



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Psicologia  
Dottorato di ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica  
Ciclo XXVIII

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE E FATTORI DI PROTEZIONE IN UOMINI E DONNE  
INFERTILI CHE AFFRONTANO UN PERCORSO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE  
ASSISTITA

**A.A. 2016/2017**

**Dottoranda:**  
**Dott.ssa Katia Carlini**  
**839890**

**Tutor:**  
**Prof.ssa Renata Tambelli**

**Cotutor:**  
**Prof.ssa Anna Maria Speranza**

## Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>Conseguenze emotive dell'infertilità e del suo trattamento.....</b>	<b>8</b>
Premessa.....	8
1. Le causa dell'infertilità e le conseguenze psicologiche.....	9
1.1 L'infertilità femminile.....	9
1.2 L'infertilità maschile.....	10
1.3 L'infertilità idiopatica o inspiegata.....	11
1.4 Conseguenze emotive dell'infertilità nella donna, nell'uomo e nella relazione di coppia...	12
2. I trattamenti dell'infertilità e le conseguenze psicologiche.....	15
2.1 Tecniche di I livello.....	15
2.2 Tecniche di II e III livello.....	16
2.3 Conseguenze emotive dei trattamenti dell'infertilità nella donna, nell'uomo e nella relazione di coppia.....	18
3. I vissuti emotivi dell'infertilità.....	21
3.1 L'ansia.....	21
3.2 La depressione.....	23
3.3 Lo stress.....	25
Riflessioni.....	27
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>Risorse adattive in uomini e donne infertili.....</b>	<b>30</b>
Premessa.....	30
1. Strategie di coping e infertilità.....	30
1.1 Il coping.....	31
1.2 Il coping in soggetti infertili.....	33
2. Infertilità e relazione di coppia.....	37
2.1 La relazione sentimentale in uomini e donne infertili.....	37

2.2 La sessualità in uomini e donne infertili.....	39
3. Modelli di attaccamento e infertilità.....	41
3.1 Il modello di attaccamento.....	42
3.2 Modelli di attaccamento in uomini e donne infertili.....	43
Riflessioni.....	44
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>La valutazione psicologica in uomini e donne sottoposti a PMA.....</b>	<b>47</b>
Premessa.....	47
1. Obiettivi.....	48
2. Metodologia.....	49
2.1 Procedura.....	49
2.2 Il campione.....	51
2.3 Strumenti.....	55
3. Analisi dei dati.....	65
4. Risultati.....	67
4.1 Le differenze sui vissuti emotivi prodotti dal genere nell'infertilità.....	67
4.2 Gli effetti sugli stati emotivi prodotti dal modello di attaccamento nell'infertilità.....	80
4.3 Correlazioni tra il genere e tra il modello di attaccamento, con i vissuti emotivi, il rapporto di coppia e le strategie di coping dei soggetti infertili.....	85
5. Discussione.....	91
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>101</b>
<b>APPENDICI.....</b>	<b>120</b>

## **Introduzione**

L'infertilità implica l'assenza di una gravidanza, dopo 12 mesi di rapporti sessuali regolari senza l'utilizzo di contraccezione, o la presenza di aborti ricorrenti (American Society of Reproductive Medicine, 2013).

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono circa 70 milioni le persone della popolazione mondiale che non riescono a concepire un bambino (Farinati, Rigoni e Müller, 2006), condizione questa che genera implicazioni a livello personale, relazionale e sociale (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan e Sieber, 2001; Volgsten et al., 2008; Peterson, Newton e Feingold, 2007).

Il proliferare di casi di infertilità, sottoposti all'attenzione medica, cui si è assistito negli ultimi anni e, in generale, il crescente interesse dedicato agli aspetti psicologici implicati nel processo diagnostico e terapeutico dell'infertilità inducono a domandarsi come gli stessi possano contribuire all'eziologia, alle conseguenze e all'eventuale risoluzione dell'infertilità. I filoni di ricerca, che sono nati dall'intenzione di conoscere il ruolo giocato dai fattori psichici nell'ambito dell'infertilità, e riassumibili nell'espressione di "causa o effetto o di causa ed effetto", hanno comunque voluto porre l'accento sull'importanza di offrire interventi di supporto durante i lunghi accertamenti diagnostici e il faticoso iter terapeutico.

Di fatto, l'esperienza dell'infertilità produce, come ben descritto dalla letteratura (Chiaffarino et al., 2011; Boivin e Takefman, 1995; Verhaak et al., 2007; Greil, McQuillan, Lowry e Shreffler, 2011), importanti conseguenze psicologiche negli individui che hanno difficoltà generative (Cousineau e Domar, 2007). Diversi autori sono concordi nel riconoscere l'esperienza dell'infertilità come un'esperienza intensa che crea depressione (Wilkins, Warnock e Serrano, 2010) ansia (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni e Garzaro, 2002a; Fassino et al., 2002b) e stress (Slade, O'Neill, Simpson e Lashen, 2007; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003). Nello specifico, la letteratura sottolinea come le donne subiscano maggiori conseguenze emotive rispetto agli uomini (El Kissy et al., 2012;

Adashi et al., 2000; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver e Coddington, 2011; Katibli, Mammadzada e Hajiyeva, 2012; Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis e Vaslamatzis, 2009; Verhaak et al., 2001; Verhaak et al., 2005a) anche se molti studi non hanno neanche preso in considerazione le conseguenze dell'infertilità e del suo trattamento sulla componente maschile (Verhaak et al., 2005a; Verhaak et al., 2005b) e che comunque il rapporto di coppia e la relazione sessuale possa risentire negativamente del fallimento procreativo (Tao, Coates e Maycock, 2011; Ferreira, Antunes, Duarte e Chaves, 2015; Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimaraes e Costa, 2014; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein e Ganiats, 2004; Wang et al., 2007). Alcune ricerche si soffermano, inoltre, sul ruolo giocato da specifici fattori di rischio o di protezione per l'adattamento emotivo all'infertilità e al suo trattamento, come le caratteristiche di personalità, le abilità di coping e cognitive e il supporto sociale rispetto al problema dell'infertilità (Lukse e Vacc, 1999; Verhaak et al., 2005a). Nello specifico, alcuni individui infertili mostrano di adattarsi meglio di altri alla condizione critica che stanno vivendo, attivando nuove risorse (Edelmann e Connolly, 1986). In questo panorama emergono nuove ricerche volte a individuare e differenziare le modalità più adattive da quelle potenzialmente più patogene. Esistono a proposito studi che si rifanno a modelli cognitivi, e che dunque focalizzano la loro attenzione per esempio sulle strategie di adattamento e gestione dello stress (Wright et al., 1991) o sulla percezione del proprio controllo sugli eventi (Paulson, Haarmann, Salerno e Asmar, 1988). Gli studi di matrice psicoanalitica si sono invece soffermati sulla personalità di base, i conflitti intrapsichici e motivazionali, e i meccanismi di difesa (Gentili e Franzese, 1991).

In generale, tenendo conto della specifica condizione di infertilità e del suo fronteggiamento, la letteratura, nazionale e internazionale, comprende studi che si sono occupati di evidenziare il peso di variabili legate:

- 1) ai fattori personali: socio demografici, età, genere, attaccamento, ansia di tratto (McQuillan, Greil, White e Jacob, 2003; Peterson et al., 2005; Donarelli et al., 2012);

2) ai fattori situazionali: tipo di diagnosi, numero di trattamenti di PMA, tipo di trattamenti, numero di aborti, tipo di infertilità (Slade et al., 2007; Ramezanzadeh et al., 2004);

3) ai fattori moderatori: coping, supporto del partner, supporto sociale, supporto psicologico (Pottinger et al., 2006; Peterson, Pirritano, Christensen e Schmidt, 2008; Peterson, Pirritano, Block e Schmidt, 2011; Salvatore et al., 2001; Mahajan et al., 2009; Domar et al., 2000);

4) agli effetti dell'infertilità: ansia di stato, depressione, stress, effetti psicosomatici (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard e Verres, 2001; Wichman et al., 2011).

Il presente lavoro intende: offrire un ulteriore contributo all'interno della sempre più crescente letteratura sugli stati di ansia e depressione che i soggetti infertili sperimentano; esplorare l'importanza di considerare il modello di attaccamento dei partner infertili, delle strategie di coping e delle percezioni del supporto del partner quali fattori moderatori dello stress per il soggetto in condizione di infertilità.

Facendo riferimento a quanto sopra, il presente lavoro si è proposto di esplorare:

- le eventuali differenze di genere nella sintomatologia - ansia, stress e rischio depressivo - la qualità della relazione di coppia; le strategie di coping e il modello di attaccamento in soggetti infertili;

- le eventuali differenze nella sintomatologia - ansia, stress e rischio depressivo - tenendo conto dell'età anagrafica degli individui infertili e del numero dei trattamenti;

- le eventuali differenze nella sintomatologia - ansia, stress e rischio depressivo - tenendo conto della relazione di coppia, del modello di attaccamento e dei fattori moderatori, quali le strategie di coping.

In vista di tali obiettivi sono stati esaminati: il modello di attaccamento, la relazione di coppia, le strategie di coping e i livelli di ansia, di rischio depressivo e di stress delle persone infertili che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita.

Tali obiettivi nascono dall'esigenza di fornire un apporto aggiuntivo al tema dell'infertilità, per accrescere una cultura volta a promuovere il sostegno sociale e psicologico nei confronti dei soggetti, che si trovano a vivere l'impossibilità generativa, dato che diversi studi hanno riportato come gli individui infertili, nel loro arduo percorso della ricerca di un figlio, si sentono isolati e alienati provando difficoltà ad accedere a un sostegno sociale (Berger, Paul e Henshaw, 2013).

Questo studio è organizzato nel seguente modo: il primo capitolo, facendo riferimento alla vasta letteratura sull'argomento, tratta dei vissuti emotivi legati all'infertilità, soprattutto nei termini di ansia, depressione e stress, dopo aver delineato la condizione di infertilità e passato in rassegna le principali cause e i relativi trattamenti della stessa.

Nel secondo capitolo, si fa riferimento alle, meno esplorate, risorse adattive della coppia infertile, quali le strategie di coping, delle quali i partner dispongono per fronteggiare la condizione di infertilità che stanno vivendo. Inoltre, si prendono in considerazione anche la relazione di coppia e il modello di attaccamento di uomini e donne infertili.

Per la stesura del terzo capitolo è stata invece condotta una ricerca sperimentale attraverso interviste e questionari somministrati ai pazienti della PMA per indagare i vissuti emotivi, le risorse adattive, la relazione di coppia e il modello di attaccamento degli stessi.

Il lavoro si conclude, quindi, con una discussione finale di quanto emerso dalla presente ricerca, che, ben consapevole di non proporre spiegazioni univoche o addirittura conclusive, intende offrire nuovi spunti di riflessione sia per studi futuri sia per meglio accompagnare la dolorosa esperienza dell'infertilità.

## CAPITOLO 1

### Conseguenze emotive dell'infertilità e del suo trattamento

#### **Premessa**

Secondo l'OMS la sterilità è una condizione fisica permanente, dell'uomo e/o della donna, che non rende possibile la procreazione, mentre si ha infertilità allorquando la coppia non è in grado di concepire dopo un anno o più di rapporti sessuali non protetti. L'infertilità è un problema che colpisce circa il 10% della popolazione mondiale (Boivin, Bunting, Collins e Nygren, 2007) ovvero un numero compreso tra gli 80 e i 168 milioni di persone vive un'infertilità primaria o secondaria (Vayena, Rowe e Peterson, 2002). Nello specifico, si parla di infertilità primaria quando la coppia, trascorso il tempo stabilito dalla definizione dell'OMS, non ha mai concepito, mentre l'infertilità secondaria è relativa a una coppia che ha già avuto un bambino e che per un periodo di due anni non riesce a concepire nuovamente. Tuttavia, i cambiamenti culturali che interessano tutti i paesi industrializzati fanno presagire che tali percentuali siano destinate ad aumentare. Così, l'età del concepimento del primo figlio, a causa di esigenze sociali, è cresciuta nell'ultimo ventennio determinando minori possibilità procreative. A tal proposito, è sufficiente pensare che, se su tutte le coppie due su dieci risultano essere infertili, dai 40 ai 44 anni ben due coppie su quattro sperimentano l'infertilità ([www.fecondazione.org](http://www.fecondazione.org)). L'infertilità colpisce, secondo il Centro Studi e Conservazione Ovociti e Sperma umani – CECOS - ([www.fertilitas.it](http://www.fertilitas.it)), allo stesso modo l'uomo e la donna. Si parla, infatti di cause femminili (40%), cause maschili (40%) e infertilità inspiegata (20%). In realtà, l'infertilità è un problema che riguarda la coppia, ma per semplicità espositiva si manterrà tale distinzione. Nel capitolo verranno analizzati sia i diversi fattori che portano la coppia a vivere la dolorosa esperienza dell'infertilità, sia le tecniche di fecondazione assistita alle quali è possibile ricorrere per fronteggiare il problema del mancato concepimento. Verranno altresì illustrati

i vissuti emotivi, legati all'incapacità procreativa e ai relativi trattamenti, sia dell'uomo che della donna e il modo in cui essi possano influenzare il rapporto di coppia.

## **1. Le causa dell'infertilità e le conseguenze psicologiche**

### **1.1 Infertilità femminile**

Le alterazioni dell'ovulazione, o addirittura la mancata ovulazione, sono tra le più frequenti condizioni per le quali la donna non riesce a rimanere incinta. Tra i fattori che determinano le alterazioni ovulatorie, la sindrome dell'ovaio policistico è la più facilmente riscontrata e si caratterizza per oligo-amenorrea (scarsa mestruazione); segni clinici e/o biochimici d'iperandrogenismo (eccessiva produzione di ormoni maschili) e ovaie di aspetto policistico. La mancanza di ovulazione può essere determinata anche dall'Anoressia nervosa e dall'Obesità. In entrambe queste disfunzioni alimentari, infatti, si assiste a un'alterazione dell'ipofisi e dell'ipotalamo con conseguenze importanti sulla fertilità. Lo studio del fattore ovarico si esegue attraverso il monitoraggio dell'ovulazione, può avvenire tramite biopsia del tessuto endometriale, dosaggio ormonale, misura della temperatura basale vaginale ed esame ecografico. Altra condizione che determina l'infertilità femminile è il fattore tubarico. Di fatto, eventuali danni alle tube, provocati da infezioni (p.e. Clamidia) o da interventi di chirurgia addomino-pelvica o endometriosi che generano aderenze, possono ostacolare, o addirittura, impedire agli spermatozoi di raggiungere l'ovaio per incontrare l'ovocita. Affinché questo incontro possa avvenire, risulta indispensabile un intervento chirurgico o una terapia di fecondazione in vitro. Altra frequente causa di infertilità nella donna è rappresentata dall'endometriosi ovvero dal fatto che vi è la presenza dell'endometrio anche in zone diverse, come le ovaie e le tube, oltre che nella parte interna dell'utero che mensilmente mestrua, e che pertanto genera delle aderenze. Inoltre, l'endometriosi può essere responsabile di alterare la funzionalità ovarica determinando un'impossibilità procreativa. La metodica necessaria per fare una diagnosi di endometriosi è la laparoscopia e il trattamento, ai fini di una gravidanza,

prevede la fecondazione in vitro. Il fattore uterino, anche se in una piccola percentuale, 5% ([www.fertilitas.it](http://www.fertilitas.it)), è un'altra delle possibili cause dell'infertilità femminile. L'utero, di fatto, può essere affetto da malformazioni, come l'utero retroflesso, o da patologie, come i fibromi o presenza di polipi, che ne alterano la funzionalità. Attraverso l'isteroscopia è possibile effettuare un'ispezione visiva e una biopsia dell'endometrio e, contemporaneamente ed eventualmente, la correzione chirurgica di alcune patologie. Un'altra possibile causa dell'infertilità femminile è rappresentata dal fattore cervicale. La cervice è infatti responsabile di produrre il muco cervicale, ovvero una sostanza che deve avere opportune caratteristiche qualitative e quantitative per consentire il passaggio del liquido seminale senza arrecare danni agli spermatozoi. Lo studio dell'interazione tra il muco cervicale e il liquido seminale viene effettuato tramite il Post Coital Test, esame che, per essere attendibile, dev'essere compiuto in fase pre-ovulatoria e dopo un'astinenza sessuale di 2-5 giorni, affinché il liquido seminale presenti tutte le sue caratteristiche. Infine, un altro fattore femminile che causa infertilità è rappresentato dall'età della donna che, con l'avanzare e specificatamente superando i 35 anni, comporta il deterioramento degli ovociti nelle ovaie, sia da un punto di vista numerico che qualitativo, così per esempio il numero più alto di aborti si registra in donne più mature a seguito della manifestazione di anomalie nei cromosomi degli ovociti (Massobrio e Revelli, 2003).

