	,120	-,127	-,080	-,205(*)
Coesione diadica	-,303(**)	-,112	-,002	-,066	,007	-,190
Consenso diadico	-,441(**)	,131	,116	-,206(*)	-,015	-,194
Espressione affettiva	-,353(**)	-,038	,077	-,089	,021	-,173
Accordo generale	-,490(**)	,001	,119	-,188	-,034	-,251(*)

* p < .05 ** p < .01 Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco p > .05 (non significativo)

Per quanto riguarda gli uomini (Tab. 31), dall'analisi delle correlazioni tra le modalità di adattamento diadico e le fonti di stress connesso all'infertilità emerge che lo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari è influenzato negativamente dalla soddisfazione diadica ($r = -.342$, $p < .01$), dalla coesione diadica ($r = -.303$, $p < .01$), dal consenso diadico ($r = -.441$, $p < .01$), dallo scambio affettivo col partner ($r = -.353$, $p < .01$) e dall'accordo generale ($r = -.490$, $p < .01$). Quindi tutte le modalità di adattamento diadico si configurano come dei fattori protettivi rispetto a questa fonte di stress. La soddisfazione diadica e l'accordo generale, inoltre, proteggono dallo stress globale connesso all'infertilità (rispettivamente $r = -.205$, p

$< .01$; $r = -.251$, $p < .01$). Infine, il consenso diadico protegge dallo stress legato alla percezione del confronto sociale ($r = -.206$, $p < .05$). Tali risultati evidenziano il ruolo protettivo della relazione col partner rispetto alla percezione dello stress connesso all'infertilità.

Tabella 32 - Correlazioni di Pearson tra le strategie di coping individuale e le fonti di stress connesso all'infertilità per le donne (N= 101)

	Stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	Stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli	Stress legato alla percezione del confronto sociale	Stress legato alla percezione di capacità adattiva individuale e di coppia rispetto all'infertilità	Stress globale
Soddisfazione diadica	-,285(**)	-,008	,118	-,136	,031	-,142
Coesione diadica	-,187	-,116	,064	-,114	-,034	-,138
Consenso diadico	-,014	,087	-,032	-,108	-,066	-,040
Espressione affettiva	,074	-,060	,145	-,027	,018	,069
Accordo generale	-,141	,014	,052	-,139	-,032	-,096

* $p < .05$ ** $p < .01$ Nota: Per i valori non contrassegnati da asterisco $p > .05$ (non significativo)

Per quanto riguarda le donne (Tab. 32), invece, è emerso che la soddisfazione diadica protegge dallo stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner e i familiari ($r = -.285$, $p < .01$). Essa, dunque, rappresenta un importante fattore protettivo rispetto allo stress relativo alla relazione col partner.

VIII.3.5 Regressione lineare multipla delle fonti di stress connesso all'infertilità, delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi in relazione al genere

Per esplorare l'effetto moderatore rispetto all'ansia e ai vissuti depressivi svolto dalle fonti di stress connesso all'infertilità, dalle modalità di adattamento diadico e dalle strategie di coping individuale è stata effettuata l'analisi della regressione lineare multipla, distinguendo i risultati in relazione al genere. Sono di seguito riportati i valori (β) di tali regressioni (Tabb. 33 e 34).

Tabella 33 - Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle fonti di stress connesso all'infertilità, delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi per gli uomini (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
	<i>Depressione</i>						
1	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	38.81	.000	.28	.51	6.46	.000
2	Stress legato alla percezione del confronto sociale	25.60	.000	.38	.34	4.43	.000
3	Coping centrato su Orientamento al problema / Pianificazione	27.19	.000	.44	-.29	-3.78	.000
	<i>Ansia di stato</i>						
1	Stress legato alla percezione del confronto sociale	49.73	.000	.34	.37	4.90	.000
2	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	37.93	.000	.44	.28	3.63	.000
3	Accordo diadico generale	29.92	.000	.48	-.21	-2.80	.006
4	Coping centrato su Attitudine positiva / Reinterpretazione positiva degli eventi	24.84	.000	.51	-.32	-4.25	.000
5	Stress legato al bisogno percepito di genitorialità	23.25	.000	.55	.16	2.13	.036

Per quanto riguarda gli uomini, il dare sfogo ai propri sentimenti e lo stress legato alla percezione del confronto sociale influenzano positivamente i vissuti depressivi (rispettivamente $\beta = .51$; $p < .001$; $\beta = .34$; $p < .001$) e ansiosi (rispettivamente $\beta = .28$; $p < .001$; $\beta = .37$; $p < .001$); lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità, inoltre, influenza positivamente l'ansia di stato ($\beta = .16$; $p < .05$).

Di contro, il pianificare le proprie azioni protegge dall'insorgenza di vissuti depressivi ($\beta = -.29$; $p < .001$); l'accordo diadico generale e la reinterpretazione positiva degli eventi, infine, proteggono dall'insorgere di vissuti ansiosi (rispettivamente $\beta = -.21$; $p < .01$; $\beta = -.32$; $p < .001$). Quindi, per gli uomini, la pianificazione, l'accordo diadico generale e la reinterpretazione positiva degli eventi rappresentano degli importanti fattori protettivi; di contro, lo sfogo emotivo, lo stress legato alla percezione del confronto sociale e lo stress legato al bisogno percepito di genitorialità si configurano come dei fattori di rischio rispetto all'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

Tabella 34 - Regressione lineare multipla (metodo stepwise) delle fonti di stress connesso all'infertilità, delle modalità di adattamento diadico e delle strategie di coping sui vissuti depressivi e ansiosi per le donne (N = 101)

Step	Variabile	F	p	R quadrato	β	t	sig.
<i>Depressione</i>							
1	Stress globale	35.02	.000	.26	.35	4.49	.000
2	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	26.60	.000	.35	.24	3.10	.003
3	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	22.18	.000	.41	.20	2.62	.010
4	Soddisfazione diadica	19.11	.000	.45	-.19	-2.49	.014
5	Coping centrato su Orientamento trascendente/ Umorismo	17.36	.000	.48	.25	3.19	.002
6	Coping centrato su Evitamento / Distacco mentale	16.20	.000	.51	.20	2.33	.022
<i>Ansia di stato</i>							
1	Stress legato alla percezione del confronto sociale	38.27	.000	.28	.52	6.52	.000
2	Coping centrato su Evitamento / Uso di sostanze	32.77	.000	.40	.32	4.06	.000
3	Coping centrato su Sostegno sociale / Sfogo emotivo	24.07	.000	.43	.17	2.09	.039

Per quanto riguarda le donne, invece, il dare sfogo ai propri sentimenti e l'uso di sostanze influenzano positivamente i vissuti depressivi (rispettivamente $\beta = .24$; $p < .01$; $\beta = .20$; $p < .01$) e ansiosi (rispettivamente $\beta = .17$; $p < .05$; $\beta = .32$; $p < .001$). Lo stress globale, il mancato ricorso all'umorismo e il distacco mentale, inoltre, influenzano positivamente i vissuti depressivi (rispettivamente $\beta = .35$; $p < .001$; $\beta = .25$; $p < .01$; $\beta = .20$; $p < .05$). Lo stress legato alla percezione del confronto sociale, invece, influenza positivamente l'ansia di stato ($\beta = .52$; $p < .001$).

Di contro, la soddisfazione diadica protegge dall'insorgenza di vissuti depressivi ($\beta = -.19$; $p < .05$). Quindi, per le donne, la soddisfazione diadica rappresenta un importante fattore protettivo; di contro, lo sfogo emotivo, l'uso di sostanze, l'assenza di umorismo, il distacco mentale e lo stress legato alla percezione del confronto sociale si configurano come dei fattori di rischio rispetto all'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

VIII.4 Conclusioni

La ricerca evidenzia la validità della batteria nel discriminare rispetto al genere, all'età, al livello di istruzione, all'assenza/presenza di figli, all'assenza/presenza di trattamenti precedenti, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi.

L'FPI, il questionario atto a valutare le fonti di stress connesso all'infertilità, è risultato inoltre in grado di discriminare rispetto al genere, all'età, al titolo di studio, alla presenza o meno di figli, alla durata dell'infertilità e al tipo di diagnosi.

Rispetto al genere è emerso che le donne percepiscono un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner, un maggiore stress legato alla percezione del confronto sociale e un maggiore stress globale. L'esperienza dell'infertilità, quindi, viene percepita come un evento stressante in misura maggiore dalle donne in modo statisticamente significativo.