## **1.2 L'infertilità maschile**

Se in passato si riteneva che solo la donna fosse responsabile di un'eventuale infertilità, gli studi attuali hanno dimostrato come l'uomo contribuisca al mancato concepimento in egual misura della sua partner. L'infertilità maschile può avere cause ormonali, testicolari, post-testicolari o genetiche. Nel primo caso si registra uno squilibrio nella produzione di ormoni sessuali da parte dell'ipotalamo, dell'ipofisi o dei testicoli. Il risultato, piuttosto raro, di tale problematica è un'oligospermia o una azoospermia così come rilevata da uno spermogramma. I problemi

testicolari implicano invece una difficoltà nella produzione di spermatozoi all'interno del testicolo. Essi possono essere determinati sia da cause acquisite, sia da cause genetiche che provocano uno sviluppo imperfetto dei testicoli o la mancata discesa degli stessi nella loro sede (criptorchidismo). In quest'ultimo caso, già dai primi anni di vita, è possibile correggere chirurgicamente l'alterazione, anche se i testicoli non svilupperanno mai una piena funzionalità. Altro tipo di problema testicolare di tipo genetico è rappresentato dal varicocele, quale causa "principe" dell'infertilità maschile. Si tratta di una dilatazione delle vene testicolari, che comporta una diminuzione della qualità del liquido seminale. Il trattamento chirurgico del varicocele è consigliato solo nei casi in cui la patologia sia recente. I problemi testicolari di tipo acquisito sono determinati prevalentemente da infezioni di tipo virale (parotite) o batterica (malattie a trasmissione sessuale come il papillomavirus). Le patologie che possono danneggiare gli spermatozoi, se non curate tempestivamente, con accurate terapie antibiotiche, possono cronicizzarsi causando danni permanenti alla fertilità. Infine, i problemi post-testicolari implicano una difficoltà nel trasporto degli spermatozoi dal testicolo all'esterno, soprattutto a causa di un'ostruzione, che a sua volta può essere determinata da cause congenite (assenza congenita dei dotti deferenti) o da cause acquisite come una vasectomia o un'infezione dell'apparato genitale e urinario (chlamydia e gonorrea). Raramente l'infertilità è provocata da una disfunzione erettile o da problematiche nell'ejaculazione determinate principalmente da cause psicofisiche (AA.VV., 2005).

### **1.3 L'infertilità idiopatica o inspiegata**

In assenza di una specifica causa eziologica dell'infertilità, ovvero una volta escluse tutte le altre possibili cause dell'incapacità procreativa, si parla di infertilità inspiegata o idiopatica. Si tratta di una diagnosi per esclusione a seguito di un'anamnesi ed esami obiettivi negativi, per cui la percentuale di infertilità inspiegata sarà più alta laddove le indagini iniziali risultino essere meno accurate. È necessario compiere, con precisione, alcuni esami di routine, che per la donna sono le

analisi ormonali (p.e. FSH, LH, Estradiolo e Progesterone al fine di capire l'età biologica dell'ovaio e se avviene l'ovulazione e per individuare eventuali squilibri endocrini) e l'ecografia transvaginale (che consente, attraverso l'osservazione dell'utero, delle ovaie e della vescica, di stabilire se avviene l'ovulazione e se ci sono fibromi o cisti). Per la componente maschile l'esame di base è lo spermioγραμμα, che consiste nella valutazione delle caratteristiche del liquido seminale al fine di stimare la normalità del numero, del movimento e della forma degli spermatozoi presenti nell'eiaculato. Qualora questi esami risultassero negativi, prima di diagnosticare un'infertilità inspiegata, risulta opportuno procedere con altre indagini più invasive che per la donna sono: l'isterosalpingografia; l'isteroscopia; il tampone vaginale e le indagini genetiche<sup>1</sup>. Gli ulteriori accertamenti richiesti al partner maschile sono: la spermicoltura; le analisi ormonali e le indagini genetiche<sup>2</sup>. Solo dopo aver compiuto tutti gli opportuni accertamenti si può parlare di infertilità inspiegata, diagnosi, questa, che per alcuni specialisti può celare fattori psicologici. Di fatto, per alcuni autori essa è anche definita come infertilità psicogena (Platt, Fischer e Silver, 1973; Kipper, Zigler-Shani, Serr e Insler, 1977).

#### **1.4 Conseguenze emotive dell'infertilità nella donna, nell'uomo e nella relazione di coppia**

La procreazione, comunemente considerata un processo naturale, genera un'esperienza negativa nelle donne e negli uomini che non riescono ad avere una gravidanza o a portarla a termine (Greil, 1997). Del resto, la genitorialità ha avuto sempre un ruolo importante nel ciclo della vita umana tanto che il mancato concepimento può rappresentare una vera e propria "crisi di vita" (Menning, 1980). L'esperienza dell'infertilità, dal punto di vista individuale, è stata descritta come un momento di preoccupazione che suscita difficoltà emotive e relazionali dovute sia alla diagnosi di

---

<sup>1</sup> L'isterosalpingografia consiste in un esame radiologico con il quale viene iniettato un liquido speciale, che consente di vedere e fotografare il tratto che dalla cavità uterina arriva alle tube. L'isteroscopia permette di individuare anomalie morfologiche e malformazioni all'interno della cavità uterina attraverso un sottile strumento munito di fibre ottiche. Il tampone vaginale serve per cercare un'eventuale infezione negli organi genitali. Infine, le indagini genetiche vengono effettuate per escludere la presenza di anomalie genetiche.

<sup>2</sup> La spermicoltura individua eventuali infezioni negli organi genitali, attraverso la ricerca di germi nel liquido seminale. Le analisi ormonali permettono di analizzare gli ormoni, attraverso analisi del sangue, che regolano le funzioni dei testicoli e dell'ipofisi, ovvero delle ghiandole preposte alla funzione riproduttiva maschile.

infertilità che ai suoi trattamenti. La coppia infertile accusa, infatti, importanti reazioni psicologiche che hanno un impatto negativo sulla qualità della loro vita e della loro relazione coniugale (Cousineau e Domar, 2007; Watkins e Baldo, 2004); e che richiamano vissuti simili a quelli del lutto, in cui “l'estinto è il bambino immaginario” (Soulè, 1982; Guerrini Degl'Innocenti, Frassine e Pazzagli, 1992; Stern, 1995; Righetti e Sette, 2000; Righetti, 2001), “fantasticato dall'infanzia e custodito nel mondo rappresentazionale” (Righetti e Luisi, 2007, p. 77).

I numerosi studi condotti su tale tematica mettono in evidenza la presenza di due filoni di ricerca. Il primo, prevalentemente di orientamento psicodinamico, ha considerato la psicopatologia come causa dell'infertilità mentre l'altro ha considerato l'esperienza dell'infertilità come fattore scatenante la psicopatologia (Greil, 1997). Afferiscono al primo filone: gli studi di Fassino (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni e Garzaro, 2002a; Fassino et al., 2002b) che evidenziano una maggiore vulnerabilità psicologica, soprattutto ansia, depressione e gestione della rabbia, ma anche sfiducia interpersonale in uomini e donne con infertilità funzionale rispetto alle coppie fertili; le ricerche che pongono l'accento sui maggiori livelli di ansia e insoddisfazione registrati nelle donne con infertilità funzionale (O'Moore, O'Moore, Harrison, Murphy e Carruthers, 1983; Demyttenaere, Nijs, Evers-Kiebooms e Koninckx, 1989); altri studi evidenziano poi una maggiore depressione (Kemeter, 1988) e una tendenza verso la somatizzazione (Schmidt, Wischmann e Gerhard, 1994) in donne con infertilità funzionale. Tale modello, definito anche dell'”infertilità psicogena”, trova la sua ragione di esistere ogni qualvolta ci si imbatte in una situazione di infertilità che si risolve spontaneamente (nascita di un figlio senza ricorso alla PMA dopo un lungo periodo di trattamenti medici o dopo un'adozione) o in seguito a una psicoterapia. I primi studi che si muovono in questa direzione cominciano a comparire intorno agli anni '70 e riguardano soprattutto lo sforzo di individuare la personalità della donna infertile - immatura/dipendente, mascolino/aggressiva, cronicamente tesa (Pasini, 1978). Da un esame della letteratura sulla ricerca degli eventuali fattori psicologici responsabili dell'infertilità (Scatoletti, 1996) emergono risultati disparati e contrastanti

per quanto attiene alle variabili: “tratti di personalità comuni” (Pasini, 1978; Mai, Munday e Rump, 1972; Paulson, Haarmann, Salerno e Asmar, 1988); “condizioni psicologiche ricorrenti” - ansia, depressione, *locus of control* esterno - (Downey e Mc Kinney, 1992; Platt, 1973); “accettazione e identificazione del ruolo femminile e della maternità” (Kipper et al., 1977; Slade, 1981).

Il secondo filone ha, invece, concentrato le proprie ricerche sulle conseguenze emotive che scaturiscono dalla condizione di infertilità. Secondo questi studiosi, l’esperienza dell’infertilità impone un profondo disagio emotivo, dal quale scaturirebbero lo stress psicologico e sociale che individuo e coppia sono costretti ad affrontare (Stoleru, Teglas, Spira, Magnin e Fermanian, 1996; Bringhenti, Martinelli, Ardenti e La Sala, 1997; Beutel et al., 1999). Questa ipotesi è stata, per certi versi, supportata anche da coloro che considerano l’infertilità al pari di una malattia psicosomatica (Kemeter, 1988; Facchinetti, Demyttenaere, Fiorono, Neri e Genazzani, 1992; Gallinelli et al., 2001); delineando l’impatto degli stati emotivi e della capacità di far fronte allo stress sul sistema neuroendocrino (Hendrick, Gitlin, Altshuler e Korenman, 2000), sul tasso di gravidanza (Domar et al., 2000) e sui risultati dei trattamenti di fecondazione assistita (Boivin e Takefman, 1995; Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan, Sieber e 2001). Secondo una prospettiva più integrata, invece, non si può operare una netta separazione tra cause ed effetti, tra fattori somatici e psichici, in quanto fortemente correlati tra loro (Wright, Allard, Lecours e Sabourin, 1989). Comunemente, nelle donne e negli uomini infertili, sono stati riscontrati tristezza, depressione, ansia (Herbert, Lucke e Dobson, 2010; Umezulike e Efezie, 2004; Ahmadi, Montaser-Kouhsari, Nowroozi e Bazargan-Hejazi, 2011), disperazione e rabbia (Ardenti et al., 1999). Il disagio emotivo acquista un peso sempre più grande nei cicli dopo il primo tentativo (Boivin e Takefman, 1995); le difficoltà psicologiche dipendono anche dalla capacità della coppia di far fronte a questa condizione (Schmidt, Holstein, Christensen e Boivin, 2005). Così, se ancora non è chiaro come i fattori psicologici possano determinare o contribuire alla condizione di infertilità, numerosi studi hanno, invece, dimostrato l’incidenza delle conseguenze psicologiche negli uomini e nelle donne infertili (Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni e

Koponen, 2010; Gao et al., 2013; Qi, Wei, Duan, Wang, Lv e Qi, 2008; Lansakara, Wickramasinghe e Seneviratne, 2011). Secondo Righetti (2001, p. 163) “l’uomo e la donna infertili mancano di una *possibilità evolutiva* non solo fisicamente, ma anche psicologicamente: questa *manca*za può inficiare il benessere e l’equilibrio psichico fino a portare a psicopatologia”.

## **2. I trattamenti dell’infertilità e le conseguenze psicologiche**

La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) comprende l’insieme di tutti quei trattamenti con i quali gli ovociti e/o gli spermatozoi vengono trattati, al fine di determinare il processo produttivo, laddove questo non riesce spontaneamente. Esistono, pertanto, diverse tecniche che vengono applicate a seconda del quadro clinico presentato dalla coppia e che, in Italia, si differenziano per il loro grado di invasività e complessità. Si distinguono, così, le tecniche di I livello e le tecniche di II e III livello.

### **2.1 Tecniche di I livello**

Le tecniche di I livello consistono in una fecondazione, che avviene all’interno del corpo della donna (fecondazione in vivo). Esse comprendono due tipologie di tecniche: la stimolazione dell’ovulazione e l’inseminazione. Nel primo caso si procede a un monitoraggio ecografico, volto a verificare i tempi dell’ovulazione, per sollecitare rapporti sessuali mirati. Nel caso in cui essa non si verifichi naturalmente, si può procedere alla somministrazione di farmaci, che stimolano l’attività delle ovaie e quindi la produzione dei follicoli. Nel momento in cui ci si trova di fronte a donne che soffrono di anovulatorietà cronica, ovvero nelle quali non si verifica un’ovulazione, si procede a un’induzione dell’ovulazione; differente è il caso di donne che soffrono di oligomenorrea, ovvero che ovulano più raramente del normale, con le quali si procede a una stimolazione dell’ovulazione. Per quanto riguarda l’inseminazione, tale tecnica prevede l’introduzione del seme maschile nel corpo della donna contemporaneamente al monitoraggio dell’ovulazione per favorire l’incontro

spontaneo nel corpo femminile dei due gameti. L'inseminazione, a sua volta, può essere distinta in omologa – quando il seme utilizzato è quello del compagno - e in eterologa – quando il seme proviene da un donatore. L'inseminazione, a seconda del tratto in cui è inserito il seme, si distingue inoltre in: inseminazione intravaginale (IVI); inseminazione intracervicale (ICI); inseminazione intrauterina (IUI); inseminazione intraperitoneale (IPI); inseminazione intratubarica (ITI). L'IVI è il tipo più semplice poiché consiste nel posizionamento dello sperma nella vagina ed è naturalmente usata quando nella donna non si registrano anomalie rispetto alla capacità riproduttiva. Con l'ICI, invece, il liquido seminale viene introdotto nel canale cervicale attraverso una cannula di circa 0.5 ml, affinché lo sperma possa farsi strada attraverso l'utero e le tube di Falloppio. Le possibilità di una gravidanza con tale tecnica sono stimate intorno al 3-4% delle coppie per ciclo di trattamento (Quartararo, Pastore e Benigni, 1996). La IUI consiste nel prelievo del liquido seminale, appositamente lavato, e trasferito nell'utero della donna, con un catetere flessibile così da raggiungere più facilmente l'ovocita, attraverso una modalità indolore per la paziente. Affinché, le percentuali di successo di tale tecnica aumentino (Massobrio e Revelli, 2003) è importante preparare precedentemente lo sperma (selezionare gli spermatozoi più dotati di motilità e con morfologia soddisfacente) e conoscere con precisione il momento dell'ovulazione. Con l'IPI, il liquido seminale viene posizionato all'interno della cavità addominale, nel cavo di Douglas, con un ago a farfalla, che punge il fondo della vagina. Si tratta di una tecnica che implica una minima invasività, un basso costo ma che non garantisce risultati maggiori rispetto alle altre tecniche meno impegnative. L'inseminazione intratubarica prevede l'introduzione del liquido seminale a livello delle tube a circa 36 ore dall'ovulazione. Le percentuali di successo connesse all'ITI sono di circa il 38-40% sotto i 35 anni.

## **2.2 Tecniche di II e III livello**

Le tecniche di II livello prevedono una manipolazione dei gameti femminili e maschili. Esse comprendono la Fecondazione in vitro ed embrio-transfer (FIVET), Trasferimento intratubarico di gameti (GIFT), Trasferimento intratubarico di zigoti (ZIFT), Trasferimento intratubarico di embrioni (TET) e Iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI). La FIVET è una procedura molto diffusa, anche se molto complessa, che si sviluppa all'incirca in quattro settimane attraverso varie fasi. Prevede l'incontro dello spermatozoo con l'ovulo al di fuori della sede fisiologica ed è indicata nei casi di danno tubarico, endometriosi, oligospermia grave e infertilità inspiegata (quando gli altri tentativi meno invasivi non hanno avuto successo). Durante la prima fase, si stimola una soppressione farmacologica della normale attività dell'ipofisi per impedire l'ovulazione per, quindi, spronare le ovaie a produrre più follicoli (attraverso ecografie e dosaggi dell'estradiolo) e recuperare contemporaneamente più ovociti da fecondare. Questi ultimi, in una fase successiva, vengono prelevati attraverso il pick-up – in anestesia locale o generale - ovvero attraverso l'inserimento di un ago sottilissimo nella parete della vagina. Segue poi una fase preparatoria, durante la quale gli ovociti vengono osservati per controllarne lo stadio di maturazione e, quindi, uniti agli spermatozoi mobili del partner per ottenere la fecondazione. Dopo due o tre giorni del pick-up, gli embrioni possono essere trasferiti nell'utero, attraverso un catetere inserito nel canale cervicale, fino ad arrivare all'utero. Le percentuali di parti per numero di transfer varia dal 20 al 25% (Massobrio e Revelli, 2003). Una delle più recenti tecniche di secondo livello è rappresentata dalla ICSI, che si differenzia dalla FIVET per il fatto che il singolo spermatozoo viene introdotto direttamente nel citoplasma dell'ovocita tramite un'apposita micro pipetta. Si usa nei casi di grave infertilità maschile o quando gli ovociti sono pochi o se la FIVET non ha avuto successo. Le tecniche di terzo livello includono le tecniche di micromanipolazione, il congelamento degli ovociti e dell'embrione, la diagnosi preimpianto con biopsia dell'ovocita e dell'embrione. Includono le tecniche di prelievi testicolari nei casi di azoospermia, o grave oligospermia maschile, e implicano l'Aspirazione Percutanea di Spermatozoi per via Testicolare (TESA), l'Estrazione di Spermatozoi

per via Testicolare (TESE), Aspirazione Microchirurgica di Spermatozoi dell'Epilidimo (MESA), Aspirazione Percutanea di Spermatozoi dall'Epilidimo (PESA). La GIFT prevede, attraverso una piccola incisione sull'addome, il trasferimento degli ovociti non fertilizzati e del liquido seminale nelle tube di Falloppio utilizzando uno strumento a fibre ottiche. La fecondazione avviene, quindi, "in vivo" e non "in vitro", a differenza della FIVET, rispettando maggiormente i tempi della inseminazione fisiologica ma necessita di un ricovero ospedaliero e di anestesia generale per via dell'esame laparoscopico. Tale tecnica è utilizzata nei casi di ipofertilità maschile, endometriosi, danno tubarico monolaterale, sterilità immunologica e infertilità inspiegata. Nei casi in cui la GIFT fallisca, si passa a una tecnica più complessa che prevede il trasferimento intratubarico di zigoti (ZIFT), o di embrioni, a un livello più avanzato di sviluppo (TET). Nelle procedure di PMA rientrano anche le tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni (Massobrio et al., 2003).

### **2.3 Conseguenze emotive dei trattamenti dell'infertilità nella donna, nell'uomo e nella relazione di coppia**

La Procreazione Medicalmente Assistita implica conseguenze psicosociali significative per i pazienti che vi si sottopongono. Di fatto, si tratta di soggetti sani, costretti a cure mediche che hanno delle ripercussioni sul funzionamento della loro persona, sulle relazioni di coppia, sessuali e sociali. Il trattamento clinico per l'infertilità si caratterizza per un'importante intrusività fisica e psicologica, che, in aggiunta, comporta un considerevole costo e tempi estremamente lunghi (Berg e Wilson, 1991; Brighenti et al., 1997; Schmidt, 2006; Verberg et al., 2008; Brandes et al., 2009; Boivin, Griffiths e Venetis, 2011). A livello fisico, alcune tecniche sono causa di dolore, come l'aspirazione degli ovociti o la biopsia testicolare. Non è ancora chiaro se a influire maggiormente sul vissuto psichico degli uomini e delle donne, sottoposti a trattamenti per l'infertilità, siano i fallimenti delle stesse o la diversa invasività delle procedure mediche previste dal trattamento.

I vissuti degli uomini e delle donne, nell'insieme dei trattamenti, mutano tenendo conto di diverse variabili. Tra queste assumono un certo peso la tipologia degli interventi, il momento del trattamento e la durata dello stesso, nonché la causa dell'infertilità e il genere. Prendendo in considerazione la variabile tempo, sono stati individuati momenti particolarmente stressanti per le donne tra cui le pause dei cicli di PMA, l'attesa per l'esito del trattamento, i vissuti dopo un ciclo di trattamento fallito o una gravidanza interrotta (Hammarberg, Astbury e Baker, 2001). In un altro studio è emerso che la fase iniziale delle terapie per l'infertilità è vissuta come fonte di ansia ma anche con ottimismo, dipendenza e idealizzazione nei confronti del medico e del centro al quale si sta facendo riferimento. Immediatamente dopo, quando cioè la coppia si riappropria delle personali responsabilità rispetto all'esito del trattamento, si riaccutizza l'ansia e si riduce l'ottimismo iniziale (Martinelli, 1999).

Durante il trattamento per l'infertilità, molti pazienti sottoposti a FIVET e ICSI riferiscono di sperimentare un certo livello di stress, che a distanza di sei mesi assume i connotati di ansia e depressione che finisce per interferire con la vita quotidiana (Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer e Kraaimaat, 2005b). Circa il 30% delle coppie abbandona il trattamento principalmente a causa di implicazioni psicologiche (Olivius, Friden, Borg e Bergh, 2004; Rajkhowa, Mcconnell e Thomas, 2006; Brandes et al., 2009; Domar, Smith, Conboy, Iannone e Alper, 2010; Boivin et al., 2011). I livelli di ansia e il funzionamento percettivo di donne infertili nelle fasi finali del trattamento FIVET, ovvero nel periodo compreso tra il prelievo ovocitario e il trasferimento embrionale, non risultano essere patologici (Ardenti et al., 1999) anche se le stesse risultano essere particolarmente coinvolte in questa esperienza. Interessante è, inoltre, osservare come le donne che hanno sperimentato un insuccesso, manifestano più frequentemente sintomi depressivi dopo la sospensione di un trattamento più intenso, rispetto a donne che avevano subito un trattamento meno invasivo (de Klerk et al., 2007). Vegetti Finzi sostiene che “non si tratta soltanto di *perdere* un bambino fantasticato o un figlio possibile, ma di restare a braccia vuote dopo un percorso a ostacoli

che ha promesso come premio di tanti sforzi la realizzazione di un progetto annunciato a lungo, pervicacemente perseguito” (Vegetti Finzi, 1997, p. 226). Viceversa, è emerso che laddove il trattamento produce un successo i vissuti negativi scompaiono, dimostrando che lo stress, la depressione e l’ansia sono maggiormente collegate alla minaccia del fallimento piuttosto che al trattamento (Verhaak et al., 2007).

Oltre al tipo di terapia risulta essere particolarmente importante, per valutare le conseguenze psicologiche dell’infertilità, anche la durata della “medicalizzazione” dell’infertilità (Lancastle e Boivin, 2005; Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi e Tarlatzis, 2006; Karlidere et al., 2008; Sohrabvand, Abedinia, Pirjani e Jafarabadi, 2008; Ebbesen et al., 2009). Secondo uno studio trasversale, il trascorrere del tempo sembra essere un fattore protettivo, così se gli uomini e le donne durante il primo anno di trattamenti e test diagnostici presentano maggiori sintomi depressivi e difficoltà interpersonali, nel corso del secondo anno lo stress emozionale decresce, probabilmente per un maggiore adattamento della coppia alle procedure. I vissuti negativi tornano a farsi sentire e nella maggior parte dei casi si intensificano a partire del terzo anno, ovvero dopo i numerosi fallimenti dei trattamenti (Berg e Wilson, 1991). Quindi, il tipo di processo e il tempo dello stesso possono influenzare i livelli di stress della donna e dunque la risposta della stessa alla stimolazione farmacologica, al numero dei follicoli ottenuto, al numero e alla qualità degli ovociti recuperati (Matthiesen, Frederiksen, Ingerslev e Zachariae, 2011), alla qualità degli embrioni e per gli uomini alla qualità dello sperma (Angelini et al., 2006; Karande, Morris, Chapman, Rinehart e Gleicher, 1999). Di contro, Boivin e Schmidt (2005) hanno riscontrato maggiori livelli di stress con il crescere del periodo dell’infertilità e del prolungamento dei trattamenti. I limiti di questi studi risiedono nella natura eterogenea degli uomini e delle donne sottoposte alla FIVET, alla ICSI o all’inseminazione intrauterina. Molto interessante è, inoltre, la differenza di genere e nello specifico la risposta dell’uomo alla condizione di infertilità e ai suoi trattamenti rispetto alla reazione emotiva

della donna. In realtà, i livelli di ansia e depressione nell'uomo risultano indipendenti dall'insuccesso al trattamento, dalla sua durata e dalla diagnosi ricevuta (Pook e Krause, 2005).

### **3. I vissuti emotivi dell'infertilità**

L'infertilità è stata considerata un'importante "crisi di vita" (Menning, 1980). La maggior parte degli studi hanno dimostrato che i partner, prevalentemente le donne infertili, presentano più alti livelli di depressione, ansia (Fassino et al., 2002a; Wischmann, Scherg, Strowitzki e Verres, 2009) e stress (Greil, 1997; Verhaak et al., 2007) rispetto ai gruppi di controllo. Del resto, il coinvolgimento emotivo della donna rispetto al desiderio di diventare madre è maggiore in confronto a quello degli uomini così come è maggiore l'ansia legata al percorso di procreazione medicalmente assistita che, a livello di trattamenti, coinvolge maggiormente le donne. Nonostante l'impatto emotivo negativo sia presente nel partner portatore della problematica fisica che genera infertilità, è importante sottolineare che le reazioni psicologiche sono legate ai contesti culturali di appartenenza. In questo modo, nei casi di coppie infertili che vivono in culture in cui si avvertono pressioni sociali alla procreazione, le reazioni emotive sono amplificate soprattutto nelle donne, per le quali la maternità sembra rappresentare una componente irrinunciabile. Parallelamente, le diverse risposte emotive degli uomini, nei casi di infertilità, possono essere determinate dal fatto che in molte culture permane l'idea che l'uomo non possa essere causa di infertilità (Inhorn, 2003) a discapito di quanto la ricerca scientifica abbia oggi ampiamente dimostrato ([www.fertilitas.it](http://www.fertilitas.it)).

#### **3.1 L'ansia**

In quest'ultimo ventennio, l'incremento del ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita ha contribuito ad ampliare la ricerca sull'argomento, anche e soprattutto agli aspetti legati alla dimensione dell'ansia che lo stesso implica. I risultati dei numerosi studi non sempre

concordano tra loro anche se è possibile affermare come esistano differenze significative nelle reazioni psicologiche maschili e femminili con una prevalenza di un maggior disagio psicologico, in particolare nell'ansia, delle donne rispetto agli uomini (Abbey, 2000; Greil, 1997; Henning e Strauss, 2002). Sebbene esista un numero inferiore di studi sull'esperienza dell'infertilità nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, alcune ottime ricerche hanno invece riportato come negli uomini, l'esperienza dell'infertilità, implichi un'alta incidenza di ansia (Ahmadi, Montaser-Kouhsari, Nowroozi e Bazargan-Hejazi, 2011; Folkvord, Odegaard e Sundby, 2005; Gao et al., 2013). Una sistematica rassegna della letteratura (Ying, Wu e Loke, 2015) ha analizzato 33 studi che hanno misurato il livello di ansia in uomini e donne infertili. Nonostante questi siano stati condotti con strumenti diversi (Depression, Anxiety and Stress Scale; Self-Rating Anxiety Scale; Beck Anxiety Inventory; Global Severity Index Subscale of the Brief Symptom Inventory; Hospital Anxiety and Depression Scale; State-Trait Anxiety Inventory)<sup>3</sup> tutti hanno evidenziato che le donne presentano più alti livelli di ansia rispetto agli uomini (Musa et al., 2014; Liu e Zhao, 2011; Sultan e Tahir, 2011; Brucker e McKenry, 2004; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Fatoye, Owolabi, Eegunranti e Fatoye, 2008; Slade, O'Neill, Simpson e Lashen, 2007; Edelman e Connolly, 2000; Karlidere et al., 2007). È inoltre interessante lo studio che, impiegando il Symptom Check-list-90, non ha rilevato alcun tipo di differenza di genere, per la dimensione ansia, tra uomini e donne che non si erano sottoposti a una consulenza psicologica, mentre l'ansia cresceva nelle donne che

---

<sup>3</sup> La Depressione, Anxiety and Stress Scale è uno strumento studiato e validato da Lovibond e permette nella versione italiana curata da Magri, di avere indicazioni sui livelli di stress, ansia e depressione. La Self-Rating Anxiety Scale prevede due scale praticamente sovrapponibili, una per l'autovalutazione, la *Self-rating Anxiety State - SAS* ed una per l'eterovalutazione, l'*Anxiety Status Inventory - ASI*. Una caratteristica della SAS è quella di contenere 5 item che esplorano, invece che la sintomatologia ansiosa, il benessere per ridurre il rischio che il paziente dia meccanicamente lo stesso punteggio a tutti gli item. Il Beck Anxiety Inventory è una scala affidabile, di facile e rapida compilazione, che prende in considerazione soprattutto i sintomi ansiosi con aspetti somatici che caratterizzano i disturbi d'ansia, ma anche quelli depressivi, ed il loro cambiamento in corso di terapia. Il Global Severity Index Subscale of the Brief Symptom Inventory è uno strumento di autovalutazione del distress psicologico che permette di misurare, come indice globale di psicopatologia, la Gravità Generale. L'Hospital Anxiety and Depression Scale è una scala molto semplice, composta da 14 item, che esplora tanto l'ansia generalizzata che la depressione, mantenendo divisi i due punteggi. La caratteristica principale della scala è di escludere dalla valutazione la sintomatologia somatica concentrando invece l'attenzione, per la depressione, sulla riduzione delle capacità edoniche, considerate gli indicatori più sensibili di questo disturbo. Lo State-Trait Anxiety Inventory si presenta suddiviso in due scale (Y1 e Y2), che valutano rispettivamente l'ansia di stato, tramite domande riferite a come il soggetto si sente al momento della somministrazione del questionario, e l'ansia di tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente.

ricercavano una consulenza (Wischmann, Scherg, Strowitzki e Verres, 2009). Altri due studi che hanno esaminato gli effetti del tempo sui livelli di ansia in uomini e donne infertili hanno riportato che a distanza di 6 mesi l'ansia nelle donne si presenta con un livello molto più alto che negli uomini (Anderson et al., 2003) ma che, con il passare del tempo, questa differenza si riduce (Edelmann e Connolly, 2000). È importante, inoltre, osservare come il livello di ansia sia differente negli uomini e nelle donne infertili, a seconda del momento di riferimento. Così, per esempio gli uomini presentano più alti livelli di ansia poco prima della raccolta spermatica e in attesa della risposta della fertilizzazione degli ovociti in laboratorio (Boivin et al., 1998); per la donna questi sono legati al fallimento del trattamento, quindi all'arrivo della mestruazione (Souter, Hopton, Penney e Templeton, 2002).

Una recente metanalisi (Fisher, Rowe e Hammarberg, 2012) ha identificato 73 studi che riportano dati inerenti il desiderio di paternità e gli aspetti psicologici e sociali della diagnosi, dei trattamenti con tecnologie di fecondazione assistita e dei trattamenti falliti in uomini con problemi di infertilità. Nonostante tali studi fossero differenti per concettualizzazione, disegno, setting e raccolta dati, le conclusioni a cui giungono sono sufficientemente coerenti: uomini fertili e infertili in età riproduttiva desiderano esperire la genitorialità in misura molto simile alle controparti femminili; la consapevolezza della diagnosi e l'intraprendere un trattamento sono spesso associati con elevati livelli di ansia "fertilità-specifica", mentre i trattamenti falliti possono portare a stati depressivi prolungati.

### **3.2 La depressione**

Uomini e donne che desiderano un figlio che non arriva spesso manifestano reazioni depressive, come il pianto, lo sconforto, il senso di impotenza, la delusione e la tristezza molto più che il campione normativo (Conrad, Scilling, Langenbuch, Haidl e Liedtke, 2001). In determinati casi, tali sintomi si accompagnano a un isolamento sociale, a un profondo senso di solitudine e a una

rivisitazione ossessiva degli eventi del passato quali possibili cause dell'attuale infertilità, che possono portare i partner infertili a un livello di depressione tale da dover ottenere un'attenzione clinica (Shapiro, 1988). La donna, inoltre, a differenza dell'uomo, deve fare i conti con il “fattore tempo”, poiché la sua vita riproduttiva presenta una scadenza più definita rispetto a quella del partner. La reazione depressiva, sia degli uomini che, in misura maggiore, delle donne che vivono l'esperienza dell'infertilità, può avere un carattere episodico, che si presenta in occasioni di fallimenti procreativi, o essere una “maledizione quotidiana” (Mahlstedt, 1985).

Anche se l'infertilità riguarda sia gli uomini che le donne in egual misura, la maggior parte degli studi ha dimostrato che le donne presentano maggiori disagi psicologici rispetto agli uomini con importanti effetti depressivi. Nello specifico, uno studio sulla letteratura compiuto da Ying (2015), ha mostrato che nella maggior parte dei 17 casi, analizzati con diversi strumenti<sup>4</sup>, le donne riportavano maggiori sintomi depressivi rispetto agli uomini. Le poche eccezioni in cui gli uomini avevano punteggi più alti di depressione dipendevano dal fatto che erano venuti a conoscenza di essere la causa di infertilità (Bak et al., 2012). Un altro studio tiene conto, per uniformare il campione, di uomini e donne che si trovano nella condizione di infertilità primaria, che avevano appena iniziato il primo ciclo di trattamenti per la procreazione medicalmente assistita e che erano sottoposti a procedure che non avevano particolari differenze di impegno fisico per gli uomini e per le donne (El Kissi et al., 2013). I risultati dello studio confermano che, nonostante sia presente un più alto punteggio di causa di infertilità maschile (50%), rispetto a quella femminile (21%), la popolazione femminile risulta maggiormente esposta a rischi depressivi rispetto alla popolazione maschile. L'intensità del trattamento può avere, invece, un effetto sulla risposta emotiva delle

---

<sup>4</sup> Un totale di 17 studi ha misurato la depressione di uomini e donne infertili usando diversi strumenti: il Beck Depression Inventory (Bak et al., 2010; Cserepes et al., 2013; Edelmann e Connolly, 2000; Galhardo et al., 2011; Gulec et al., 2011; Karlidere et al., 2007; Pinto-Gouveia et al., 2012; Sultan e Tahir, 2011); il Self-Rating Depression Scale (Liu e Zhao, 2011); il Depression, Anxiety and Stress Scale (Musa et al., 2014); il Brief Symptom Inventory (Brucker e McKenry, 2004); l'Hospital Anxiety and Depression Scale (Anderson et al., 2003; Fatoye et al., 2008; Slade et al., 2007); il Symptom Checklist (Wischmann et al., 2009) e il Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Maximova e Quesnel-Vallée, 2009)

donne, in caso di insuccesso: le donne sottoposte a un trattamento più intenso mostravano più frequentemente sintomi depressivi rispetto a donne che avevano subito un trattamento più lieve (de Klerk et al., 2007).