Rispetto all'età è emerso che gli uomini con un'età superiore ai 39 anni riportano un minore stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli rispetto agli uomini che hanno meno di 30 anni.

Rispetto al titolo di studio, invece, è emerso che le donne laureate riportano punteggi significativamente più bassi delle donne con licenza media inferiore e superiore nello stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner, nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e nello stress globale. Il livello culturale, dunque, risulta svolgere un funzione protettiva rispetto alla percezione dello stress legato all'infertilità.

Rispetto alla presenza/assenza di figli, inoltre, è emerso che gli uomini senza figli riportano dei punteggi significativamente maggiori nello stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e che le donne con figli riportano un maggiore stress legato all'influenza percepita dell'infertilità sulla vita sessuale e sulla relazione con il partner.

Rispetto alla durata dell'infertilità è emerso che le donne con durata dell'infertilità maggiore di 18 mesi riportano un livello significativamente più basso di stress legato alla percezione della prospettiva di una vita senza figli e significativamente maggiore di stress legato alla percezione della propria capacità di adattamento all'infertilità.

Rispetto al tipo di diagnosi, infine, è emerso che gli uomini con diagnosi maschile riportano punteggi significativamente più elevati nello stress legato alla percezione del confronto sociale degli uomini con diagnosi femminile e sconosciuta.

Il COPE, il questionario atto a valutare le strategie di coping, è risultato inoltre in grado di discriminare rispetto al genere, all'età, alla presenza di figli e ai trattamenti precedenti.

Le donne tendono infatti ad usare maggiormente delle strategie centrate sul sostegno sociale e sull'evitamento del problema; gli uomini, invece, tendono maggiormente ad affrontare la situazione problematica.

Questi risultati suggeriscono dunque che nel contesto italiano le donne sono maggiormente a rischio degli uomini in quanto percepiscono una maggiore difficoltà nell'affrontare la propria esperienza di infertilità e un maggior bisogno di ricevere un supporto sociale.

Inoltre, con l'avanzare dell'età, le donne tendono ad accettare maggiormente la situazione e a ricorrere maggiormente alla religione. Con l'avanzare dell'età aumenta anche il ricorso all'umorismo. Questi risultati rimandano alla considerazione che, probabilmente, con l'aumentare dell'età e con la progressiva riduzione del tasso di fertilità le donne divengono sempre più capaci di accettare la propria condizione di infertilità, elaborarla e investire su obiettivi altri.

È inoltre emerso che l'avere o meno dei figli influenza il modo in cui i membri delle coppie affrontano l'esperienza di infertilità. Per quanto riguarda gli uomini, in particolare, coloro che hanno già figli tendono ad investire minori energie in un percorso di PMA, ad avere una visione più positiva della situazione e ad avere un maggior sentimento di accettazione rispetto a coloro i quali non hanno figli. Di contro, coloro che non hanno figli tendono ad investire maggiori energie in questa esperienza e a ricorrere maggiormente all'uso di sostanze nell'affrontare la propria infertilità rispetto ai primi. Per quanto riguarda le donne, invece, coloro che hanno già figli riescono ad esercitare un maggiore controllo sulla situazione, informandosi e trattenendosi dall'agire impulsivamente.

Le donne che si sono già sottoposte a dei trattamenti, infine, tendono a dare sfogo ai propri sentimenti in misura maggiore delle donne che non hanno mai effettuato alcun tipo di trattamento. Inoltre, le donne che hanno già fatto qualche trattamento riportano un maggior

grado di accettazione della propria condizione rispetto a quelle donne che si accingono ad intraprendere questo percorso per la prima volta. L'aver già effettuato dei trattamenti di PMA, quindi, probabilmente favorisce nelle donne la graduale elaborazione della propria esperienza di infertilità, inducendole, allo stesso tempo, a ricercare un supporto sociale.

La DAS, il questionario atto a valutare le modalità di adattamento diadico, è risultato inoltre in grado di discriminare rispetto all'età, ai trattamenti precedenti e alla durata dell'infertilità.

È infatti interessante osservare che vi è una differenza statisticamente significativa nei livelli di consenso diadioco tra le donne la cui età è compresa tra i 30 e i 39 anni e le donne con un'età superiore ai 40 anni. Considerando che il tasso di fertilità è fortemente associato all'età e che a 40 anni esso si riduce notevolmente, la riduzione delle probabilità procreative sembra influenzare l'adattamento di coppia, comportando una riduzione del grado di accordo coniugale. Per quanto riguarda gli uomini, invece, emerge che l'avanzare dell'età, e quindi anche la progressiva riduzione delle probabilità procreative, non incidono sull'adattamento con la partner.

È interessante inoltre notare che mentre per le donne la percezione della relazione col proprio partner non muta in base all'aver o meno effettuato precedenti trattamenti, negli uomini sembrano esserci maggiori manifestazioni affettive e un maggior grado di accordo diadioco in assenza di trattamenti precedenti. Probabilmente questo dato suggerisce che l'aver già sperimentato precedenti trattamenti, risultati fallimentari, alimenti negli uomini la crisi dell'infertilità concernente la sfera della relazione col partner.

La durata dell'infertilità non influisce sulle modalità di adattamento diadioco per gli uomini, che si attesta su dei valori medio-alti. Occorre tuttavia notare che per le donne emerge che il grado di soddisfazione diadica è maggiore quando la durata dell'infertilità è breve piuttosto che quando è superiore ai 18 mesi. Tale dato è molto interessante perché potrebbe suggerire che lo stress connesso all'infertilità, nelle sue diverse dimensioni, e in particolare nella sfera relativa alla relazione col partner, aumenta con il prolungarsi della durata della propria infertilità.

L'EDS e lo STAI-Y, i questionari atti a valutare rispettivamente il vissuto depressivo e ansioso, sono risultati infine in grado di discriminare rispetto al genere, al titolo di studio, all'aver già effettuato precedenti trattamenti e al tipo di diagnosi ricevuta.

Le donne, infatti, percepiscono in misura maggiore degli uomini vissuti depressivi e ansiosi, e quindi gli effetti che lo stress connesso al percorso di PMA esercita sul vissuto emotivo.

Inoltre, le laureate riportano punteggi significativamente più bassi nei vissuti depressivi delle donne con licenza media inferiore e superiore. Si evidenzia, dunque, un effetto protettivo delle risorse derivanti dalla formazione culturale rispetto al rischio depressivo nelle donne. Non emergono differenze statisticamente significative rispetto al titolo di studio per gli uomini.

È interessante anche osservare l'impatto esercitato dagli interventi di PMA sul vissuto psichico delle donne. Le donne che hanno effettuato precedenti trattamenti riportano infatti dei punteggi nei vissuti depressivi significativamente maggiori delle donne che si accingono a intraprendere un percorso di PMA per la prima volta. Per gli uomini, invece, non emergono differenze statisticamente significative.

Per quanto riguarda l'influenza esercitata dal tipo di diagnosi, infine, emerge che gli uomini con diagnosi maschile riportano livelli di ansia di stato significativamente maggiori degli uomini con diagnosi femminile. Questi dati evidenziano che il tipo di diagnosi esercita un'influenza significativa sul vissuto ansioso degli uomini ma non delle donne. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che la diagnosi maschile può essere vissuta dall'uomo come una vera e propria ferita narcisistica. Di conseguenza, gli uomini con tale tipo di diagnosi tenderebbero a percepire vissuti ansiosi in misura maggiore di coloro a cui, invece, è stata comunicata una diagnosi esclusivamente femminile. Si evidenzia quindi un maggior disagio emotivo percepito dagli uomini che presentano delle alterazioni del liquido seminale rispetto a coloro che non presentano tale problematica.

La batteria così ideata consente inoltre di esplorare la relazione tra le modalità di adattamento diadico, le strategie di coping individuale e la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, tra le quali si rilevano interessanti e significative connessioni.

Soddisfacente risulta anche la validità predittiva della batteria. Tale aspetto è stato studiato analizzando l'influenza delle fonti di stress e delle risorse individuali e di coppia sull'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi. Tali analisi hanno evidenziato l'importante effetto protettivo svolto da un elevato grado di adattamento diadico e dalle strategie di coping centrate sull'orientamento al problema e sull'attitudine positiva. Esse hanno altresì

sottolineato che il percepire un elevato livello di stress e l'uso di strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'orientamento trascendente costituiscono dei fattori di rischio in quanto favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

Nel complesso, i risultati emersi evidenziano la validità della batteria proposta per la diagnosi e la predisposizione di interventi finalizzati alla promozione di risorse adattive individuali e diadiche e alla prevenzione di vissuti depressivi e ansiosi in coppie infertili che intraprendono un percorso di PMA.