Secondo Pook e Krause (2005), la donna, più dell'uomo, a prescindere dall'esito del trattamento, dalla sua durata e dalla diagnosi ricevuta, durante l'esperienza dell'infertilità è più soggetta a fenomeni depressivi, che sembrano persistere a distanza di venti anni dalla sospensione del trattamento a causa di un esito negativo, tanto da inficiare la vita interpersonale e sociale (Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad e Lalos, 2007).

### **3.3 Lo stress**

Una volta appurata l'impossibilità procreativa in modo naturale, un'alta percentuale di coppie ricorre alla Procreazione Medicalmente Assistita per diventare genitori. Venire a conoscenza della propria infertilità, con l'aggiunta di dover intraprendere un percorso costoso (Mazure e Greenfeld, 1989) che richiede tempo, interferisce con la propria vita lavorativa (Bouwman et al., 2008) e implica procedure piuttosto invasive da un punto di vista fisico ed emotivo (Eugster e Vingerhoets, 1999), porta inevitabilmente a una condizione di stress. Più recentemente (Symonds, Stephenson, Gardner e Budge, 2007) è stato ipotizzato che lo stress avendo un'influenza sull'ovulazione, sull'impianto embrionale e sull'insufficienza placentare possa ostacolare la procreazione. Per Burton e colleghi (2007), infatti, elevati livelli di cortisolo, prodotti dallo stress, interferiscono con l'ovulazione e riducono la durata della fase luteinica impedendo, in quest'ultimo caso, l'impianto dell'embrione o il mantenimento della gravidanza. Altri studi hanno rilevato (Salvatore et al., 2001) come pazienti sottoposte a tecniche di fertilizzazione in vitro abbiano più alti livelli di ansia e maggiore stress rispetto a un gruppo di controllo, presentando maggiori livelli di cortisolo e di prolattina in circolo rispetto al gruppo fertile (Csemiczky, Landgren e Collin, 2000).

Prima di imbatteci nella letteratura sul tema è importante precisare come lo stress possa essere considerato all'interno di un modello maggiormente lineare (Selye, 1950) o secondo un modello transazionale (Lazarus, 1966). Con il primo modello si tenta di illustrare i fattori determinanti che inficiano la sfera biologica e, in questo caso, riproduttiva della coppia infertile; con la seconda prospettiva lo stress è considerato il risultato di un'interazione tra variabili disposizionali e situazionali, che produce effetti sul benessere psico-fisico dell'individuo. Secondo quest'ultima prospettiva, i livelli dello stress sono influenzati da un numero considerevole di variabili che hanno a che fare con le risorse adattive dell'individuo, l'eziologia dell'infertilità, la fase del trattamento, il tipo di trattamento, le possibilità economiche della coppia per affrontare le terapie, la durata dell'infertilità ma anche l'esito del trattamento. Tenendo conto di tali aspetti, da diverso tempo si sono studiati gli effetti stressanti che l'infertilità e il trattamento della stessa provoca nelle donne e negli uomini infertili. Da un'analisi dei vari lavori che si sono occupati di osservare la relazione tra stress e infertilità è emersa una certa eterogeneità (Klonoff-Cohen, 2005; Ying et al., 2015). Dalla prima rassegna è emersa una variabilità nel campione in termini di: età media (Klonoff-Cohen e Natarajan, 2004; Panagopoulou et al., 2006; Sohrabvand et al., 2008); numero di trattamenti (Merari, Feldberg, Elizur, Goldman e Modan, 1992; Anderheim, Holter, Bergh e Möller, 2005; Verberg et al., 2008); durata dell'infertilità (Lancastle e Boivin, 2005; Panagopoulou et al., 2006; Karlidere et al., 2008; Sohrabvand et al., 2008; Ebbesen et al., 2009), nell'eziologia dell'infertilità (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan e Sieber, 2001; Smeenk et al., 2001; Barzilai-Pesach, Sheiner, Sheiner, Potashnik e ShohamVardi, 2006) e fase del trattamento, all'inizio (Sanders e Bruce, 1999; Klonoff-Cohen et al., 2001; Verberg et al., 2008) o durante il trattamento (Milad, Klock, Moses e Chatterton, 1998). La seconda meta analisi (Ying et al., 2015) mette in risalto come invece siano stati adottati strumenti diversi dai diversi studi esplorati: il Fertility Problem Inventory (Bayley, Slade e Lashen, 2009; Cserepes, Kolla'r, Sa'py, Wischmann e Buga'n, 2013; Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia e Matos, 2013; Slade et al., 2007); il Depression, Anxiety and Stress Scale (Musa et

al., 2014) e il Brief Symptom Inventory (Brucker e McKenry, 2004). In genere gli studi citati, riportano un più alto livello di stress nelle donne rispetto agli uomini (Bayley et al., 2009; Cserepes et al., 2013; Galhardo et al., 2013; Slade et al., 2007; Musa et al., 2014; Brucker e Mackenry, 2004).

## **Riflessioni**

Il quadro in cui si collocano l'infertilità e le relative tecniche di procreazione medicalmente assistita è caratterizzato da questioni di ordine scientifico, etico, politico, morale, religioso ed economico. All'interno di una crescente domanda di trattamenti per l'infertilità, dovuti all'aumento del problema, la nascita di un figlio diventa materia sociale fino a trascurare quegli aspetti più intimi che riguardano squisitamente il singolo. I percorsi esistenziali, clinici ed economici di uomini e donne infertili sottoposti a fecondazione assistita sono emotivamente impegnativi. I trattamenti sono estremamente faticosi, sia per le conseguenze strettamente fisiche sia per lo sforzo di mettere continuamente in gioco e in mostra il proprio corpo. La frequenza con i reparti di maternità è dolorosa e l'infertilità, per alcuni, è sentita come una "vergogna". Durante il percorso, la relazione di coppia si modifica. Da queste dinamiche dipenderebbero anche significative differenze nella percezione della relazione con il coniuge. A fare da volano a un percorso irto di difficoltà è indubbiamente l'ansia per l'ignoto. L'attesa, sin da subito, diventa un fattore di criticità che implica insorgenza di stress, il controllo della sessualità e il disagio di sopportare il confronto sociale con conseguente isolamento della coppia. Così, se il primo approccio con il centro è investito di grande speranza, con il tempo le coppie, e in particolar modo le donne, iniziano a non vederlo più come un traguardo ma solo come l'inizio di un impegnativo cammino del quale non si conosce il termine. Il genere è una variabile discriminante soprattutto rispetto alle disuguaglianze dei trattamenti. Ma non è solo la fisiologia a creare delle discrepanze tra i vissuti degli uomini e delle donne che non riescono a concepire. Di fatto, le pressioni istintuali si combinano ai condizionamenti socioculturali determinando desideri e fantasie tra cui quello della genitorialità. Nella maggior parte dei casi ne

risulta una donna che esprime il bisogno imperante di generare e l'uomo che sostiene la propria compagna. Del resto, solo alla fine dell'Ottocento si ipotizza la possibilità di una percentuale di sterilità maschile, sottolineando che il concepimento fosse un "problema" che riguardava esclusivamente la donna. Così, se è vero che oggi è riconosciuto come entrambi i partner contribuiscono in egual misura a determinare le condizioni di infertilità, è ancora attuale la differenza di coinvolgimento degli uomini e delle donne nelle conseguenze delle difficoltà generative. Quest'ultime rimandano non solo alla sfera intima, dove i protagonisti devono fare i conti con il tema della perdita, ma anche a quella sociale, dove invece bisogna fronteggiare la questione della normalità. In linea con quanto sostenuto dalle teorie psicoanalitiche, sembra che l'uomo viva la perdita dell'idea di divenire padre come un fallimento personale con conseguenze sulla stima di sé e sulle relazioni sociali e intime. Per la donna, il desiderio di un figlio, non è un progetto, poiché ha carattere emotivo (Vegetti Finzi, 1997), la perdita che ne consegue assumerà pertanto, e prevalentemente, connotati depressivi e ansiosi. Altro aspetto sul quale vale la pena riflettere è la condizione di malattia che inevitabilmente il ricorso alla medicina rimanda. La figura del medico, che fa diagnosi e prescrive farmaci e terapie a uomini e donne infertili, suscita in questi ultimi domande legate al tema della patologia e della normalità. Sembra dunque che ci sia stata un'inversione del problema. Infatti, se anche partissimo dall'assunto che l'infertilità sia un problema fisico, resta il fatto che tale esperienza può essere meglio compresa in termini personali e sociali. Dobbiamo domandarci, in altri termini, quanto la medicalizzazione dell'infertilità sia essa stessa causa di disagio ovvero quanto possa porsi nel ruolo consolidato di "cura" dal momento che la diagnosi di infertilità viene fatta, non per la presenza di sintomi patologici, ma per l'assenza di uno stato desiderato. Pertanto, l'infertilità può essere considerata un prodotto sociale per il quale l'incapacità ad avere figli deve essere considerata come un vissuto problematico anziché come una condizione medica con conseguenze psicologiche. Del resto, anche se attraverso la procreazione medicalmente assistita si riuscisse a superare la "malattia" dell'infertilità, ne conseguirebbe la

nascita del figlio desiderato ma anche l'implicazione di aver amplificato il vissuto di fallimento generativo e il sentimento di patologia. Secondo Guerra e Di Giulio: "Il discorso medico – che è sviluppo di conoscenza – non sa dire nulla, sulla malattia, che possa aiutare il paziente a vivere questo momento della sua vita: da questo punto di vista, la medicina è solo azione e la sensibilità con cui il medico viene incontro alla domanda di aiuto sembra appartenere ad un campo e a delle risorse diverse da quelle della medicina." (Guerra e Di Giulio, 1989, p. 172).

## **CAPITOLO 2**

### **Risorse adattive in uomini e donne infertili**

#### **Premessa**

In questo capitolo, si farà riferimento alle meno esplorate risorse adattive della coppia infertile, necessarie per fronteggiare l'infertilità e i suoi trattamenti. Il dolore e lo stress, causati dal mancato concepimento, innescano nei partner l'attivazione di risorse per meglio gestire la "crisi di vita" provocata dall'infertilità, ovvero modalità attraverso le quali i soggetti interpretano gli eventi e li fronteggiano. Risultano quindi fondamentali lo stile di coping e la qualità della relazione sentimentale del soggetto e dei suoi legami in genere per far fronte alla tensione psicologica e fisica dell'infertilità. Così come in ogni situazione problematica, è possibile che l'infertilità possa offrire ai soggetti che vivono tale esperienza l'opportunità di riscoprire o di rafforzare la qualità del loro legame, ma anche il desiderio di attivarsi per ritrovare e scoprire nuove modalità efficaci per contenere la sofferenza. L'importanza di adottare strategie funzionali, per affrontare il trattamento, risulta indispensabile non solo per preservare il benessere psicofisico degli uomini e delle donne infertili, ma anche per influenzarne l'efficacia. Di fatto, alcuni studi, che hanno valutato quanto lo stato psicologico con il quale viene affrontato il protocollo di procreazione assistita ne condizioni la riuscita, hanno riscontrato differenze significative nel funzionamento emozionale all'inizio del trattamento in soggetti che ottengono risultati opposti (Slade, Emery e Lieberman, 1997).

#### **1. Strategie di coping e infertilità**

L'infertilità e il suo trattamento sono eventi particolarmente stressanti. In letteratura sono stati studiati diversi fattori che possono influenzare le reazioni all'infertilità. Tra questi ricordiamo le strategie di coping (Benyamini, Gozlan e Kokia, 2009; Gourounti, Anagnostopoulos e Vaslamatzis, 2010b; Mahajan et al., 2009; Lykeridou et al., 2009; Verhaak et al., 2005a; Verhaak et al., 2005b) che nell'esperienza dell'infertilità sono considerate dei fattori moderatori dello stress più studiati e maggiormente efficaci. In genere, i vari studi che vanno in questa direzione sono concordi nel sostenere che le strategie di coping più indicate per affrontare lo stress generato dall'infertilità, per le sue conseguenze e per i suoi trattamenti, sono quelle attive e focalizzate sul problema piuttosto che quelle volte all'evasione o alla negazione del problema (Gourounti, Anagnostopoulos e Vaslamatzis, 2010a). Ci sono altre ricerche che mettono in evidenza come le strategie di coping, volte alla risoluzione del problema o all'espressione emotiva dello stesso, correlino positivamente con esiti favorevoli della fecondazione in vitro (Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi e Tarlatzis, 2006; Rapoport-Hubschman, Gidron, Reicher-Atir, Sapir e Fisch, 2009).

### **1.1 Il coping**

Il coping indica l'insieme delle strategie di adattamento messe in atto da un individuo per fronteggiare situazioni stressanti. Si tratta, in altri termini, di meccanismi emotivi, cognitivi e comportamentali adottati dalle persone al fine di affrontare situazioni potenzialmente dannose. Tale concetto è stato introdotto da Lazarus nel 1966 per descrivere, dopo un evento stressante, cosa un individuo fa (coping attivo) o come vi si adatta (coping passivo) per fronteggiarlo. Per Zani e Cicognani (1999) esistono tre diversi stili di coping più o meno funzionali che possono essere utilizzati dai soggetti: 1) le strategie di coping centrate sul problema o strumentali, con le quali gli individui tentano di cambiare le circostanze per eliminare il problema; 2) le strategie di coping centrate sulle emozioni o palliative, con le quali i soggetti cercano di ridurre le emozioni negative derivanti dalla situazione problematica; 3) le strategie di coping passive o orientate all'evitamento,

con le quali gli individui non affrontano il problema e si impegnano in altre attività. A priori, non esistono strategie più efficaci poiché il loro impatto sul problema dipende anche dalla possibilità che ha la fonte di stress ad essere modificata o meno. Anche se, a lungo termine, laddove la fonte dello stress possa subire variazioni, risulta più adattiva la strategia legata all'approccio, tipica dei soggetti che percepiscono un maggior senso di controllo (Atala e Carter, 1993; Stanton e Snider, 1993). Secondo una prospettiva ciclica e cumulativa del repertorio delle strategie di coping del soggetto (Lazarus, 1966), risulta rilevante partire dalla valutazione cognitiva delle situazioni considerate stressanti per l'individuo, per poi osservare le reazioni di disagio e, quindi, le risorse personali e sociali a disposizione del soggetto per arrivare ad analizzare le risposte adattive messe in atto dall'individuo con gli esiti a breve e a lungo termine delle stesse. Per Frish (2001) i fattori di coping o i fattori di immunità, contro l'insorgenza depressiva sono: adeguate competenze relazionali, ottimismo, estroversione, elevata autostima e autoefficacia, presenza di supporto sociale di amici intimi o confidenti e alta frequenza di eventi piacevoli. Nell'ambito della salute, uno dei principali fattori di coping, oltre al ruolo giocato dal sostegno sociale proveniente dalla famiglia e dalla capacità del singolo di darsi delle spiegazioni cognitive, è indubbiamente rappresentato dal controllo. Con tale termine si intende l'attitudine, più o meno presente nel soggetto, di predire e padroneggiare la propria vita e il proprio ambiente e, quindi, la convinzione, ad esempio, di controllare personalmente il proprio benessere psicofisico, assumendo comportamenti sani. Partendo dagli studi di Rotter (1996) sulla dimensione di internalità ed externalità del *locus of control*, diverse ricerche hanno dimostrato che i soggetti con un *locus of control* interno attribuiscono responsabilità alle proprie azioni che sono, dunque, in stretta relazione con i risultati che ne seguono e con gli eventi della vita. Gli individui con un *locus of control* esterno si percepiscono in balia degli eventi esterni, per cui non ritengono di poter influenzare e padroneggiare le situazioni o i problemi, attribuendo potere agli altri o al caso e alla fortuna. Altri studi (Prochaska, Norcross e Di Clemente, 1994) hanno osservato come non sia sufficiente, per

preservare e migliorare il benessere, un senso di controllo, poichè acquista importanza anche il valore attribuito dall'individuo allo stesso. Inoltre (Monaci e Frosio, 2003), è da considerare come in caso di una patologia i soggetti "interni" possano aver un vissuto di colpevolezza rispetto alla stessa, anche se poi hanno un adattamento migliore alla condizione di malattia, rispetto agli "esterni", che l'attribuiscono al caso o alla sfortuna. Alcuni autori, così, anziché parlare di *locus of control* interno ed esterno, danno importanza al costrutto di "impotenza appresa" e di *self efficacy*. Il primo, studiato da Seligman (1975) per spiegare processi depressivi, implica l'attribuzione di esiti positivi all'esterno e di esiti negativi all'interno. La *self efficacy*, studiata da Bandura (1996), descrive un individuo responsabile le cui credenze consapevoli lo porteranno a una mobilitazione e attivazione delle risorse emozionali, comportamentali e cognitive, sia per modificare le proprie condotte, sia per perseverare gli sforzi compiuti, nonostante eventuali fallimenti. Per altri studiosi, un'importante modalità adattiva per fronteggiare lo stress è rappresentata dalla resilienza. Tale termine, mutuato dalla fisica ed esteso anche alle scienze sociali, indica la proprietà di alcuni materiali di assumere una nuova forma e di resistere a urti improvvisi senza rompersi. Per resilienza si intende, quindi, la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi e aumentando le proprie risorse (Oliverio Ferraris, 2003). Per Malaguti (2005), corrisponde al potenziamento delle proprie risorse, a seguito di eventi stressanti, con una riorganizzazione positiva della vita. In questi termini, con resilienza non si intende una semplice resistenza passiva o capacità di sopravvivenza ma la più ampia prospettiva di integrare l'esperienza vissuta, se pur difficile, per costruire un futuro con maggiori possibilità.