Conclusioni e future linee di ricerca

A conclusione del percorso di ricerca si può affermare che essa ha confermato gran parte delle ipotesi formulate. In particolare, rispetto alla prima ipotesi, ovvero che la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e i vissuti depressivi e ansiosi dei membri delle coppie infertili sono influenzati dal genere, dall'età, dal livello di istruzione, dall'assenza/presenza di figli, dall'assenza/presenza di trattamenti precedenti, dalla durata dell'infertilità e dal tipo di diagnosi, sono emersi interessanti risultati.

Per quanto riguarda la percezione delle fonti di stress connesso all'infertilità, è emerso che questa è influenzata dal genere, dall'età, dal titolo di studio, dalla presenza o meno di figli, dalla durata dell'infertilità e dal tipo di diagnosi.

Per quanto riguarda le strategie di coping, invece, è interessante notare che queste sono influenzate dal genere, dall'età, dalla presenza di figli e dai trattamenti precedenti

Per quanto riguarda le modalità di adattamento diadico, inoltre, queste sono influenzate dall'età, dai trattamenti precedenti e dalla durata dell'infertilità.

Per quanto riguarda i vissuti depressivi e ansiosi, infine, essi sono influenzati dal genere, dal titolo di studio, dall'aver già effettuato precedenti trattamenti e dal tipo di diagnosi ricevuta.

Tali risultati, dunque, evidenziano l'importanza di prestare attenzione alle caratteristiche socio-demografiche e legate alla storia di infertilità in ragione dell'influenza che tali variabili esercitano sul processo di adattamento delle persone che intraprendono un percorso di PMA a questa delicata esperienza.

Sarebbe altresì interessante esplorare l'eventuale influenza esercitata da altre variabili potenzialmente rilevanti, quali la durata della relazione col partner, il tipo di trattamento da effettuare e la fase del trattamento intrapreso.

Rispetto alla seconda ipotesi formulata, invece, ovvero che le strategie di coping individuale e le modalità di adattamento diadico sono associate in maniera significativa, è emerso in particolare che quanto minore è il grado di adattamento diadico percepito tanto maggiore risulta la tendenza degli uomini e delle donne a ricorrere a strategie di coping

centrate sull'evitamento della propria condizione di infertilità.

Tali risultati, dunque, sottolineano l'importanza di prestare attenzione alle dimensioni della relazione di coppia e a fornire un supporto congiunto alla coppia anche al fine di promuovere strategie di coping individuale che consentano di far meglio fronte alla propria esperienza di infertilità e alla decisione di sottoporsi a dei trattamenti di PMA.

A tal proposito sarebbe interessante esplorare la presenza di eventuali connessioni significative anche tra supporto sociale, in termini di sostegno familiare e degli amici, e strategie di coping individuale.

Rispetto alla terza ipotesi formulata, inoltre, ovvero che le risorse di coping individuale e di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità sono associate in maniera significativa, sono emersi interessanti risultati.

In particolare, per quanto riguarda la relazione tra le risorse di coping individuale e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità è emerso che, nel caso delle donne, la ricerca di comprensione e di informazioni, la reinterpretazione positiva degli eventi, l'accettazione della situazione e la pianificazione delle proprie azioni si configurano come dei fattori protettivi rispetto alla percezione dello stress connesso all'infertilità; di contro, il dare sfogo ai propri sentimenti, l'evitamento della situazione, il trattenersi dall'agire impulsivamente, il concentrarsi sul problema per risolverlo e il ricorso alla religione si configurano come dei fattori di rischio, in quanto alimentano tale tipo di stress.

Per quanto riguarda gli uomini, invece, è emerso che la ricerca di informazioni e il pianificare le proprie azioni si configurano come dei fattori protettivi; di contro, il dare sfogo ai propri sentimenti, l'evitamento della situazione, lo sforzarsi per modificare la situazione, il ricorso alla religione e il mancato ricorso all'umorismo si configurano come dei fattori di rischio, in quanto alimentano la percezione dello stress connesso all'infertilità.

Per quanto riguarda la relazione tra le modalità di adattamento diadico e la percezione delle fonti di stress legato all'infertilità, invece, è emerso sia per gli uomini che per le donne che la relazione col partner svolge un ruolo protettivo rispetto alla percezione dello stress connesso all'infertilità.

Tali risultati, dunque, evidenziano che il grado di stress percepito in relazione alla propria infertilità è influenzato sia dalle strategie di coping adottate, sia dalle modalità di adattamento diadico. Al fine di promuovere un maggiore benessere nelle persone che

intraprendono tale percorso, quindi, occorre sostenere la relazione col partner e promuovere quelle strategie di coping che risultano associate negativamente alla percezione di stress.

Sarebbe inoltre interessante esplorare anche la presenza di eventuali connessioni significative tra supporto sociale, in termini di sostegno familiare e degli amici, e percezione di stress legato all'infertilità.

Rispetto alla quarta ipotesi formulata, infine, ovvero che le fonti di stress e le risorse adattive influenzano e/o proteggono rispetto all'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi, è emerso che degli importanti fattori protettivi sono costituiti da un elevato grado di adattamento diadico e dalle strategie di coping centrate sull'orientamento al problema e sull'attitudine positiva. Il percepire un elevato livello di stress e l'uso di strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'orientamento trascendente costituiscono invece dei fattori di rischio in quanto favoriscono l'insorgere di vissuti depressivi e ansiosi.

Nel complesso, quindi, questi risultati indicano che è importante sostenere la relazione di coppia sia per favorire l'uso di strategie di coping individuale più funzionali a fronteggiare questa esperienza, sia per ridurre la percezioni di stress a essa connesso. Strategie di coping e stress connesso all'infertilità, inoltre, insieme alle modalità di adattamento diadico, esercitano un'influenza significativa sui vissuti depressivi e ansiosi esperiti dalle persone che intraprendono un percorso di PMA.

Sebbene i risultati emersi dalle ricerche presentate in questa tesi presentano interessi e utilità, tuttavia sarebbe opportuno condurre ulteriori studi al fine di arricchire la comprensione dell'interazione di altre variabili che intervengono nell'esperienza di infertilità, come le caratteristiche di personalità, il tipo di attaccamento al partner, la durata della relazione col partner, la durata dei trattamenti, il tipo specifico di trattamento effettuato e la fase dello stesso.

Sarebbe inoltre molto interessante estendere tale ricerca anche alle coppie adottive e a coloro che pur non riuscendo ad avere il figlio desiderato non si rivolgono ad alcun centro di procreazione medicalmente assistita.

Per quanto riguarda gli studi di convalida dei due strumenti presentati, il Fertility Problem Inventory (FPI; Newton C. et al., 1999) e il Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset C., Jenaro C. e Antequera R, 2008), inoltre, è emerso che l'FPI possiede una soddisfacente attendibilità e validità; il

DERA, invece, non risulta avere delle proprietà psicométriche del tutto soddisfacenti. Occorre però sottolineare che sarebbe utile e opportuno ampliare ulteriormente il numero dei soggetti al fine di testare le proprietà psicométriche degli strumenti su campioni più ampi.

Tuttavia, in ragione delle proprietà psicométriche dell’FPI e del DERA emerse dagli studi di validazione, nella batteria messa a punto e descritta nell’ultima ricerca presentata in questa tesi è stato incluso solo il primo di questi strumenti. Tale batteria, infine, è risultata valida e può pertanto essere adoperata ai fini di un corretto assessment psicologico delle coppie infertili.

A tal proposito, data la carenza in Italia di strumenti specifici per la valutazione psicologica di pazienti infertili, sarebbe interessante procedere alla convalida anche di ulteriori strumenti che esplorino dimensione non valutate dagli strumenti oggetto del presente lavoro, e in particolare: l’Infertility Distress Scale (IDS; Pook et al., 1999), per rilevare quanto l’esperienza di infertilità sia percepita globalmente come una fonte di stress per gli uomini; l’Infertility Questionnaire (IFQ; Bernstein et al., 1985) , che valuta gli effetti dell’infertilità sull’autostima, sul senso di colpa e sulla sessualità; il Fertility Quality of Life (FertiQoL; Boivin et al., 2011) per valutare gli effetti dell’infertilità sulla qualità della vita.

Bibliografia

Aarts J.W.M. et al., *Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL*, Human Reproduction, vol. marzo, pp. 1-7, 2011.

Abbey A. et al., *Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What Is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples?*, “Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 68. no. 3, 455-469, 1995.