## **1.2 Il coping in soggetti infertili**

Partendo dalle precedenti osservazioni, non è sempre facile riuscire a determinare il livello di stress provocato dalla condizione di infertilità, poiché la stessa può produrre scenari con tante diversità che dipendono da molte variabili tra cui citiamo il genere, il tempo, le risorse della coppia, la

tipologia d'infertilità e i trattamenti che ne derivano. In linea generale, sia gli uomini che le donne sono molto coinvolti dalla situazione che stanno vivendo e dalle conseguenze che essa comporta, ma, a fronte dello stress generato dal fallimento procreativo, gli uomini e le donne rispondono in modo differente all'infertilità e al relativo trattamento (Greil, 1997). Così, mentre le donne hanno un forte desiderio di avere un bambino e gli uomini sembrano maggiormente concentrati sul vissuto del fallimento sociale di non divenire genitori (Hjelmstedt et al., 1999), le risposte emotive sono diverse a seconda del genere. Le donne arrivano a considerare il problema dell'infertilità con effetti diretti (Greil, 1997) al pari di gravi malattie o di eventi vitali estremamente negativi (Andrews, Abbey e Halman, 1992; Domar, Zuttermeister e Friedman, 1993). Gli uomini, invece, subiscono le ripercussioni negative delle loro compagne (Greil, 1997) e reagiscono all'infertilità così come farebbero per qualsiasi altro problema. A conferma di ciò (Andrews, Abbey e Halman, 1991), si è visto come le donne manifestino maggiore ansia e dolore immediatamente dopo un esito negativo del trattamento, mentre gli uomini un maggiore sconforto quando devono affrontare le loro compagne dopo l'insuccesso del trattamento (Milne, 1988). Da qui emergono strategie di coping differenti messe in atto dagli uomini e dalle donne. In genere, le donne si percepiscono come meno capaci e adottano uno stile meno distaccato rispetto agli uomini anche se, per altri versi, non si registrano particolari differenze tra uomini e donne nella risposta all'infertilità (Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha, e Matos, 2012). Secondo quanto già accennato, le strategie di coping centrate sull'evitamento rappresentano le azioni meno adattive per fronteggiare lo stress legato all'esperienza dell'infertilità, al contrario di quelle finalizzate alla ricerca del sostegno sociale. Il coping volto all'evitamento sembra correlare positivamente non solo con l'aumento dello stress percepito ma anche con la sintomatologia depressiva (Peterson, Newton, Rosen e Skaggs, 2006a). Nello specifico, le donne adottano, più spesso, strategie di colpevolizzazione e di evitamento anche se più propense alla ricerca di informazioni e di supporto sociale, con il risultato di riportare più alti punteggi di depressione, ansia e stress e più bassi livelli di benessere. Altri studi hanno riscontrato

che le donne sono più propense ad adottare strategie focalizzate sulle emozioni (Jordan e Revenson, 1999), mentre gli uomini utilizzano più facilmente quelle orientate al significato della vita (Cserepes et al., 2013). Per altri studiosi, invece, non ci sono differenze statisticamente significative in uomini e donne infertili rispetto alle strategie di evitamento, di orientamento al problema e alle emozioni (Musa et al., 2014), di auto colpevolizzazione, richiesta di aiuto e razionalizzazione (Liu e Zhao, 2011). La discrepanza che a volte si registra nei vari studi, che hanno voluto analizzare le strategie di coping adottate dagli uomini e dalle donne, dipende anche dal prendere o meno in considerazione alcune variabili particolarmente influenti, quali il numero di trattamenti. Così, per esempio, il primo trattamento è affrontato sia dagli uomini che dalle donne con un certo spirito ottimistico (Collins, Freeman, Boxer e Tureck, 1992). La percezione positiva che gli uomini e le donne, durante il primo trattamento, manifestano nei confronti del mondo medico, e quindi la maggiore *compliance* che ne deriva, rappresenta una strategia di coping vincente per preservare il benessere psicofisico di entrambi. La situazione si complica quando “dopo un percorso ad ostacoli che ha promesso come premio di tanti sforzi la realizzazione di un progetto annunciato e a lungo, pervicacemente perseguito” (Vegetti Finzi, 1997, p. 226), il figlio desiderato non arriva. Di fronte al risultato negativo, la coppia riesce, generalmente, a ritrovare le forze per richiedere un nuovo trattamento, tuttavia le risorse adattive subiscono dei cambiamenti. Così, solo le donne che mantengono strategie di coping attive, nonostante il fallimento del trattamento, manifestano un maggior benessere psicologico (Hynes, Callan, Terry e Gallois, 1992). Con un paragone dell’infertilità a malattie oncologiche e generative, del resto, Agnello afferma: “nelle patologie dove il fallimento è alto, le risorse cognitive escono frustrate dalle basse percentuali di riuscita che connotano le tecniche utilizzate e questo vale tanto per la fecondazione assistita quanto per l’oncologia o per la cura delle malattie degenerative” (Agnello, 2005, p. 29). Altra variabile che genera una differenza nella reazione allo stress in uomini e donne infertili è la causa stessa dell’infertilità. Così, sembra che percepirsi fisiologicamente sani possa costituire un fattore

protettivo (Souter, Hopton, Penney e Templeton, 2002) innescando risorse di coping più attive. Di fatto, le donne con infertilità inspiegata o non diagnosticata presentano migliori livelli di benessere rispetto a quelle che hanno ricevuto una diagnosi di infertilità. Quando è l'uomo la causa dell'infertilità sono frequenti le reazioni di evitamento, il rifiuto e il distanziamento o comunque una serie di meccanismi di coping meno efficaci rispetto a quelli della donna (Peterson, Newton, Rosen e Shulman, 2006b). Del resto, gli uomini infertili, rispetto a un campione di uomini sani, presentano maggiormente alessitimia poichè incapaci di riconoscere e descrivere i propri stati d'animo (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl e Liedtke, 2001). Molto interessanti sono anche gli studi volti a indagare la ricerca del supporto sociale per fronteggiare lo stress connesso all'esperienza dell'infertilità. Così, se la maggior parte delle indagini non ravvisa una differenza significativa tra l'analisi del supporto sociale tra uomini e donne infertili, altri lavori hanno dimostrato che le donne avanzano maggiori richieste di aiuto rispetto agli uomini (Abbey, 2000; Greil, 1997). Ma, soprattutto, il supporto richiesto dalle donne alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza risulta essere inversamente correlato con il livello di stress. Tale nesso non è presente negli uomini, che invece beneficiano meglio di richieste di informazioni legate all'infertilità (Gibson e Myers, 2002; Mahajan et al., 2009). Questi studi trovano ulteriore conferma in altri lavori che hanno dimostrato che, laddove la percezione del supporto sociale è insoddisfacente, maggiore è la probabilità di incorrere in una sintomatologia depressiva e ansiosa (Lechner, Bolman e Van Dalen, 2007). Risulta, inoltre, che un importante fattore protettivo, contro lo stress legato all'infertilità, sia la resilienza che sembra essere associata alla migliore qualità di vita di donne e uomini infertili (Hermann et al., 2011; Bensimon, 2012). Büyükaşık-Colak e colleghi (2012) sostengono che gli individui con alta resilienza hanno più probabilità di utilizzare strategie di coping orientate al problema che, a loro volta, portano a una riduzione di atteggiamenti di impotenza appresa e di incremento di *self efficacy*. Inoltre, e non da ultimo, il sostegno sociale può

rappresentare un precursore della crescita personale, influenzando i comportamenti di coping (Schaefer e Moos, 1998).

## **2. Infertilità e relazione di coppia**

Un secondo fattore che può assumere le vesti di moderatore dell'ansia, dello stress e della depressione in soggetti infertili è rappresentato dalla qualità del rapporto di coppia. La ricerca ha dimostrato che la qualità del rapporto coniugale è un significativo previsore della felicità e del benessere complessivo, mentre la scarsa qualità matrimoniale è associata a numerosi problemi familiari e sociali (Aldous e Ganey, 1999; Ren, 1997; Bradbury, Fincham e Beach, 2000). Così, risulta importante il supporto del partner all'interno della relazione, laddove uomini e donne cominciano a vedere frustrato il legittimo desiderio di allargare la famiglia e sempre più sfumate le rappresentazioni mentali sulla loro famiglia futura con figli (Tambelli e Zavattini, 1996). L'incoraggiamento da parte di medici della riproduzione alla maggiore attività sessuale, tuttavia, può minare l'armonia relazionale della coppia (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein e Ganiats, 2004), la cui intesa può ridursi e l'incontro divenire non più l'obiettivo ma lo strumento necessario per ottenere la gravidanza. Lo "sciopero del piacere" (Auhagen-Stephanos, 1993, p. 53) può essere, infatti, una delle immediate conseguenze di una sessualità coatta e prescritta. Secondo alcuni autori, in realtà, le difficoltà sessuali della coppia infertile rappresenterebbero solo l'espressione di problematiche già presenti all'interno della relazione (Auhagen-Stephanos, 1993). Secondo altri autori, infatti, altre coppie vivono l'esperienza dell'infertilità come un'opportunità di crescita che può portare a nuove modalità di comunicazione e di problem solving (Ferreira, Antunes, Duarte e Chaves, 2015). Del resto, solo un numero esiguo di coppie infertili arriva a conflitti insanabili, con

conseguente separazione, mentre la maggior parte rafforza la soddisfazione coniugale (Malcom e Cumming, 2004).

## **2.1 La relazione sentimentale in uomini e donne infertili**

Diversi studi hanno confermato l'importanza del supporto emotivo del partner come fattore moderatore dello stress connesso all'infertilità. Una forte coesione diadica sembra infatti proteggere dall'insorgenza di vissuti depressivi e ansiosi, soprattutto nel caso in cui il trattamento abbia un esito negativo (Newton, Hearn e Yuzpe, 1990; Gibson e Myers, 2002). Così, se c'è concordanza tra i vari studiosi nel ritenere che un buon rapporto di coppia possa essere un elemento di supporto per il benessere e per meglio fronteggiare lo stress da infertilità, i vari studi hanno riportato risultati contrastanti tra le conseguenze dell'infertilità e la relazione di coppia. Se per alcuni studiosi esiste una stabilità della relazione di coppia nonostante la diagnosi di infertilità (Sydsjo, Ekholm, Wadsby, Kjellberg e Sydsjo, 2005), per altri non sono presenti discrepanze tra le coppie infertili e le coppie fertili rispetto alla loro soddisfazione coniugale (Wischmann, Scherg, Strowitzki e Verres, 2009). Ci sono poi lavori che riportano un più basso punteggio della soddisfazione coniugale delle coppie infertili rispetto alle coppie di controllo (Monga et al., 2004; Wang et al., 2007). L'infertilità è stata associata a problemi e conflitti coniugali e ha gravi implicazioni per il benessere mentale e sociale di coloro che ne sono coinvolti. Questo può essere problematico poiché il rapporto coniugale è considerato come la fonte più importante di sostegno nel contesto del trattamento dell'infertilità. Anche altri lavori (Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi e Zayeri, 2006; Hirsch e Hirsch, 1989) hanno rivelato che uomini e donne infertili sperimentano una maggiore insoddisfazione con se stessi e lo stress legato all'infertilità e al suo trattamento, riportando effetti negativi sulla relazione sia direttamente che indirettamente. All'interno di questa discrepanza è molto interessante notare che per altri lavori è emerso come i problemi legati all'infertilità siano addirittura benefici per rafforzare il legame di coppia, costringendo quest'ultima a confrontarsi e comunicare maggiormente (Holter,

Anderheim, Bergh e Moller, 2006; Schmidt, Holstein, Christensen e Boivin, 2005; Greil, Leitzo e Porter, 1989). Sulla stessa linea, altri autori (Chachamovich et al., 2009; Schmidt et al., 2003; Greil, 1997) hanno, di fatto, dimostrato come l'infertilità possa rappresentare una condizione di vita stressante che accomuna i partner e che rende più stretto il sostegno reciproco, sia da un punto di vista emotivo che cognitivo. I diversi risultati ottenuti possono essere giustificati dal peso che altre variabili importanti potrebbero avere sulla soddisfazione coniugale. Pertanto, è necessario comprendere meglio la qualità del rapporto coniugale nella condizione di infertilità con un attento esame dei fattori a essa associati. Così, per esempio, la variabile "genere" sembra giocare un peso importante sulla percezione degli aspetti della relazione coniugale dopo la diagnosi di infertilità, tanto che risulterebbe un minor adattamento in donne infertili rispetto a quelle fertili mentre non si registrerebbero differenze significative tra uomini fertili e uomini infertili (Shek, 1995; Terry e Scott, 1987). Inoltre, la soddisfazione diadica e il consenso diadico nelle donne infertili sembrerebbero correlare negativamente con la durata della relazione con il partner (Abbey, 2000). C'è anche chi sostiene che l'adattamento coniugale è tanto più alto quanto congruente è la percezione del livello di stress determinato dall'esperienza dell'infertilità (Peterson, Newton e Rosen, 2003). Inoltre, la soddisfazione della relazione coniugale dell'individuo infertile correla con altre caratteristiche quali lo stato socioeconomico (Conger, Conger, Elder e Lorenz, 1990), la personalità (Chen et al., 2007), la salute mentale (Afifi et al., 2009), la comunicazione (Ting-Toomey, 1983) e la durata del matrimonio (Karney e Bradbury, 1995). Ma, soprattutto, la soddisfazione coniugale di una coppia infertile subirà o meno delle variazioni a seconda della modalità relazionale preesistente nella stessa. Così, la diagnosi di infertilità, in coppie caratterizzate già da forme di comunicazioni disfunzionali, origina ulteriori problemi con differenze a seconda del genere. Le donne più colpite dalla diagnosi tendono a esprimere un più alto livello di stress, ansia e depressione rispetto agli uomini. Tale discrepanza produce conflitti coniugali e insoddisfazione

sessuale (Andrews et al., 1991; Jordan e Revenson, 1999; Adashi et al., 2000; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver e Coddington, 2011).

## **2.2 La sessualità in uomini e donne infertili**

Se la qualità della relazione di coppia può risultare simile tra le coppie infertili e le coppie fertili, nei casi di difficoltà di concepimento è più facile registrare un deterioramento della relazione sessuale. La vita sessuale, inevitabilmente, risente delle conseguenze dell'esperienza dell'infertilità (Testa e Graziottin, 2006). La perdita della spontaneità, con la prescrizione medica del rapporto sessuale, sebbene non comporti problemi psicosessuali (Slade et al., 1997), comunque implica delle difficoltà sessuali e una più bassa soddisfazione in uomini e donne infertili rispetto al gruppo di controllo (Drosdzol e Skrzypulec, 2008). Molto spesso, è stato riportato sia da uomini che da donne infertili un desiderio sessuale ipoattivo (Moro et al., 2003), con la conseguenza di una riduzione dei rapporti sessuali e del piacere percepito dal momento in cui la coppia riceve la diagnosi di infertilità (Carter et al., 2011). Nel passato, gli studi condotti avevano riportato una differenza di genere rispetto alla percezione della soddisfazione sessuale. Così, se per gli uomini la soddisfazione sessuale correla in modo statisticamente più significativo con la soddisfazione relazionale rispetto alle donne (Kollock, Blumstein e Schwartz, 1985), la sessualità femminile è più spesso subordinata al desiderio di gravidanza (Bianchi-Demicheli, Medico, Lucas e Chardonens, 2003). Inoltre, gli uomini, che generalmente tendono a nascondere le emozioni negative, manifestano una maggiore ansia da prestazione nel rapporto sessuale (Peterson, Newton e Feingold, 2007), mentre le donne che hanno intrapreso un percorso di PMA e che sono sottoposte a delle cure ormonali, vanno incontro, spesso, a mutamenti fisici che condizionano a loro volta il loro modo di percepire il desiderio sessuale. Così, sono state trovate differenze di genere statisticamente significative, indipendentemente dal fatto che la causa dell'infertilità fosse legata a un fattore maschile, a un fattore femminile o a un fattore non spiegato (Lee, Sun e Chao, 2001). Altri lavori hanno invece

dimostrato che nonostante le coppie infertili abbiano una soddisfazione sessuale più scadente rispetto alle coppie fertili, non hanno riportato delle differenze significative tra i partner femminili e maschili (Sultan e Tahir, 2011; Wischmann et al., 2009). Secondo un altro studio (Pasch e Christensen, 2000), la letteratura porta a sostenere che l'infertilità non provoca né problemi relazionali né problemi sessuali (Daniluk, 2001; Hjelmstedt et al., 1999; Schmidt et al., 2005; Sydsjö, Ekholm, Wadsby, Kjellberg e Sydsjö, 2005). Nello specifico, il fatto di parlare delle problematiche legate all'infertilità da parte degli uomini nei confronti della loro partner rafforzerebbe addirittura il legame (Webb e Daniluk, 1999). La discordanza dei risultati di questi studi ha suggerito che altre variabili possano giocare un ruolo importante nel determinare l'impatto dell'infertilità nella relazione sessuale della coppia. Tra questi, sembrerebbe acquisire un certo peso il contesto socioculturale. Così, in Gambia, dove la stabilità coniugale è già un problema, l'infertilità rappresenterebbe un'ulteriore minaccia (Soundby, 1997). In genere, si può affermare che laddove il concepimento acquista un ruolo determinante per l'economia e la cultura del paese, l'infertilità può avere un maggiore impatto negativo sull'intimità della coppia.