Abbey A. et al., *Psychosocial Predictors of Life Quality. How are They Affected by Infertility, Gender, and Parenthood?*, “Journal of Family Issues”, vol. 15, no. 2, p. 253-270, 1994.

Abbey A. et al., *The role of perceived control, attributions, and meaning in members' of infertile couple well-being*, “Journal of social and clinician psychology”, vol. 14, n. 3, pp. 271-296, 1995.

Abbey A., Andrews F. M., Halman L. J., *Gender's role in responses to infertility*, “Psychol Women Quarterly”, 15, pp. 295-316, 1991.

Adler J. et al., *The psychological reactions to infertility: sex roles and coping styles*, “Sex roles”, vol. 12, n. 3/4, pp. 271-279, 1985.

Agostini F. et al., *Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment*, “Fertility and Sterility”, vol. 95, no. 2, pp. 707- 710, 2011.

Allison J. R., *Roles and Role Conflict of Women in Infertile Couples*, “Psychology of Women Quarterly”, vol. 4, no.1, 1979.

Anderheim L., Holter H., Bergh C., Möller A., *Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?*, “Human Reproduction”, vol.20, no. 10, pp. 2969-2975, 2005.

Andrews F. M., Abbey A., Halman J., *Is fertility-problem stress different?: the dynamics of stress in fertile and infertile couples*, “Fertility and Sterility”, vol. 57, pp. 1247-1253, 1992.

Andrews F. M., Abbey A., Halman L., *Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands*, “J Health Soc Behav”, 32, pp. 238-253, 1991.

Ansermet F et al., *Clinique de la procreation et mystère de l'incarnation. L'ombre du futur*, PUF, Paris, 2007.

Ardenti R., Campari C., Agazzi L., Battista La Sala G., *Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample*, “Human Reproduction”, vol. 14, no.12, pp. 3126-3132, 1999.

Astor J. e Pawson M., *The value of psychometric testing in the investigation on infertility*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, vol. 5, pp. 107-111, 1985.

Ávila Espada A., Moreno-Rosset C., *Psychological intervention in infertility: guidelines for a clinical intervention protocol*, Papeles del psicólogo, vol. 29, no. 2, pp. 186-196, 2008.

Balen A. H. e Jacobson H. S., *Infertility in practice*, Churchill Livingstone, 2003.

Baram D. et al., *Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, vol. 9, pp.181-190, 1988.

Barbaranelli C., *Analisi dei dati con SPSS I. Le analisi multivariate*, LED, Milano, 2006.

Barbaranelli C., *Analisi dei dati. Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale*, LED, Milano, 2007.

Barbaranelli C., D’Olimpo F., *Analisi dei dati con SPSS I. Le analisi di base*, LED, Milano, 2007.

Beaurepaire J, Jones M, Thiering P, Saunders D and Tennant C, *Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment*, “Journal of Psychosomatic Research”, 3, pp. 229–240, 1994.

Benazon N., Wright J, Sabourin S., *Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples*, “J Sex Marital Ther”, vol. 18, no. 4, pp. 273-284, 1992.

Berg B. J. et al., *Psychological Sequelae of Infertility Treatment: the role of Gender and Sex-Role Identification*, “Soc. Sci. Med.”, vol. 33, no. 9, pp. 1071-1080, 1991.

Bernardi S., *Vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: Ipotesi di intervento*, “Atti del Primo Congresso Regionale, Sezione Sicilia della Società Italiana di Psicoterapia Medica, *La Psicoterapia nelle Istituzioni oggi*”, Messina 14 giugno 2003.

Bernstein J. et al., *Psychological Status of Previously Infertile Couples After a Successfull Pregnancy*, “JOGNN”, pp. 404-408, November/December, 1988.

Bernstein J., Pott N., Mattox J., *Assessment of psychological dysfunction associated with infertility*, “J Obstet Gynaecol Neonat Nurs”, supplement, pp. 63-65, 1985.

Bianchi-Demicheli F., Medico D., Lucas H., Chardonnens D., *Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction*, “Méd et Hyg”, 2429, 61, pp. 599-602, 2003.

BICA, *A creative approach to group work for women with Fertility Problems*, University of York Print Unit, York, 1998.

BICA, *Guidelines for good practice in infertility counselling*, Sheffield Hallam University Print Service, Sheffield 2006.

Binetti P., *Una storia tormentata. Il desiderio di maternità e paternità nelle coppie sterili*, Edizioni Magi, Roma, 2006.

Blenner J.L., *Passage through Infertility Treatment: a Stage Theory*, “Journal of Nursing Scholarship”, vol.22, no.3, pp.153-158, 1990.

Boivin J. e Lancastle D., *Medical waiting periods: imminence, emotions and coping*, “Women's Health”, vol.6, no.1, 2010.

Boivin J. e Schmidt L., *Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later*, “Fertility and Sterility”, vol. 83, no. 6, pp.1745-1752, 2005.

Boivin J. e Takefman J., *Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables*, “Human Reproduction”, vol. 11, no. 4, pp. 903-907, 1996.

Boivin J. e Takefman J., *Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women*, “Fertility and Sterility”, vol. 64, no. 4, pp. 802-810, 1995.

Boivin J. et al., *Age and social position moderate the effect of stress on fertility*, “Evolution and human behavior”, 27, pp. 345-356, 2006.

Boivin J. et al., *Distress level in men undergoing intracytoplasmic sperm injection versus in-vitro fertilization*, “Human Reproduction”, vol. 13, no.5, pp. 1403-1406, 1998.

Boivin J. et al., *Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives*, “Human Reproduction”, vol. 13, no.11, pp. 3262-3267, 1998.

Boivin J., *A review of psychosocial interventions in infertility*, “Social science & medicine”, vol. 57, pp. 2325-2341, 2003.

Boivin J., Takefman J., Braverman A., *The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties*, “Fertility and Sterility”, aprile, 2011.

Bromhan D. R. et al., *Psychometric Evaluation of Infertile Couples. (Preliminary Findings)*, “Journal of Reproductive Psychology”, vol. 7, pp. 195-202, 1989.

Brucker PS, McKenry PC, *Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility*, “JOGNN”, vol. 33, pp. 597–603, 2004.

Bydlowski M. (2009), *Fattori psicologici nell’infertilità femminile*, in Zurlo M. C. (a cura di) *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano, 2009, pp. 37-49.

Bydlowski M., *Il debito di vita. I segreti della filiazione*, Quattroventi, Urbino, 2000.

Campbell D, van Teijlingen ER, Yip L., *Economic and social implications of multiple birth*, Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology, vol. 18, no. 4, pp. 657-668, 2004.

Carter J. et al., *A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact*, “Fertility and Sterility”, vol. 95, no. 2, 2011.

Caruso Klock S. et al., *Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study*, “Fertility And Sterility”, vol. 73, no. 6, 2000.

Caruso Klock S., Greenfield D., *Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study*, “Fertility and Sterility”, vol. 73, no. 6, pp. 1159-1164, 2000.

Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K., *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 56, pp. 267-283, 1989.

Casadei D., *Il concepimento come ossessione*, “Famiglia Oggi”, n. 12., 2003.

Casey Jacob M. et al, *Psychological distress by type of fertility barrier*, “Human Reproduction”, vol. 22, n. 3, pp. 885-894, 2007.

Cecotti M., *Procreazione medicalmente assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione*, Armando Editore, Roma, 2004.

Chevret-Measson M., “Fertilité e sexualité”, in: Mimoun S, *Traité de gynécologie-ostétrique psychosomatique*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1999, pp. 126-128.

Cigoli V. e Tamanza G., *L'intervista clinica generazionale*, Raffaello cortina Editore, Milano, 2009.

Clarke N. R. et al., *Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients*, “Human Reproduction” vol. 14, no. 3, pp. 753-758, 1999.

Coiffin-Driol C., Giami A., *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”, vol. 32, pp. 624-37, 2004.

Collins A., Freeman E. W., Boxer A. S., Tureck R., *Perceptions of infertility and treatment stress in females associated to males entering in vitro fertilization treatment*, “Fertility and Sterility”, 57, pp. 350-356, 1992.

Connolly K. J et al., *Distress and Marital Problems Associated with Infertility*, “Journal of Reproductive and Infant Psychology”, vol. 5, pp. 49-57, 1987.

Connolly K., Edelmann R., Cooke I., Robson J., *The impact of infertility on psychological functioning*, “Journal of Psychosomatic Research”, vol. 36, pp. 459-468, 1992.

Conrad R, Schilling G, Haidl G, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R., *Relationships between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility*, “Andrologia”, 34, pp. 317-324, 2002.

Cook R. et al., *Emotional, marital and sexual functioning in patients embarking upon IVF and AID treatment for infertility*, “Journal of reproductive and infant psychology”, vol. 7, pp. 87-93, 1989.

Cooper B. C., Gerber J.R., McGetrick A.L., Johnsom J.V., *Perceived Infertility-Related Stress Correlates With In Vitro Fertilization Outcome*, “Fertility and Sterility”, vol.88, no.3, pp.714-717, 2007.

Costa V., Badolati B., Tassou A., Carotenuto V., Colacurci N., *Sessualità ed infertilità*, “Rivista di Sessuologia Clinica”, VIII, 2001.

Cousineau TM et al., *Development and validation of the Infertility Self-Efficacy Scale*, “Fertility and sterility, vol. 85, no. 6, 2006.

Cousineau TM, Lord SE, Seibring AR, Corsini EA, Viders JC, Lakhani SR, *A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study*, “Fertility and Sterility”, vol. 81, pp. 532–538, 2004.

Covington S.N., Hammer Burns L., *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians-second edition*, Cambridge University Press, 2006.

Cox J. e Holden J., *Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Erickson, Trento, 2008.

Cremerius J., *Limiti e possibilità della teoria psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.

Croon M., *Vogliamo un figlio*, Giunti, Firenze, 2008.

Czyba J. C., *Aspects psychologiques des procreations medicalement assistees pour indications masculines. Stérilité masculine et procreations médicalment assistées*, “Progrès en Andrologie 3”, Paris, Masson, pp. 213-223, 1989.

Czyba-Gaultier C., *L'infertilité masculine. Aspects psychologiques*, “Soins Gynécologie Obstétrique Puericulture et Pédiatrie”, 118, pp. 27-29, 1991.

D'Arrigo M., *Se i bambini non arrivano*, Liguori Editore, Napoli, 2008.

Daniluk J. C., *Infertility: intrapersonal and interpersonal impact*, “Fertility and Sterility”, vol. 49, no. 6, pp. 982-990, 1988.

Daniluk J. C., Leader A., Taylor P. L., *Psychological and relationship changes of couples undergoing an infertility investigation: some implications for counseling*, “Brit J Guid Counsel”, 15, 20, pp. 20-36, 1987.

Darchis E. (2009), “L’instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini”, in Zurlo M. C. (a cura di) *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano, 2009, pp.21-36.

De Gennaro, L., Balistreri, S., Lenzi, A., Lombardo, F., Ferrara, M., Gandini, L., *Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic men*, “Fertility and Sterility”, 79, pp. 1571-1576, 2003.

Demyttenaere K. Et al., *Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in-vitro fertilization*, “Journal of psychosomatic research”, vol. 35, n. 2/3, pp. 231-243, 1991.

Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*, Bollato Boringhieri, Torino, 1977.

Dhillon R., Cumming C. E., Cumming D. C., *Psychological well-being and coping patterns in infertile men*, “Fertility and Sterility”, vol. 74, no.4, pp. 702-6, 2000.

Di Vita A. M. e Brustia P. (a cura di), *Psicologia della genitorialità. Modelli, ricerche, interventi*, Antigone, Torino, 2008.

Di vita A. M. e Giannone F. (a cura di), *La famiglia che nasce*, FrancoAngeli, Milano 2002.

Domar Alice D. et al, *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*, “Fertility and sterility”, vol. 73, n.4, pp. 805-811, 2000.

Domar Alice D., *The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?*, “Sexuality, Reproduction e Menopause”, vol. 3, no. 2, pp.45-51, 2005.

Donkor E. S. et al., *Coping strategies of women seeking infertility treatment in Southern Ghana*, "African journal of reproductive health", vol. 13, n.4, pp.81-93, 2009.

Donkor E. S. et al., *The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana*, "Social science and medicine", 65, pp. 1683-1694, 2007.

Downey J., McKinney M., *The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation*, "American Journ. Orthopsychiat.", 62, 2, pp. 196-205, 1992.

Edelmann R. J., Connolly K. J., *Psychological aspects of infertility*, "British Journal of Medical Psychology", vol. 59, pp. 209-219, 1986.

Eiguer A, Ruffiot A, *Terapia psicoanalitica della coppia*, Borla Edizioni, Roma, 1986.

Elliot S., *The relationship between fertility issues and sexual problems in men*, "Can J Hum Sexol", 7, 3, pp. 295-303, 1998.

Elstein M., *Effect of infertility on psychosexual function*, "British medical journal", vol. 3, pp. 296-299, 1975.

Emery M. et al., *Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counseling*, "Human reproduction", vol. 18, n. 12, pp. 2647-2653, 2003.

Facchinetti F. et al., *An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment*, "Fertility and Sterility", vol. 67, no. 2, 1997.

Fagan P. J., Schmidt C. W., Rock J. A., Damewood M. D., Halle E., Wise T. N., *Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples*, "Fertility and Sterility", 46, pp. 668-672, 1986.

Fassino S. et al., *Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study*, "Human Reproduction" vol. 17, no. 11, pp. 2986-2994, 2002.

Fassino S., Garzano L., Peris C., Aminato F., Pierò A., Daga G., , *Temperament and character in couples with fertility disorders: a couple bind controlled study*, “Fertility and Sterility”, 77, pp. 1233-1240, 2002.

Flavigny C., Millot C., Bizot A., Belaish J., *La stérilité: situation psychopathologique et compréhension psychodynamique*, “Psychosomatique”, no. 8, pp. 67-87, 1986.

Fondazione Censis, *Il desiderio di diventare genitori, problemi e speranze di chi combatte l'infertilità*, Roma, 11 febbraio 2009.

Forleo R., *Storia della procreazione*, “Famiglia oggi”, n. 12, 2003.

Franco J.C., Baruffi R.L.R., Mauri A.L., Petersen C.G., Felipe V., Garbellini E., *Psychological evaluation test after the use of assisted reproduction techniques*, “J Assisted Reprod Genetics”, 19, pp. 274-278, 2002.

Frasoldati A., Cavaliere E., Biagini G., Merlo Pich E., Carani C., Marrama P., *Neuroendocrinologia, stress e comportamento sessuale*, “Rivista di Scienze Sessuologiche”, vol. 5, no. 2, pp. 92-102, 1992.

Freeman E.W. et al., *Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer*, “Fertility and Sterility”, vol. 43, no. 1, 1985.

Gallinelli A. et al., *Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer*, “Fertility and Sterility”, vol. 76, no. 1, 2001.

Gameiro S. et al., *Social Nesting: Changes in Social Network and Support Across the Transition to Parenthood in Couples That Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies*, “Journal of Family Psychology”, vol. 24, no. 2, pp. 175-187, 2010.

Gentili P., *La psicoterapia di coppia nell'infertilità: ovvero la creazione di uno spazio procreativo*, “Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria”, n° 28/29, pp. 31 – 36, 1996.

Gentili P, Franzese A., *Valutazione dei meccanismi di difesa in un campione di coppie infertili*, “Rivista Sessuologia”, vol. 15, no. 1, pp. 31-36, 1991.

Gentili P., Contreas L., Cassaniti M., D'Arista F., *La Dyadic Adjustment Scale. Una misura dell'adattamento di coppia*, Minerva Psichiatrica, vol. 43, pp. 107-116, 2002.

Gerrity D. A., *Five medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors*, “The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families”, vol. 9, no. 2, pp. 140-150, 2001.

Glazebrook C., Sheard C., Cox S. et al, *Parenting stress in first-time mothers of twins and triplets conceived after in vitro fertilization*, “Fertility and Sterility”, vol. 81, no. 3, pp. 505-511, 2004.

Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD., *Development of the Fertility Adjustment Scale*, “Fertility and Sterility”, vol. 72, pp. 623–628, 1999.

Glover L., Gannon K., Sherr L., Abel P. D., *Distress in sub-fertile men: a longitudinal study*, “J Reprod Infant Psychol”, 14, pp. 23-36, 1996.

Goffman E., *Stigma*, Penguin Books, Londra, 1963.

Gonzales L. O., *Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women*, “Issue in mental health nursing”, vol. 21, pp. 619-633, 2000.

Gourounti K. et al., *Psychometric properties and factor structure of the Fertility Problem Inventory in a sample of infertile women undergoing fertility treatment*, Midwifery, Febbraio 2010.