### **3. Modelli di attaccamento e infertilità**

Un'ulteriore risorsa che funge da moderatore dello stress associato alla condizione dell'infertilità è indubbiamente un buon legame di attaccamento. Il sistema comportamentale di attaccamento ha come obiettivo principale la protezione da possibili minacce e si esplicita attraverso la ricerca del contatto con il caregiver. Diversi studi condotti sugli animali hanno dimostrato che nei momenti di vicinanza tra la madre e il piccolo si produce un ormone, l'ossitocina, definito "ormone del legame" che è un neuropeptide breve che determina un abbassamento della risposta dello stress e intensifica le funzioni immunitarie (Liu et al., 1997). "I modelli di attaccamento rappresentano", inoltre, "delle strategie di regolazione affettiva particolarmente complesse che permettono di comprendere i legami tra le rappresentazioni mentali nelle relazioni intime, i pattern di regolazione e la

psicopatologia” (Mirizio et al., 2011, p. 73). Così, nel caso di un attaccamento sicuro è possibile, attraverso lo sviluppo di capacità metacognitive, riflettere sulla propria esperienza e sugli stati mentali degli altri. Di contro, nell’attaccamento insicuro permane un disorientamento circa se stessi e gli altri e anche, soprattutto nei soggetti “preoccupati”, uno stress soggettivo elevato a prescindere dalla reale gravità della situazione esterna, così come un incremento della percezione di sintomi fisici, ai quali le persone con attaccamento ansioso danno un significato catastrofico e di grave minaccia per la propria salute (Meredith, Strong e Feeney, 2005; Meredith, Strong e Feeney, 2006).

### **3.1 Il modello di attaccamento**

La teoria dell’attaccamento, proposta da Bowlby (1973), mette in luce due sistemi comportamentali che mirano a mantenere l’individuo in equilibrio con l’ambiente esterno e che sono finalizzati alla riduzione dello stress: il sistema di fuga (in condizioni di pericolo) e il sistema di attaccamento (legato al bisogno di cura e protezione). Bowlby arrivò a definire l’attaccamento come “...quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un’altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa molto evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure” (Bowlby, 1988, p. 25). Il sistema di attaccamento è regolato dal modello operativo interno, che si costituisce nel primo anno di vita del bambino, e che “...sotto alcuni aspetti particolari può essere considerato equivalente al tradizionale concetto psicoanalitico di oggetto interno, costituisce un insieme di norme coscienti e/o inconscie che consentono di organizzare l’informazione relativa all’attaccamento. E’ quindi definibile come schema cognitivo-affettivo delle relazioni complementari tra il Sé e le sue figure di attaccamento” (Ortu, 1995, p. 161). Il lavoro di Bowlby è integrato dagli studi condotti dalla Ainsworth (1967), in relazione al concetto di “sicurezza” che il bambino ha per il suo caregiver. Tale “base sicura” è determinata dalla sensibilità di colui che si

prende cura del bambino attraverso il riconoscimento dei suoi bisogni specifici e la scelta di una risposta adeguata a essi. La valutazione dell'attaccamento può essere effettuata con diverse procedure che tengono conto dell'età del soggetto. Tra queste ricordiamo: la *Strange Situation* che è utilizzata per bambini di età compresa tra i 12 e i 18 mesi, al fine di individuare quanto il bambino riesca a mettere in atto comportamenti di attaccamento ed esplorativi in condizioni di un moderato stress (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978). Con tale procedura di valutazione è possibile distinguere tre tipi di attaccamento caratterizzati da una strategia "organizzata" di comportamento: Sicuro-Autonoma (B), Evitante (A) e Resistente/Ambivalente. Successivamente, Main e Solomon (1990) hanno individuato un quarto stile di attaccamento: Disorganizzato/Disorientato (D) caratterizzato da comportamenti contraddittori messi in atto in rapida successione e contraddistinti da perdita dell'orientamento, senso di estraneazione oppure congelamento.

Per gli adulti lo strumento adottato per valutare il modello di attaccamento è l'Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1985) che consiste in un'intervista semistrutturata, la quale mira a rilevare le rappresentazioni mentali (MOI) che la persona ha, attualmente, circa le esperienze di attaccamento, vissute durante l'infanzia, in relazione alle figure primarie. Quello che ne risulta sono delle classificazioni degli stati della mente che possono essere: sicuro/autonoma (F), insicuro/distanziante (Ds) e insicuro/preoccupato (E), (Hesse, 2008). A una di queste tre classificazioni "organizzate" può o meno essere aggiunta un'ulteriore classificazione che si riferisce allo stato della mente "disorganizzato", irrisolto/disorganizzato per una perdita o un Abuso (U/d) e Impossibile da Classificare (CC), (Hesse e Main, 2000).

### **3.2 Modelli di attaccamento in uomini e donne infertili**

Il legame di attaccamento nelle relazioni intime assume tutta la sua importanza nel rapporto di coppia che è costretto a confrontarsi con delle difficoltà tra cui l'impossibilità di concepire. Nonostante l'infertilità rappresenti un fattore di stress, che inevitabilmente attiva il modello di

attaccamento, non sono molti gli studi che hanno esplorato tale relazione. Tra questi meritano di essere citati due lavori israeliani (Mikulincer e Florian, 1998; Amir, Horesh e Lin-Stein, 1999) secondo i quali uomini e donne con attaccamento sicuro presentano meno disturbi e una più alta soddisfazione coniugale rispetto agli individui infertili con attaccamento distanziante e preoccupato che, di contro, presentano maggiori disagi psichici e minori consensi diadici. Secondo tali autori, inoltre, l'attaccamento sicuro può aiutare gli individui infertili all'uso di strategie costruttive di coping. Del resto, nell'attaccamento insicuro, l'altro da sé è percepito come inaffidabile o rifiutante, comportando una riduzione della ricerca di aiuto e maggiori modalità di evitamento (Vogel e Wei, 2005) "...al bambino, in assenza di un sostegno regolativo della madre è continuamente richiesto di controllare i suoi stati fisiologici e affettivi. Questo stile di coping auto-diretto compromette gli scambi del piccolo con il suo ambiente e persino la sua motivazione ad interagire con il mondo" (Tambelli, Speranza, Trentini e Odorisio, 2010, p. 495). Un interessante studio (Donarelli et al., 2012) ha messo in evidenza come lo stile di attaccamento influenzi, in modo significativo, lo stress legato all'infertilità e la reazione rispetto alla diagnosi di infertilità con le opportune conseguenze sull'adattamento alla situazione e alla relazione con il proprio partner. Nello specifico, uno stile di attaccamento insicuro (ambivalente ed evitante) incrementa i livelli di stress da infertilità mentre uno stile sicuro risulta essere un fattore protettivo soprattutto laddove la coppia decida di sottoporsi al faticoso trattamento dell'infertilità potendo, di fatto, beneficiare del sostegno del partner percepito come base sicura. Analogamente, si è visto come l'attaccamento preoccupato sia un fattore predittivo del disagio psicologico nelle coppie che si sottopongono a tecniche di fecondazione di II e III livello (Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin e Demyttenaere, 2010). Un altro lavoro (Bayley, Slade e Lashen, 2009) ha dimostrato come lo stile di attaccamento influenzi in modo diverso le reazioni degli uomini e delle donne infertili, poiché gli uomini dimostrano maggior stress legato all'infertilità solo se presentano uno stile di attaccamento ansioso, mentre nelle donne alti livelli di stress sono ugualmente presenti sia con uno stile preoccupato, sia con uno stile

distanziante. I lavori fin qui presentati suggeriscono che, in uomini e donne sottoposti a trattamenti per l'infertilità, i livelli di stress e di ansia, così come la qualità della relazione di coppia, siano influenzati dallo stile di attaccamento.

## **Riflessioni**

L'esperienza dell'infertilità è descritta come un momento di incertezza emotiva, di speranza e di euforia e caratterizzata da una routine di attività incentrate sulla possibilità della gravidanza, incluse frequenti visite mediche, esami e terapie. Così, sebbene la maggior parte dei ricercatori abbia rifiutato l'idea che la psicopatologia sia una causa importante dell'infertilità, c'è un accordo nel ritenere che l'infertilità produca stress e che lo stress a sua volta inibisca la fertilità. A fronte delle difficoltà, gli individui con difficoltà generative riescono più o meno ad adattarsi. La capacità di fronteggiare al meglio tale esperienza negativa sembra dipendere dallo stile di coping, dalla relazione coniugale, dalle risorse sociali e dai modelli di attaccamento. In altri termini, si può affermare che le convinzioni che gli individui hanno di se stessi e degli altri, percepiti come più o meno affidabili, possano essere importanti per determinare il modo in cui si sperimenta uno stress a lungo termine. In questo spazio può trovare posto una "Psicologia dell'Infertilità" che, senza addentrarsi nella patologia, può garantire l'attivazione delle giuste risposte adattive nei soggetti coinvolti, partendo dai loro vissuti. È importante che il supporto psicologico sia attento a prendere le distanze dalle cure psicopatologiche al fine di non aggiungere lo stigma dei disturbi mentali a quello del fallimento generativo. L'importanza di sostenere psicologicamente gli uomini e le donne infertili, all'interno di una visione olistica del problema, sembra trovare riscontro nella vasta letteratura sull'argomento. Oltre al fatto che soggetti infertili (Righetti, 2001), supportati nella loro condizione di stress e perdita, riescono più frequentemente ad ottenere una gravidanza rispetto a coloro che non si sottopongono a consulenza, gli individui che beneficiano di un supporto

psicologico sono meno isolati, aperti agli altri e hanno una relazione più positiva con il medico e le altre figure professionali del centro di Procreazione Medicalmente Assistita.

Il mancato concepimento è un evento luttuoso, la gestione del quale non può essere delegata ai soli soggetti, isolandoli ulteriormente. “Riteniamo utile che nei percorsi di procreazione medicalmente assistita si creino spazi in cui sia possibile, pur nella frenesia del *fare* che le procedure mediche impongono, aiutare la coppia a prendere contatto con il proprio mondo interno [...] solo così la coppia può attingere alle proprie risorse, recuperare la consapevolezza delle scelte e rendersi protagonista e responsabile di ogni passo compiuto” (Righetti e Luisi, 2007, p. 202). All’interno di tale condizione, occorre, inoltre, considerare come accanto alle imprescindibili considerazioni scientifiche e psicologiche, giocano un ruolo fondamentale la componente culturale e le conseguenze politiche, ideologiche e operative che ne derivano. Solo all’interno di una riflessione poliedrica sul tema dell’infertilità possono emergere reali spazi di accoglienza dei vissuti di uomini e donne che presentano difficoltà a concepire. È necessario, in altri termini, restituire responsabilità all’individuo, contestualizzando nel suo ambiente, rispetto a scelte e desideri.

## **CAPITOLO 3**

### **La valutazione psicologica in uomini e donne sottoposti a PMA**

#### **Premessa**

È stato ampiamente dimostrato come l'infertilità e il suo trattamento provochino sentimenti di depressione, ansia, rabbia, tristezza, isolamento sociale in uomini e donne che sono costretti ad affrontare lo stress della difficoltà a generare un bambino (Valoriani, 2011; Righetti e Luisi, 2007). Di fatto, anche se la maggior parte degli studi sono stati condotti sulle donne, gli uomini, ugualmente, mostrano risposte all'infertilità con un'alta incidenza di ansia, depressione, stress, alessitimia e bassa autostima. Tuttavia, non sempre i risultati degli studi sugli effetti psicologici sull'infertilità sono concordi, data l'eterogeneità dei campioni. Così, se la maggior parte dei soggetti infertili soffre per l'impossibilità di concepire, alcuni di essi riescono ad affrontare più adeguatamente tale condizione e quindi a migliorare il loro livello di soddisfazione emotiva. Alcuni lavori hanno suggerito che le abilità di coping, il supporto sociale e alcuni tratti di personalità sono considerati determinanti per definire le risposte emotive dei soggetti infertili (Verhaak et al., 2005a; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer e Kraaimaat, 2005b) e possono pertanto rappresentare dei

fattori di protezione alla diagnosi di infertilità e al suo trattamento (Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi e Tarlatzis, 2006; Rapoport-Hubschman, Gidron, Reicher-Atir, Sapir e Fisch, 2009).

Sulla scia di quanto già presente in letteratura, la presente ricerca si propone come uno studio ulteriore volto a indagare i livelli di ansia, depressione e stress in uomini e donne che hanno ricevuto una diagnosi di infertilità, e che stanno cercando di avere un figlio tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il presente lavoro si è altresì concentrato a valutare le risorse adattive eventualmente presenti nei soggetti infertili, per affrontare la crisi di vita che stanno vivendo.

Uomini e donne infertili sono stati così sottoposti a una serie di strumenti atti a determinare non solo la possibile presenza di uno stato ansiogeno, rischio depressivo e vissuti di stress, ma anche a valutare il modello di attaccamento, il modo in cui la percezione della relazione sentimentale viene percepita e le strategie di coping utilizzate per far fronte all'inevitabile stress che la situazione scatuisce.

## **1. Obiettivi**

Sulla base delle premesse teoriche e dei contributi di ricerca precedentemente delineati, con il presente lavoro, ci si propone di esplorare i livelli di ansia di stato e di tratto, il rischio depressivo, i livelli di stress in soggetti infertili. Si è altresì voluto esplorare se tali condizioni psicopatologiche si presentino in maniera diversa in uomini e donne. Inoltre, sono stati indagati la percezione della vita di coppia, lo stile di coping e il modello di attaccamento di uomini e donne infertili, poiché considerati correlati alle risposte emotive dei soggetti infertili. Si è, ancora, ritenuto interessante esplorare come il numero di trattamenti potesse avere un certo peso sui livelli di stress, ansia e rischio depressivo. Ci si è inoltre concentrati sulle risposte emotive alla diagnosi d'infertilità di donne e uomini infertili in base alla responsabilità del mancato concepimento, ma anche sullo stile di coping, e la percezione della vita sentimentale in soggetti uomini piuttosto che in soggetti donne.

Nello specifico con il presente lavoro si è voluto esplorare:

- 1) L'eventuale influenza del genere su:
  - l'ansia di stato, di tratto, il rischio depressivo e i livelli di stress nell'infertilità;
  - la qualità della relazione di coppia e le strategie di coppia.
- 2) L'eventuale influenza del genere e del numero dei trattamenti su:
  - l'ansia di stato, di tratto ed il rischio depressivo;
  - lo stress da infertilità.
- 3) L'eventuale influenza del genere e dell'età su:
  - l'ansia di stato, di tratto ed il rischio depressivo;
  - lo stress da infertilità.
- 4) L'eventuale influenza del genere e della causa dell'infertilità su:
  - l'ansia di stato, di tratto ed il rischio depressivo;
  - lo stress da infertilità.
- 5) L'eventuale influenza del modello di attaccamento su:
  - i vissuti emotivi nell'infertilità;
  - la qualità della relazione di coppia e le strategie di coppia.
- 6) L'eventuale influenza del genere e del modello di attaccamento su:
  - l'ansia di stato, di tratto ed il rischio depressivo;
  - lo stress da infertilità.
- 7) La relazione tra l'ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo con la qualità della relazione di coppia e le strategie di coping.
- 8) La relazione tra lo stress legato all'infertilità con la qualità della relazione di coppia e le strategie di coping.
- 9) La relazione tra l'ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo con lo stress legato all'infertilità.

10) La relazione tra il modello di attaccamento con l'ansia di stato, di tratto, il rischio depressivo e lo stress legato all'infertilità.

11) La relazione tra il modello di attaccamento con la qualità della relazione di coppia e le strategie di coping.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Procedura**

Hanno preso parte allo studio uomini e donne con problemi di infertilità contattati in due centri di infertilità privati e in un centro di analisi cliniche di Roma, presso le quali i soggetti si erano recati per ricevere una diagnosi e/o intraprendere un trattamento di PMA, e fare accertamenti diagnostici.

Le cliniche all'interno delle quali è stata condotta la ricerca sono state il Centro per l'Infertilità e la Riproduzione Assistita, *Biofertility*, e il Centro Studi *Genesis*, entrambe a Roma e dirette dal Professore Claudio Manna e il Laboratorio Prenete. La scelta dei diversi contesti ha avuto come obiettivo il reperimento di un campione eterogeneo, soprattutto per il genere visto che presso il Laboratorio Prenete si recano, per quanto riguarda il tema dell'infertilità, prevalentemente uomini al fine di svolgere particolari esami diagnostici.

Sono stati innanzitutto contattati i vari centri, con una lettera di presentazione della ricerca, in cui sono stati illustrati gli obiettivi e con la quale è stata richiesta la disponibilità relativa allo svolgimento della ricerca in questione presso gli stessi centri, chiarendo i tempi, le modalità e gli strumenti.

Una volta ottenuto il consenso, la ricerca è stata condotta rispettando un preciso setting per quanto riguarda sia il luogo che il tempo di somministrazione. Ogni centro ha messo, di fatto, a disposizione una stanza con le caratteristiche della riservatezza e dell'esser raccolta al fine di offrire ai soggetti, che avrebbero aderito alla ricerca, un contesto protetto per esprimere liberamente i vissuti emotivi legati al doloroso tema dell'infertilità. Per quanto riguarda la somministrazione, per

ogni soggetto sono stati fissati tre appuntamenti, ognuno dei quali ha avuto la durata di circa un'ora. I dati sono stati raccolti in un arco di tempo di 3 anni (2013-2016). Il primo incontro ha avuto lo scopo di creare un iniziale contatto con l'individuo. Il soggetto è stato, quindi, invitato a compilare il consenso informato per partecipare allo studio (vedi Appendice 1), con la garanzia della confidenzialità delle informazioni attraverso l'anonimato.

Inoltre, i soggetti sono stati invitati a compilare i seguenti strumenti self-report, descritti più avanti (vedi Appendice 2): *State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y* (STAI-Y1 e STAI-Y2, Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs, 1983; validazione italiana, Pedrabissi e Santinello, 1989); *Edinburgh Depression Scale* (EDS, Cox, Holden e Sagovsky, 1987; validazione italiana, Benvenuti, Ferrara, Niccolani, Valoriani e Cox, 1999); *Fertility Problem Inventory* (FPI, Newton, Hearn, e Yuzpe, 1990); *Dyadic Adjustment scale* (DAS, Spanier, 1976; validazione italiana, Gentili, Contreras, Cassaniti e D'Arista, 2002); *Questionario sulla vita di coppia* (Solano et al., 2012); *Coping Orientation to Problem Experience-New Italian Version* (COPE-NVI, Sica et al., 2008); e una *short interview*, creata per l'occasione, per delineare un profilo del soggetto.

I soggetti sono stati incontrati una seconda volta per la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI, George, Kaplan e Main, 1985).

Il terzo appuntamento ha avuto gli scopi di offrire un feedback ai soggetti, rispetto a quanto emerso dagli incontri precedenti e permettere loro di esprimere verbalmente il vissuto, non solo riguardo alla compilazione dei questionari e alla somministrazione dell'intervista ma anche, e soprattutto, rispetto a qualche aspetto di rilievo legato all'esperienza dell'infertilità.

## **2.2 Il campione**

Il campione è composto da 36 soggetti infertili (21 donne e 15 uomini), non legati tra di loro da una relazione sentimentale. Tutti i partecipanti hanno più di 18 anni, un'alfabetizzazione sufficiente per completare il protocollo di valutazione, sono di nazionalità italiana e sono in trattamento per la loro

condizione di infertilità. Dai primi dati emersi, analizzando le caratteristiche del campione, è possibile trarre degli interessanti spunti di riflessione (vedi tabella 1).

a) *Età*. Il range di età del campione va dai 34 ai 49 ( $M = 40,86$ ;  $ds = 4,0$ ). L'età media delle donne è di 39,3 anni con una deviazione standard di 2,6 mentre gli uomini hanno una media di 43 anni con una deviazione standard di 4,7.

Il campione è stato suddiviso in tre gruppi per fasce d'età : < 35 anni; 35- 40 anni; > 40 anni. Tale distinzione è stata operata sulla base delle differenti possibilità procreative connesse all'età, possibilità che decrescono progressivamente (Belloc et al., 2008). Intorno ai 35 anni, infatti, una donna normalmente fertile ha la probabilità mensile media di rimanere incinta del 10%, mentre a 40 anni è ridotta al 5% (Croon, 2008).

b) *Professione*. Per quanto riguarda la condizione lavorativa, alcune ricerche hanno dimostrato come il tipo di lavoro e il numero delle ore lavorative possano influenzare la possibilità del concepimento (Mínguez-Alarcón, Mendiola, Roca, López-Espín e Torres-Cantero, 2012). Inoltre, tenendo conto che le competenze professionali e le condizioni di vita più agiate influiscono come mediatori, aumentando o diminuendo lo stress del trattamento (Blenner, 1990), si è tenuto conto della variabile della professione. Il campione risulta per il 5,6% disoccupato mentre per il 94,4% occupato (75% impiegato; 19,4 libero professionista). I soggetti disoccupati sono esclusivamente donne.

c) *Stato civile*. Nel campione i soggetti risultano per il 41,7% conviventi e per il 58,3% coniugati. Tale distinzione può essere utile al fine di rilevare il tipo di orientamento che questi soggetti hanno in merito alla costituzione di un proprio nucleo familiare. Il campione si distribuisce in maniera omogenea rispetto allo stato civile: gli individui sposati risultano avere una frequenza analoga a quella dei conviventi.

d) *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, Anagnostopoulos e Vaslamatzis, 2010a). Ipotizzando che il livello di istruzione influenzi il grado di comprensione e consapevolezza delle procedure inerenti a un percorso di PMA, la 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. All'interno del campione vi è 1 soggetto con la sola licenza media; 5 soggetti con il diploma superiore e 30 soggetti con il diploma di laurea. Gli uomini e le donne del campione, dunque, non si distribuiscono uniformemente nei tre gruppi relativi al livello di istruzione. Di fatto, sia gli uomini sia le donne, si presentano con una frequenza maggiore nel gruppo di coloro che hanno conseguito un diploma di laurea e con una frequenza minore nel gruppo di coloro che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore e inferiore. La distribuzione del campione non è uniforme all'interno di questi quattro raggruppamenti ma presenta delle differenze statisticamente significative ( $\text{Chi}^2_{(2)} = 41,167$ ;  $p < .01$ ). Questo dato induce alla considerazione che la maggior parte dei soggetti infertili ha avuto gli strumenti per comprendere sin dall'inizio i vari aspetti di cui si compone questo tipo di percorso.

*e) Modello di attaccamento.* Rispetto al modello di attaccamento, vista l'esiguità del campione, è stata operata una classificazione tra sicuri e insicuri. Da qui risultano 20 soggetti sicuri e 16 soggetti insicuri che ripartiti in base al sesso sono: 8 soggetti uomini sicuri; 12 soggetti donne sicuri; 7 soggetti uomini insicuri e 9 soggetti donne insicuri. La ripartizione della disorganizzazione vede 30 soggetti organizzati e 6 soggetti disorganizzati di cui, questi ultimi, 3 donne e 3 uomini.

*f) Numero di trattamenti.* Alcuni lavori hanno studiato la relazione tra i livelli di ansia e di depressione relativi alla durata dell'infertilità (Ramezanzadeh et al., 2004). Nel presente lavoro, si è voluto tener conto del numero di trattamenti. A tal proposito non è stato considerato un trattamento la fase di monitoraggio e di accertamento diagnostico mentre sono stati considerati trattamenti sia le terapie farmacologiche sia una tecnica di PMA vera e propria (IUI, FIVET e ICSI). Le frequenze del numero di trattamenti per i soggetti del campione sono raffigurate nella tabella 1: si tratta di

differenze statisticamente significative ( $\text{Chi}^2_{(3)} = 12,889$ ;  $p < .01$ ), ove le percentuali più elevate si riscontrano in presenza di due trattamenti.

g) *Causa dell'infertilità*. Tenendo conto dei criteri adottati in letteratura (Holter, Anderheim, Bergh e Moller, 2007), gli individui sono stati suddivisi in relazione al tipo di diagnosi ricevuta: mista (N = 26; 72,2%); femminile (N = 8; 22,2%); maschile (N = 2; 5,5%). 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 differenti modalità di fronteggiamento del problema, come evidenziato anche dalla letteratura sul tema (Ramezanzadeh et al., 2004; Holter et al., 2007; Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni e Garzaro, 2002a; Fassino et al., 2002b). La distribuzione del campione non è uniforme all'interno di questi tre raggruppamenti ma presenta delle differenze statisticamente significative, con le percentuali più elevate che si riscontrano nelle diagnosi di tipo misto.

**Tabella 1-** *Dati sociodemografici e relativi all'infertilità del campione di ricerca*

Soggetti	Età			Totale
	< 35 anni (%)	35 – 40 (%)	> 40 anni (%)	
Donne	2(5,6%)	8(22,2%)	11(30,6%)	21(58,3%)
Uomini	0(0%)	6(16,6%)	9(25%)	15(41,7%)
<b>Totale</b>	2(5,6%)	14(38,9%)	20(55,6%)	36(100%)
Soggetti	Livello di Istruzione			Totale
	Licenza media(%)	Diploma(%)	Laurea(%)	
Donne	2(5,6%)	15(41,7%)	4(11,1%)	21(58,3%)
Uomini	0(0%)	12(33,3%)	3(3,3%)	15(41,7%)
<b>Totale</b>	2(5,6%)	27(75%)	7(14,4%)	36(100%)
Soggetti	Stato Civile		Totale	
	Convivente(%)	Coniugato(%)		
Donne	10(27,8%)	11(30,6%)	21(58,3%)	
Uomini	5(13,9%)	10(27,8%)	15(41,7%)	
<b>Totale</b>	15(41,6%)	21(58,4%)	36(100%)	
Soggetti	Modello di attaccamento		Totale	

	Sicuro(%)	Insicuro(%)			
<b>Donne</b>	12(33,3%)	9(25%)			21(58,3%)
<b>Uomini</b>	8(22,2%)	7(19,4%)			15(41,7%)
<b>Totale</b>	20(55,6%)	16(44,4)			36(100%)
Soggetti	Numero trattamenti				Totale
	1(%)	2(%)	3(%)	4(%)	
<b>Donne</b>	5(13,9%)	11(30,6%)	3(3,3%)	2(5,6%)	21(58,3%)
<b>Uomini</b>	3(3,3%)	7(19,4%)	3(3,3%)	2(5,6%)	15(41,7%)
<b>Totale</b>	8(22,2%)	18(50%)	6(6,6%)	4(11,2%)	36(100%)
Soggetti	Causa Infertilità			Totale	
	Mista(%)	Femminile(%)	Maschile(%)		
<b>Donne</b>	15(41,7%)	5(13,9%)	1(2,8%)	21(58,3%)	
<b>Uomini</b>	11(30,6%)	3(3,3%)	1(2,8%)	15(41,7%)	
<b>Totale</b>	26(72,2%)	8(22,2%)	2(5,6%)	36(100%)	

## 2.3 Strumenti

### RACCOLTA DI DATI SOCIODEMOGRAFICI E RELATIVI ALL'INFERTILITÀ

- **Short interview:** intervista strutturata al fine di rilevare i seguenti dati: a) Sesso; b) Età; c) Livello di istruzione; d) Professione; e) Stato civile; f) Tipo di infertilità; g) Assenza/Presenza di figli; h) Tipo di diagnosi; i) Tipologia di trattamento attuale; l) Numero di trattamenti.

### VALUTAZIONE DELL'ATTACCAMENTO

- **AAI** (George et al., 1985): intervista semistrutturata che consente di valutare e classificare le rappresentazioni mentali degli adulti relative alle relazioni di attaccamento vissute nell'infanzia con i propri genitori. L'intervista ha la durata media di un'ora ed è interamente audio registrata. In un momento successivo viene trascritta, al fine di analizzare e codificare le modalità con le quali il soggetto organizza il racconto della propria storia sul piano affettivo e cognitivo, che assumono una grande importanza al fine della classificazione. La valutazione del modello di attaccamento avviene sia

analizzando le descrizioni generali di tali relazioni sia lo stato della mente al momento attuale rispetto alle rappresentazioni delle esperienze connesse all'attaccamento.

Nell'intervista è presente una serie di domande, volta a indagare eventuali esperienze di perdita di figure significative sia nell'infanzia sia in età adulta. La stessa consente anche di esplorare eventuali abusi fisici o sessuali semmai accaduti nella storia del soggetto. La modalità con la quale l'intervistato descrive e riflette sulle sue esperienze di attaccamento e sulle relative conseguenze, determina la collocazione in una delle tre categorie "organizzate" dell'AAI - sicuro/autonomo (F); distanziante (DS); preoccupato (E) – che implica l'utilizzo di specifiche strategie nel monitoraggio del discorso e del ragionamento ma anche una precisa coerenza o meno del discorso. L'intervista prevede anche l'assegnazione di altre due codifiche – irrisolto nei confronti di traumi o lutti (Ud); non classificabile (CC) – che si applicano solo quando nell'intervista si verifica il fallimento delle strategie di monitoraggio del pensiero e del discorso attraverso indici di disorganizzazione e/o quando non predomina una strategia organizzata poiché più strategie organizzate si alternano.

Gli individui classificati con attaccamento sicuro (F), durante l'intervista, parlano delle relazioni valorizzando l'attaccamento e considerandolo importante, anche se conservano una certa obiettività nel descrivere le esperienze accadute nel passato con le proprie figure di accudimento. La narrazione appare alla fine piuttosto coerente e, soprattutto, mostra consapevolezza dell'intervistato. Gli individui classificati come distanzianti (Ds) presentano un racconto nel quale è forte il tentativo di prendere le distanze dalle relazioni di attaccamento o verso quelle esperienze che, per loro natura, potrebbero far riemergere pensieri relativi all'attaccamento. I trascritti dei soggetti distanzianti sono per tanto caratterizzati da: mancanza di ricordi e/o da un'idealizzazione delle relazioni di attaccamento e da un'insistenza sulla propria normalità, indipendenza e forza.

I soggetti preoccupati (E) presentano nei loro racconti ancora rabbia e coinvolgimento con le figure di attaccamento, attraverso una modalità confusa, vaga e prolissa. Nei trascritti degli intervistati preoccupati sembra inoltre che sia presente ancora un invischiamento con la relazione delle figure di accudimento o con esperienze spaventanti coinvolgenti uno e entrambi i genitori.

Gli individui classificati come irrisolti/disorganizzati rispetto a un Lutto o a un Trauma (Ud) mostrano trascritti disorganizzati e disorientati quando raccontano di perdite o di abusi subiti. Affinché possa essere aggiunta tale categoria, alla classificazione principale (F, Ds, E) è importante non solo che si sia verificato un lutto o un abuso sessuale e/o fisico ma che l'intervistato al momento del racconto riporti questi accadimenti con evidenti errori nel controllo del ragionamento e/o del discorso.

Si attribuisce invece la categoria "Impossibile da Classificare" (CC) quando nessuno stato mentale rispetto all'attaccamento è predominante.

#### VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA

- **STAI-Y1 e STAI-Y2** (Spielberger et al., 1983; validazione italiana, Pedrabissi, Santinello, 1989): questionario volto a individuare e misurare l'ansia. Lo strumento si compone di 40 item, su scala Likert, a 4 punti ai quali i soggetti devono rispondere in termini di intensità (da "quasi mai" a "quasi sempre"). Le 40 domande presenti nel questionario si dividono in 2 scale, ciascuna composta da 20 item finalizzati alla misurazione dell'ansia di stato e di tratto (Spielberg et al., 1983):

- *l'ansia di stato (Y1)* può essere definita come un temporaneo stato emozionale che si manifesta attraverso una sensazione soggettiva di tensione, nervosismo, apprensione o preoccupazione. L'ansia di stato, generata da una precisa situazione percepita come minacciosa, comporta l'attivazione del sistema nervoso autonomo, con un immediato stato di insicurezza e sensazioni dolorose e disturbanti;

- *l'ansia di tratto (Y2)* rappresenta una caratteristica maggiormente stabile della personalità, che implica una percezione costantemente minacciosa dei vari stimoli, i quali attivano l'individuo, con la conseguenza di un atteggiamento comportamentale particolarmente reattivo a una varietà significativa di situazioni simbolizzate come pericolose.

Poiché ogni item può essere valutato da 1 a 4 punti, ogni scala può avere un punteggio compreso tra 20 e 80. La somministrazione dello STAI-Y porta dunque alla determinazione di un punteggio per la scala dell'ansia di stato e un punteggio per la scala dell'ansia di tratto. Entrambi sono confrontati con dei range stabiliti a priori e specificatamente: manifestazione Bassa (20-40); Moderata (41-60); Elevata (61-80). *Il cut-off*, ovvero il punteggio dal quale è possibile considerare ansiosa la manifestazione del soggetto, è pari a 41. I punteggi grezzi possono essere trasformati in punti *z*, in punti *T* e in ranghi percentili attraverso le tabelle presenti nel manuale.

Il coefficiente di affidabilità ( $\alpha$  di Cronbach), facendo riferimento a un campione normativo di uomini e donne, è 0,91 per la STAI Y1 e 0,90 per STAI Y2. Il tempo di somministrazione è di 20 minuti circa.