Greil A., *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature*, “Social Science and Medicine”, vol. 45, pp. 1679–1704, 1997.

Guida M. (2000), “Gli aspetti bio-medici della riproduzione umana medicalmente assistita come base per le riflessioni bio-etiche”, in Nunziante Cesàro A. (a cura di), *Il bambino che viene dal freddo*, FrancoAngeli, Milano, 2009 pp. 19-30.

Hammarberg K., Astbury J., Baker H.W.G., *Women's experience of IVF: a follow-up study*, “Human Reproduction”, vol. 16, no.2, pp. 374-383, 2001.

Hammer Burns L., Covington S. N. (2000), “Psychology of infertility” in Linda Hammer Burns, Sharon N. Covington, *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*, Cambridge University Press, 2000, pp. 1-10.

Hammer Burns L., *Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective*, “Fam proc”, vol. 26, pp. 359-372, 1987.

Hammer Burns L., *Psychiatric aspects of Infertility Treatment*, “Psychiatr Clin N Am, vol. 30., pp. 689-716, 2007.

Harf-Kashdaei E, Kaitz M., *Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization*, “Fertility and Sterility”, vol. 87, no. 6, pp. 1306-1313, 2007.

Harlow C. R., Fahy U.M., Wardle P. G., Hull M. G., *Stress and stress-related hormones during in vitro fertilization treatment*, “Human Reproduction”, 11, pp. 274-279, 1996.

Harrison K.L. et al., *Stress and semen quality in an in vitro fertilization program*, “Fertility and Sterility”, vol. 48, no. 4, pp. 633-636, 1987.

Herbert D. L. et al., *Depression: an emotional obstacle to seeking medical advice for infertility*, “Fertility And Sterility”, vol. 94, no. 5, 2010.

Hjelmstedt A., Widström A., Wrambsby H., Collins A., *Emotional adaptation following successful in vitro fertilization*, “Fertility and sterility”, vol. 81. no. 5, pp. 1254- 1264, 2004.

Holter H., Anderheim L., Bergh C., Moller A., *The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm*, “Human reproduction”, vol. 27, pp. 1-7, 2007.

Ikiz T. (2009), “Ho tutto, mi manca solo un figlio. La problematica della sterilità psicogena all’incrocio tra isteria e somatizzazione”, in Zurlo M. C. (a cura di) *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano, 2009, pp.50-82.

Jennings S. E., *Infertility counseling*, Blackwell, 1995.

Jordan, C., Reverson, T.A., *Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis*, “Journal of Behavioral Medicine”, vol. 22, no. 4, pp. 341-358, 1999.

Kainz K., *The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility*, “Women's Health Issues”, vol.11, no.6, pp. 481-485, 2001.

Kemeter P., *Studies on psychosomatic implications of infertility-effects of emotional stress on fertilization and implantation in in-vitro fertilization*, “Human Reproduction” vol. 3, no. 3, pp. 341-352, 1988.

Keye Jr W. R., *Psychosexual responses to infertility*, “Clin Obst Gyn”, vol. 27, no. 3, pp. 760-766, 1984.

Kikendall K.A., *Self-discrepancy as an important factor o addressing women's emotional reactions to infertility*, “Professional Psychology Research Practice”, 25, pp. 214-220, 1994.

Kipper D. A., Zigler-Shani Z., Serr D. M., Insler V., *Psychogenic infertility, neurocitism and the feminine role: a methodological inquiry*, “Journal of Psychosomatic Research”, 21, pp. 353-358, 1977.

Klonoff- Cohen H. e Natarajan L., *The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcome*, “Fertility and Sterility”, 82, pp. 982-988, 2004.

Klonoff- Cohen H. et al., *Validation of a new scale for measuring concerns of women during assisted reproductive technologies (CART)*, “Journal of health psychology”, 12, pp. 352-356, 2007.

Lalli N., Liberti N., *Problemi psicologici, individuali e di coppia connessi all'infertilità*, “Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria”, n. 28/29, pp.27-30, 1996.

Lalos A. et al., *A Psychosocial Characterization of Infertile Couples Before Surgical Treatment of the Female*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, vol.4, pp.83-93, 1985.

Lalos A. et al., *Depression, Guilt and Isolation among Infertile Women and their Partners*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, vol.5, pp.197-206, 1986.

Lalos A. et al., *The Psychosocial Impact of Infertility Two Years After Completed Surgical Treatment*, “Acta Obstet Gynecol Scand”, vol. 64, pp. 599-604, 1985.

Lancastle D. e Boivin J., *Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment?*, “Health psychology”, vol. 24, n. 2, pp. 171-178, 2005.

Lazarus R. S. e Folkman S., *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York, 1984.

Lazarus R. S. e Folkman S., *Transactional theory and research on emotions and coping*, “European Journal of Personality”, vol.1, pp. 141-169, 1987.

Lazarus R. S., *Coping theory and research: Past, present, and future*, “Psychosomatik Medicine”, 55, pp. 234-247, 1993.

Lazarus R. S., *Stress and emotion*, Springer, New York, 1999.

Lechner, L., Bolman, C., van Dalen,A., *Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress*, “Human Reproduction”, vol. 22, no.1, pp. 288-294, 2007.

Lee et al., *Development of the coping scale for infertile couples*, “Archives of andrology”, vol. 45, pp. 149-154, 2000.

Lee T. Y. et al., *The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan*, “Human Reproduction”, vol. 16, no. 8, pp. 1762-1767, 2001.

Leiblum S. R. et al., *The psychological concomitants of in vitro fertilization*, “Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology”, vol.6, pp. 165-178, 1987.

Levine S., Coe C., Wiener S. G., “Psychoneuroendocrinology of stress: a psychobiological perspective”, in Brush F. R., Levine S., *Psychoendocrinology*, Academy Press, San Diego-London, 1989, pp. 341-377.

Link P. W., Darling C. A., *Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of life satisfaction*, “J Sex Marital Ther”, 12, pp. 46-59, 1986.

Litman J.A., *The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits*, “Personality and Individual Differences”, 41, pp. 273-284, 2006.

Lukse M. P. et al., *Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment*, “Obstetrics and gynecology”, vol. 93, n.2, pp. 245-251, 1999.

Lukse M. P., *The effects of group counseling on the frequency of grief reported by infertile couples*, JOGNN, suppl., pp. 67-70, 1985.

Mahajan N.N. et al., *Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities*, “Human Reproduction”, vol. 24, no. 4, pp.906-912, 2009.

Mahajan N.N. et al., *Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle*, “Fertility and Sterility”, vol. 93, no. 2, 2010.

Mahlstedt P., *The psychological component of infertility*, “Fertility and Sterility”, 43, 3, pp. 335-346, 1985.

Mahlstedt P., MacDuff S., Bernstein J., *Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process*, “Journal of IVF-ET”, 4, pp. 232-236, 1987.

Mai et al., *Are Infertile Men and Women Neurotic?*, “Australian Journal of Psychology”, vol. 24, no. 1, pp. 83-86, 1972.

Mai F. M., Munday R. N., Rump E. E., *Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples*, “Psychosomatic Medicine”, 34, 5, pp. 431-440, 1972.

Markestad C., Montgomery L., Bartsch R. A., *Infertility and length of medical treatment effects on psychological, marital, and sexual functioning*, “Int J Rehabilit Health”, vol. 4, no. 4, pp. 233-243, 1998.

Matthews R. et al., *Infertility and involuntary childlessness: the transition to nonparenthood*, “Journal of marriage and the family”, 48, aug., pp. 641-649, 1986.

Mazzoni S., Tafà M., *L'intersoggettività nella famiglia: procedure multimetodo per l'osservazione delle relazioni familiari*, Franco Angeli, Milano, 2007.

McDougall J. (1989), *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.

McGrade J.J. e Tolor A., *The reaction to infertility and the infertility investigation: a comparison of the response of men and women*, “Infertility”, vol. 4, pp. 7-27, 1981.

McQuillan J. et al., *Frustrated Fertility: infertility and psychological distress among women*, “Journal of marriage and the family”, vol. 65, pp. 1007-1018, 2003.

Menning B E, “The infertile couple: a plan for advocacy”, *Child Welfare*, 54, 1975, pp. 454-460.

Menning B. E, *The emotional needs of infertile couples*, “Fertility and sterility”, vol. 34, no.4, pp. 313-319, 1980.

Merari D. et al., *Psychological and Hormonal Changes in the Course of in Vitro Fertilization*, “Journal of Assisted Reproduction and Genetics”, vol. 9, no. 2, pp. 161-169, 1992.

Miller S. M., Mangan C. E., *Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all?*, “Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 45, no. 1, pp. 223-236, 1983.

Millheiser L. S. et al., *Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study*, “Fertility and sterility”, vol. 94, n.6, pp. 2022-2025, 2010.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T, *Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function*, “Urology”, vol. 63, no. 1, pp. 126-130, 2004.

Moos R. H., *Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework*, “American Journal of Community Psychology”, vol.1, no. 12, pp. 5-23, 1984.

Moos R. H., *The Mystery of Human Context and Coping: An Unraveling of Clues*, “American Journal of Community Psychology”, vol. 30, no. 1, pp. 67-84, 2002.

Morelli G., *Il ruolo dei fattori psicologici nell'etiopatogenesi dell'infertilità maschile*, “Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria”, no. 28-29, pp. 45-48, giugno-dicembre 1996.

Morelli, G., De Gennaro, L., Ferrara, M., Dondero, F., Lenzi, A., Lombardo, F., Gandini, L., *Psychosocial factors and male seminal parameters*, “Biological Psychology”, 53, 1, pp. 1-11, 2000.

Moreno-Rosset C., Antequera Jurado R., Jenaro Rio C., *Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA)*, “Psicothema”, 21, pp. 105-111, 2009.

Moreno-Rosset C., Antequera R., Jenaro C., *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*, TEA Ediciones, Madrid, 2008.

Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., Antequera, R., *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Un nuevo instrumento en psicología de la reproducción*, “Boletín de la SEAS”, 28, pp.11-18, 2008.

Moro M., Carrara M., Iacchia C., Pala A., Rossetto G., Rossi R., *Sessualità ed infertilità di coppia*, “Rivista di Sessuologia Clinica”, vol. 2, pp.35-44, 2003.

Morrow K. A. et al., *Predictors of psychological distress among infertility clinic patients*, “Journal of counseling and clinical psychology”, vol. 63, n. 1, pp. 163-167, 1995.

Morse C. A. e Van Hall E., *Psychosocial aspects of infertility: a review of current concepts*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, 6, pp. 157-164, 1987.

Myers J. E., *The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women*, “Journal of mental health counseling”, vol. 1, 2002.

Mytnik B., *IVG, fécondité et inconscient*, érès editions, Ramonville Saint-Agne, 2007.

Nachtingall R. D. et al., *Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination*, “Fertility and sterility”, vol. 68, n.1, pp. 83-89, 1997.

Newton C. et al., *Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure*, “Fertility and sterility”, vol. 54, n.5, pp. 879-886, 1990.

Newton C., Sherrard W., Glavac I., *The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress*, “Fertility and Sterility”, vol. 72, no. 1, pp. 54-62, 1999.

Nicolson P. e Ussher J., *The psychology of women's health and health care*, The Macmillian Press, 1992.

Noyes R. W. E Chapnick E. M., *Literature on psychology and infertility: a critical analysis*, "Fertility and Sterility", 15, pp. 12-16, 1964.

Nunziante Cesàro A. (a cura di), *Il bambino che viene dal freddo*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Oken et al., *Relation of Physiological Response to Affect Expression*, "Archives of General Psychiatry", vol. 6, pp. 336-351, 1962.

Olshansky E.F., *Identity of self as infertile: an example of theory-generating research*, "Adv Nurs Sci", 9, pp. 54-63, 1987.

O'Moore A.M. et al., *Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training*, "Journal of Psychosomatic Research", vol. 27, pp. 145-151, 1983.

Oullette Kobasa S. C., Puccetti M. C., *Personality and social resources in stress resistance*, "Journal of personality and social psychology", vol. 45, no. 4, pp. 839-850, 1983.

Pancheri P., *Stress Emozioni Malattia*, EST Mondadori, 1979, Milano.

Pantesco V., *Nonorganic infertility: some research and treatment problems*, "Psychological Reports", 58, pp. 731-737, 1986.

Pasini W., *Cause psicologiche della sterilità e loro terapia*, "Sessuologia", vol. 1, pp. 76-83, 1978.

Pauncz A., *Coping e Stress: rassegna di strumenti per la misurazione delle modalità di coping in situazione di stress*, "Bollettino di psicologia applicata", 212, pp. 75-78, 1994.

Pedrabissi L., Santinello M., *STAI State-Trait Anxiety Inventory Forma Y Manuale*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989.

Peterson B. et al., *Coping processes of couples experiencing infertility*, "Family relations", vol. 55, pp. 227-239, 2006.

Peterson B. et al., *Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period*, “Fertility and sterility”, vol 95 n. 5, 2011.

Peterson B. et al., *The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments*, “Human reproduction”, vol. 24, n.7, pp. 1656-1664, 2009.

Peterson B., Newton C., Rosen K., *Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples*, “Family process”, vol. 42, no.1, pp.59-70, 2003.

Peterson B., Newton C., Rosen K., Skaggs G., *Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress*, “Human Reproduction”, vol. 21, no. 9, pp. 2443-2449, 2006.

Peterson B., Pirritano M., Christensen U., Schmidt L., *The impact of partner coping in couples experiencing infertility*, “Human Reproduction”, vol. 23, no.5, pp. 1128-1137, 2008.

Peterson B.D., Newton C.R., Feingold T. *Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment*, “Fertility and Sterility”, 88, no. 4, pp. 911-914, 2007.

Pines. D., *Emotional aspects of infertility and its remedies*, “International Journal of Psychoanalysis”, 71, 5, pp. 561-568, 1990.

Pook M., Krause W., *The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients*, “Human Reproduction”, 1, pp.825-828, 2005.

Pook M., Rohrle B., Krause W., *Individual prognosis for changes in sperm quality on the basis of perceived stress*, “Psychother Psychosom”, 68, pp. 95-101, 1999.

Pook M., Tuschen-Caffier B., Schnapper U., Speiger K., Krause W. e Florin I., *Cognitions in infertility: development and validation of a questionnaire (KINT)*, “Diagnòstica”, vol. 45, no. 2, pp. 104-113, 1999.

Quijano C.M. et al., *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée*, érès éditions, Ramonville Saint-Agne, 2006.

Ragni G. et al., *Negative effect of stress of in vitro fertilization program on quality of semen*, “ACTA Europaea Fertilitatis”, vol. 23, no. 1, pp. 21-23, 1992.

Raval H. et al., *The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationships*, “Journal of reproductive and infant psychology”, vol. 5, pp. 221-234, 1987.

Read J., *Counselling for Fertility Problems*, Sage, 1995.

Rees L. W., *Stress, Distress and Disease*, “Brit. F. Psychiat.”, 128, pp. 3-18, 1976

Righetti P.L. e Casadei D. (a cura di), *Sostegno psicologico in gravidanza*, Edizioni Magi, Roma, 2005.

Righetti P.L. et al., *La coppia di fronte alla Procreazione Medicalmente Assistita*, FrancoAngeli, Milano, 2009.

Righetti P.L., *I vissuti psicologici nella procreazione medicalmente assistita: interventi e protocolli integrati medico psicologici*, “Contracezione Fertilità Sessualità”, vol. 28, no. 3, pp. 159-166, 2001.

Rio C. J., Moreno-Rosset C., Antequera Jurado R., Robaina N. F., *Psychological assessment in infertility: the DERA, a measure developed in Spain*, “Papeles del psicólogo”, 29, no.2, pp. 176-185, 2008.

Sabatelli R. M., Meth R. L., Gavazzi S. M., *Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness*, “Family Relations”, vol. 37, pp. 338-343, 1988.

Saleh R.A. et al., *Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study*, “Fertility and Sterility”, vol. 79, no. 4, pp. 909-912, 2003.

Salvatore P. et al., *Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures*, “Fertility and Sterility”, vol. 75, no. 6, pp. 1119- 1125, 2001.

Sandelowsky M. et al., *Living the life: Explanations of infertility*, “Sociology of Health & Illness”, vol. 12, no. 2, 1990.

Sanders K.A. e Bruce N.W., *A prospective study of psychosocial stress and fertility in women*, "Human Reproduction", vol. 12, no.10, pp. 2324-2329, 1997.

Sanders K.A. e Bruce N.W., *Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology*, "Human Reproduction" vol. 14, no. 6, pp. 1656-1662, 1999.

Sandler B., *Emotional stress and infertility*, "Journal of Psychosomatic Research", vol. 12, pp. 51-59, 1968.

Sbaragli C. et al, *Infertility and psychiatric morbidity*, "Fertility and Sterility", vol. 90, no. 6, 2008.

Scabini E. e Rossi G., *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'? Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano, 1999.

Scatoletti B., *Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente*, "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n° 28/29, pp.37-44, 1996.

Schanz S., Baeckert- Sifeddbine I.T., Braeunlich C., Collins S.E., Batra A., Gebert S., Hautzinger M., Fierlbeck G., *A new quality-of-life measure for men experiencing involuntary childlessness*, "Human Reproduction", pp.2858-2865, 2005.

Schmidt L et al., *High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme*, "Human Reproduction", vol.18, no. 6, pp. 2638-2646, 2003.

Schmidt L et al., *Patient's attitude to medical and psychological aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme*, "Human Reproduction", vol.18, no. 3, pp. 628-637, 2003.

Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J., *Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment*, "Patient Education and Counseling", vol. 59, pp. 244-251, 2005.

Schmidt L, *Infertility and assisted reproduction in Denmark*, "Danish medical bulletin", vol.53, no. 4, pp. 390-417, 2006.

Seibel M. M., Taymor M. L., *Emotional aspects of infertility*, “Fertility and Sterility”, vol. 32, no. 2, pp. 137-145, 1982.

Sharpley C. F., Cross D. G., *A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale*, “Journal of Marriage and the Family”, 44, pp. 739-740, 1982.

Shaw P. et al., *Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF*, “Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology”, vol. 9, pp. 171-180, 1988.

Shilon S., Llarom S., e Ben-Rafael Z., *The meaning of treatment for infertility: cognitive determinants and structure*, “J Appl Soc Psychol”, 21, pp. 855-874, 1991.

Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E., “Coping strategies: evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the italian version of Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)”, *Personality and Individual Differences*, 23, 1997, pp. 1025-1029.

Sica C., Magni C., Ghisi M., Altoè G., Sighinolfi C., Chiri L.R., Franceschini S., *Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping*, “Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale”, 14, pp. 27-53, 2008.

Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E., *Coping Orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano*, “Bollettino di Psicologia applicata”, vol. 223, pp. 25-34, 1997.

Slade P., Raval H., Buck P., Lieberman P. E., *A 3-year follow-up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile*, “J Reprod Infant Psychol”, 10, pp. 233-243, 1992.

Slade P., Emery J., Lieberman B. A., *A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in vitro fertilization treatment*, “Human Reproduction”, 12, pp. 183-190 , 1997.

Slade P., O'Neill C., Simpson A.J., Lashen H., *The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic*, “Human Reproduction”, 22, no. 8, pp. 2309-2317, 2007.

Smeenk J.M.J. et al., *The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization*, "Human Reproduction" vol. 16, no. 7, pp. 1420-1423, 2001.

Spanier G.B., *Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*, "Journal of Marriage and the Family", 38, pp. 15-28, 1976.

Spanier G.B., *The Dyadic Adjustment Scale. The Manual*, Multi Health Systems Inc., Toronto, 2001.

Spanier G.B., Thompson L., *A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale*, "Journal of Marriage and the Family", 44pp. 731-738, 1982.

Stanton A.L. e Dunkel-Schetter C., *Infertility. Perspectives from Stress and coping Research*, Plenum Press, New York, 1991.

Stanton A.L., *Downward comparison in infertile couples*, "Basic and applied social psychology", vol. 13, no. 4, 389-403, 1992.

Steca P., Accardo A., Capanna C., *La misura del coping, differenze di genere e di età*, "Bollettino di Psicologia Applicata", 235, pp. 47-56, 2001.

Stolèru S. et al., *Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes*, "Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology", 17 pp.103-118, 1996.

Stolèru S. et al., *Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study*, "Human reproduction", vol.8, n.7, pp. 1039-1046, 1993.

Stolèru S. et al., *The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization*, "Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology", 18 pp.189-202, 1997.

Stolwijk A. M. et al., *Prognostic models for the probability of achieving an ongoing pregnancy after in-vitro fertilization and the importance of testing their predictive value*, "Human reproduction", vol. 11, n. 10, pp. 2298-2303, 1996.

Templeton A. et al., *Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment*, "Human fertilisation and embryology authority", vol. 348, no. 23, pp. 1402-1406, 1996.

Testa G. et al., *Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo*, “Giornale italiano ostetricia e ginecologia”, vol. XXVIII, n.4, pp. 169-173, 2006.

Thiering P. et al., *Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET)*, “Journal of Psychosomatic Research”, vol. 37, no. 5, pp. 481-491, 1993.

Thorn P. e Daniels K.R., *A group-work approach in family building by donor insemination: empowering the marginalized*, “Human fertility”, vol. 6, pp. 46-50, 2003.

Thorn P., *Professionally facilitated group work*, “Guidelines for counselling in infertility”, pp. 49-50, 2002.

Tort M., *Le désir froid*, Editions La Découverte, Paris, 1992.

Trotta C., *Il fattore maschile nell'infertilità di coppia*, “Rivista di sessuologia clinica”, 1, 2001.

Ulbrich P. M. et al., *Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers*, “Journal of sex and marital therapy”, vol. 16, n.3, pp. 147-158, 1990.

van den Akker O., *Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women*, “Patient Education and Counseling”, vol. 57, no. 2, pp. 183-189, 2005.

van den Broeck U. et al., *Predictors of psychologacal distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics*, “Human Reproduction”, no. 0 pp. 1-10, 2010.

van-Noord-Zaadstra et al., *Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy*, “British Medical Journal”, vol. 302, pp. 1361-1365, 1991.

Verhaak C.M. et al., *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research*, “Human Reproduction Update”, vol. 13, no.1, pp. 27-36, 2007.

Vieyra M. A. et al., *The effects of gender and measurement strategy on casual attributions for infertility*, “Basic and applied social psychology”, vol.11, no.2, pp. 219-232, 1990.

Wasser S. K e Barash D. P., *Reproductive Suppression among female mammals: implications for biomedicine and sexual selection theory*, “The quarterly review of biology”, vol. 58, pp. 513-538, 1983.

Wasser S. K e Isenberg D. Y., *Reproductive Failure among Women: Pathology or Adaptation*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, vol. 5, pp. 153-175, 1986.

Wasser S. K., *Psychosocial stress and infertility: cause or effect?*, “Human Nature”, 5, pp. 206-293, 1994.

Wasser S. K., et al., *Psychosocial stress as a cause of infertility*, “Fertility and Sterility”, 59, pp. 685-689, 1993.

Webb R. E, Daniluk J. C., *Infertile men’s experiences of being unable to produce a child*, “Men Masculinity”, 2, 6, pp. 6-25, 1999.

Weston W. W., *Patient-Centered Medicine: A Guide to the Biopsychosocial Model*, “Families, Systems & Health”, vol. 23, no. 4, pp. 387-405, 2005.

Wichman C.L. et al., *Comparison of miltiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization*, “Fertility and Sterility”, vol. 95, no. 2, 2011.

Williams L. et al., *A Biopsychosocial Model for Treating Infertility*, “Contemporary Family Therapy”, vol. 14, no. 4, pp. 309-322, 1992.

Wischmann T et al., *Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling*, “Human Reproduction”, vol. 24, no. 2, pp. 378-385, 2009.

Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R., *Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service"*, “Human Reproduction”, vol. 16, no. 8, pp.1753-1761, 2001.

Wong P. T. P e Wong L. C. J., *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*, Springer, 2006.

Wong P. T. P, *Effective Management of Life Stress: the Resource-Congruence Model*, “Stress Medicine”, vol. 9, pp. 51-60, 1993.

Wong P. T. P, *Measuring life stress*, “Stress Medicine”, vol. 6, pp. 69-70, 1990.

Wright J, Allard M., Lecours A., Sabourin S., *Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research*, “International Journal of Fertility”, 34, pp. 126-142, 1989.

Wright J., Duchsne C., Sabourin S., Bissonnette F., Benoit J., Girard Y., *Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently*, “Fertility and Sterility”, 55, pp. 100-108, 1991.

Ying Li et al., *Association between socio-psycho-behavioral factors and male semen quality; systematic review and meta-analysis*, “Fertility and Sterility”, vol.95, no. 1, 2011.

Zhao J. et al., *Anxiety and feelings in Chinese women pregnant after treatment for infertility*, “Journal of Chinese Clinical Medicine”, vol. 4, no.12, 2009.

Zurlo M. C. (a cura di), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori, Napoli, 2002.

Zurlo M. C., *Filiazioni problematiche e sostegno allo sviluppo*, Liguori, Napoli, 2005.

Zurlo M. C. (a cura di) *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano, 2009.