- **EDS** (Cox et al., 1987; validazione italiana, Benvenuti, Ferrara, Niccolari, Valoriani e Cox, 1999): questionario di autovalutazione formato da 10 item su una scala Likert a 4 punti, dove viene chiesto ai soggetti di scegliere tra quattro possibili risposte (da “quasi sempre” a “per niente”) quella che corrisponde meglio allo stato d'animo provato durante gli ultimi sette giorni al fine di indagare la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi. In particolar modo vengono analizzati sintomi quali: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà del sonno, pensieri di farsi male. Il punteggio (0-3) varia in modo crescente per la gravità del sintomo indagato e il punteggio minimo e massimo sono rispettivamente 0 e 30. Per individuare i

soggetti a rischio per la sintomatologia depressiva, nella versione italiana viene fissato un *cut-off* di 8/9, mentre nell'*assessment* clinico la soglia sale a 12/13 per le condizioni depressive più severe.

Lo strumento non è utilizzato come test diagnostico, poiché per fare diagnosi di depressione è necessaria un'accurata valutazione clinica, ma risulta essere molto utile come test di screening. L'EDS è stato, ed è, adoperato inizialmente nel *postpartum*, dove prende il nome di *Edinburgh Post-partum Depression Scale* (EPDS; Cox et al., 1987), e successivamente è stata sviluppata quest'ultima versione nel *pre-partum*, che consente l'utilizzo dello strumento anche su campioni maschili e su soggetti infertili. Grazie a queste modificazioni lo strumento permette anche di verificare la concordanza, del rischio depressivo, prima e dopo la gravidanza in modo da valutare se il soggetto presenta uno stato depressivo anche prima di rimanere incinta o, nel caso degli uomini, prima di vivere con la compagna l'esperienza della gravidanza. La coerenza interna dell'EPDS è stata valutata utilizzando il coefficiente alpha di Cronbach (0,7894), (Benvenuti et al., 1999; Loscalzo, Giannini, Contena, Gori e Benvenuti, 2015).

#### VALUTAZIONE DELLO STRESS LEGATO ALL'INFERILITA'

- **FPI** (Newton et al., 1990): 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. Gli autori hanno, quindi, 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. Le scale originali dell'FPI sono le seguenti:

- *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;
- *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;
- *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;
- *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;
- *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'averne un figlio (o un altro figlio).

La somma delle cinque scale fornisce un punteggio totale che esprime il grado di Stress globale. 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, dimostrando di avere buone proprietà psicometriche (Newton et al., 1990) per quanto riguarda sia l'attendibilità che

la validità di costruito. 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' $\alpha$  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 costruito 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 costruito.

#### VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE DI COPPIA

- **DAS** (Spanier, 1976; validazione italiana, Gentili, Contreras, Cassaniti e D'Arista, 2002): strumento self report che misura l'adattamento di coppia. La scala è composta da 32 item che, suddivisi in 4 sottoscale, indagano le affermazioni relative ai comportamenti, atteggiamenti e sentimenti relativi alla vita di coppia. Nello specifico le 4 aree prese in considerazione dallo strumento sono:

- *il consenso diadico (DC)* che si compone di 13 item e misura il grado d'accordo del soggetto con il partner rispetto a temi importanti come le finanze, il tempo libero, la religione, gli amici, l'organizzazione domestica, ecc;

- *la soddisfazione diadica (DS)* che si compone di 10 item, fa riferimento alla soddisfazione del soggetto con il partner. Indaga dunque quanto la relazione con il partner origini felicità, litigi, il piacere dello stare insieme, la possibilità della separazione o del divorzio, il livello di felicità o meno derivante dalla relazione con il partner;

- *la coesione diadica (DH)* che si compone di cinque item, riguarda il grado di partecipazione del soggetto con il partner rispetto a temi comuni. Si tratta, in sostanza, del fare insieme e quindi comprende la condivisione di attività piacevoli, della presenza del dialogo e della capacità del soggetto di adoperarsi, insieme al partner, per raggiungere obiettivi comuni;
- *l'espressione affettiva (AE)* che si compone di quattro item, riguarda l'affetto e le modalità di espressione dei sentimenti del soggetto nei confronti del partner.

La DAS è uno strumento di facile compilazione che richiede 6/7 minuti.

La somma dei punti ottenuti per i singoli item fornisce il punteggio grezzo per la corrispondente sottoscala. Gli item prevedono diverse modalità di risposta, tra queste: scala Likert a sette punti (da 0= estremamente infelice a 6= perfetto); scala Likert a sei punti (da 0= sempre in disaccordo a 5= sempre d'accordo); scala Likert a 5 punti (da 0= mai a 4= tutti i giorni); item dicotomici (0= sì, 1= no). La somma delle sottoscale fornisce il punteggio grezzo di Adattamento Diadico, che ha un range teorico che va da 0 a 151, corrispondente alla somma minima e massima di tutti gli item. Il punteggio inferiore a 100 indica, per l'autore, un basso adattamento di coppia. Altri studi individuano il cut off a 114 come punteggio indicatore di un disagio di coppia (Busby, Christensen, Crane e Larson, 1995). I punteggi grezzi possono poi essere convertiti in punti T (con media 50 e deviazione standard 10), al fine di rendere confrontabili le sottoscale.

La DAS presenta una testata validità di contenuto e di costrutto. L'affidabilità della scala è stimata in 0.96 per i 32 item finali, mentre l'affidabilità delle sottoscale varia da 0.73 a 0.94 (Spanier, 1976). L'adattamento linguistico in italiano e la validazione sono stati effettuati da Gentili e collaboratori (2002) su un campione composto da 148 coppie per un totale di 296 soggetti. Sebbene i valori alpha di Cronbach siano lievemente

inferiori a quelli indicati da Spanier, l'attendibilità dello strumento è buona (0.89 per il Consenso; 0.87 per la Soddisfazione; 0.78 per la Coesione; 0.63 per l'Espressione Affettiva; 0.93 per l'Adattamento).

- **Questionario sulla vita di coppia** (Solano et al., 2012): self-report che si presenta in due versioni, una per gli uomini e una per le donne. I 48 item di cui si compone lo strumento vengono valutati su una scala Likert a 4 punti. Il questionario mira a valutare gli aspetti più rilevanti nella vita della coppia e si compone di cinque scale:

- la scala dell'*Idealizzazione/Persecuzione*, composta da quattro item, valuta come la coppia, dopo una normale fase iniziale di idealizzazione, affronta la realtà e va incontro ad una fase di disillusione dove vengono deluse le aspettative di fusione, portando ad una profonda sensazione di persecuzione, che può a sua volta condurre a reazioni violente, disregolazione emozionale ed alterazioni comportamentali;

- la scala della *Sintonizzazione*, composta da 12 item, è risultata essere la dimensione più rilevante, probabilmente per il bisogno fondamentale dei partner di sviluppare la capacità di segnalare le proprie esigenze e stabilire un'armonia reciproca;

- la scala della *Diffidenza*, composta da sette item, valuta le difficoltà nell'affrontare le incertezze, le paure della perdita o di abbandono che emergono in ogni relazione significativa;

- la scala delle *Fantasie Erotiche*, composta da sette item, mira ad individuare la presenza di componenti edipiche, pre-edipiche e aggressive al fine di valutare la soddisfazione sessuale della coppia;

- la scala della *Dipendenza*, composta da sei item, valuta il bisogno naturale di ogni essere umano di appoggiarsi all'altro per ricercare aiuto e supporto evidenziando come il rapporto di coppia soddisfi tale bisogno di dipendenza.

Tutte le dimensioni sono risultate correlate con un'associazione positiva o negativa ai diversi stili di attaccamento rilevati nelle coppie.

I punteggi grezzi, ottenuti dalla somma delle risposte ai vari item delle corrispettive sottoscale, possono essere trasformati in punti T al fine di avere la stessa media (50) e la stessa deviazione standard (10) per rendere le varie scale confrontabili tra di loro. Sul piano statistico si può affermare che meritano attenzione i punteggi superiori a 60 e inferiori a 40 e che appaiono decisamente anomali i punteggi che si avvicinano o superano 70 o che di avvicinano o sono al di sotto di 30.

La coerenza interna delle scale è stata valutata attraverso l'alpha di Cronbach: 0.49 per la scala della Idealizzazione/Persecuzione; 0.80 per la scala della Sintonizzazione; 0.62 per la scala delle Fantasie erotiche; 0.57 per la scala della Dipendenza.

### VALUTAZIONE DELLE RISORSE ADATTIVE

- **COPE NVI** (Sica et al., 2008): miglioramento della precedente versione italiana del COPE (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) è considerato uno strumento utile e psicometricamente valido per la misura degli stili di coping nel contesto italiano. Il questionario è formato da 60 item su una scala Likert a 4 punti (da "quasi mai" a "quasi sempre") e misura gli stili di coping, ovvero le strategie a cui le persone ricorrono in situazioni stressanti o difficili. Viene chiesto al soggetto di valutare con quale frequenza mette in atto alcune strategie di coping in situazioni stressanti. Lo strumento prende in considerazione 15 diversi stili di coping, ma grazie a studi condotti con il metodo dell'analisi fattoriale, sono stati raggruppati in cinque grandi dimensioni sostanzialmente indipendenti:

- *Sostegno sociale*: tendenza a cercare comprensione, informazioni, consigli, sfogo sociale e ricerca dell'aiuto del prossimo;
- *Strategie di evitamento*: vasta gamma di comportamenti che vanno dal negare il problema, all'utilizzo di droghe e alcol per cercare di attenuare lo stato di malessere, fino all'attuazione di strategie di distacco mentale e comportamentale (sognare ad occhi aperti);
- *Attitudine positiva*: modalità di accettazione e reinterpretazione positiva del problema, capacità di "contenimento" e non impulsività nell'affrontare un problema;
- *Orientamento al problema*: utilizzo di strategie attive di pianificazione e risoluzione del problema grazie alle capacità di riflessione;
- *Orientamento trascendente*: ricerca di aiuto e conforto tramite il ricorso alle preghiere o alla religione.

Le tre dimensioni Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Orientamento al problema, sono considerate specifiche dei processi di coping, mentre il Sostegno sociale e l'Orientamento trascendente rappresentano più delle sfaccettature che riguardano diversi aspetti del comportamento umano. Il COPE ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche sia nello studio originale di convalida (Carver et al., 1989) sia nello studio di validazione italiana dello strumento (Sica et al., 2008).

### **3. Analisi dei dati**

I risultati ottenuti con i diversi strumenti sono stati considerati in una prima fase a livello descrittivo; successivamente sono stati effettuati test parametrici e analisi correlazionali. Nello specifico sono state condotte, attraverso il programma SPSS, le seguenti analisi statistiche:

1. T di Student per Campioni Indipendenti, su:

- i punteggi dello STAI (Y1 e Y2), al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sui livelli di ansia di stato e di tratto;
  - i punteggi dell'EDS, al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sui livelli del rischio depressivo;
  - i punteggi dell'FPI, al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sui livelli dello stress da infertilità;
  - i punteggi della DAS, al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sull'adattamento di coppia;
  - i punteggi della Qualità della vita di coppia al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sulla qualità della relazione di coppia;
  - i punteggi del COPE NVI, al fine di valutare l'eventuale differenza tra uomini e donne sulle strategie di coping adottate;
- 2.** L'Anova Multifattoriale al fine di esplorare l'influenza:
- del genere, del numero dei trattamenti e della loro interazione sui livelli di ansia e sul rischio depressivo;
  - del genere, del numero dei trattamenti e della loro interazione sui livelli di stress;
  - del genere, dell'età e della loro interazione sui livelli di ansia e sul rischio depressivo;
  - del genere, dell'età e della loro interazione sui livelli di stress;
  - del genere e della causa dell'infertilità sull'ansia di stato, di tratto, sul rischio depressivo e sullo stress da infertilità;
- 3.** L'Anova Multifattoriale al fine di esplorare l'influenza:
- del genere, del modello di attaccamento e della loro interazione sui livelli di ansia e sul rischio depressivo;
  - del genere, del modello di attaccamento e della loro interazione sui livelli di stress;

4. Test T di Student per campioni indipendenti tra soggetti infertili con attaccamento sicuro e soggetti infertili con attaccamento insicuro per la qualità della vita di coppia, lo stile di coping e l'adattamento diadico;

Sono state inoltre eseguite una serie di Correlazioni r di Pearson, su:

5. I punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell'EDS con:

- i punteggi della DAS al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con l'adattamento della coppia in soggetti infertili;
- i punteggi del Questionario sulla vita di coppia, al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con la qualità della vita di coppia, in soggetti infertili;
- i punteggi del COPE-NVI, al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con lo stile di coping, in soggetti infertili.

6. I punteggi dell'FPI con:

- i punteggi della DAS, al fine di valutare la relazione tra i livelli di stress con l'adattamento della coppia in soggetti infertili;
- i punteggi del Questionario sulla vita di coppia, al fine di valutare la relazione tra i livelli di stress con la qualità della vita di coppia, in soggetti infertili;
- i punteggi del COPE-NVI, al fine di valutare la relazione tra i livelli di stress con lo stile di coping, in soggetti infertili;
- i punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell'EDS, al fine di valutare la relazione tra i livelli di stress con la sintomatologia ansiosa e il rischio depressivo;

7. Il modello di attaccamento (sicuro e insicuro) con:

- i punteggi della DAS, al fine di valutare la relazione tra il modello di attaccamento con l'adattamento della coppia, in soggetti infertili;

- i punteggi del Questionario sulla vita di coppia, al fine di valutare la relazione tra il modello di attaccamento e la qualità della vita di coppia, in soggetti infertili;
- i punteggi del COPE-NVI, al fine di valutare la relazione tra il modello di attaccamento con lo stile di coping, in soggetti infertili.

## 4. Risultati

### 4.1 Le differenze sui vissuti emotivi prodotti dal genere nell'infertilità

#### 1. Test T di Student per campioni indipendenti tra uomini e donne per i livelli di ansia, il rischio depressivo e lo stress da infertilità

I risultati ottenuti dal campione della ricerca, a livello descrittivo, evidenziano (vedi tabella 2), attraverso il test T di Student per campioni indipendenti, una differenza significativa, tra uomini e donne infertili, per i livelli dell'ansia di stato [ $T_{(34)} = -3,344$ ;  $p = ,002$ ]; e di tratto [ $T_{(34)} = -4,127$ ;  $p = ,000$ ]; per il rischio depressivo [ $T_{(34)} = -3,328$ ;  $p = ,002$ ]; e per lo stress legato all'infertilità per le scale "Stress legato al Bisogno di genitorialità" [ $T_{(34)} = -4,339$ ;  $p = ,000$ ]; "Stress legato alle Preoccupazioni sociali" [ $T_{(34)} = -2,072$ ;  $p = ,046$ ] e "Stress Globale" [ $T_{(34)} = -2,748$ ;  $p = ,010$ ] in tutti i casi con punteggi più alti nelle donne.

**Tabella 2** – Test T di Student: differenze prodotte dal genere sull'ansia di stato e di tratto, sul rischio depressivo e sullo stress legato all'infertilità

STAI - EDS - FPI	Media (ds)	$T_{(34)}$	p
STAI Y-1		-3,344	,002
Donne	40,43 (4,96)		
Uomini	35,47 (4,20)		
STAI Y-2		-4,127	,000
Donne	35,20 (3,49)		
Uomini	40,86 (4,41)		
EDS		-3,328	,002
Donne	6,76 (2,3)		
Uomini	4,47 (1,59)		
FPI SOCIALE		-2,072	,046
Donne	24,90 (3,14)		

Uomini	22,73 (3,03)		
FPI SESSUALE		-,718	n.s.
Donne	17,33 (2,33)		
Uomini	16,60 (3,79)		
FPI RELAZIONALE		-1,829	n.s.
Donne	20,90 (2,34)		
Uomini	19,40 (2,56)		
FPI RIFIUTO VITA SENZA FIGLI		-1,767	n.s.
Donne	26,86 (3,03)		
Uomini	25,00 (3,20)		
FPI BISOGNO DI GENITORIALITA'		-4,339	,000
Donne	38,95 (3,68)		
Uomini	33,87 (3,13)		
FPI STRESS GLOBALE		-2,748	,010
Donne	129,81 (12,45)		
Uomini	118,40 (12,03)		

*2. Test T di Student per campioni indipendenti tra uomini e donne per l'adattamento diadico, la qualità della vita di coppia e lo stile di coping*

Le analisi T di Student per Gruppi indipendenti, eseguite al fine di valutare le eventuali differenze tra uomini e donne infertili sull'adattamento diadico, lo stile di coping e la vita di coppia non hanno prodotto risultati significativi sui punteggi ottenuti con la DAS (vedi Tabella 3), il Questionario sulla vita di coppia (vedi Tabella 4) e il COPE NVI (vedi Tabella 5). Nello specifico risultano delle differenze legate al genere solo, per il Questionario sulla vita di coppia, nella scala delle "Fantasie Erotiche" [ $T_{(34)} = 7,050$ ;  $p < ,01$ ] e per il COPE NVI, nelle scale del "Sostegno Sociale" [ $T_{(34)} = -2,442$ ;  $p < ,05$ ]; e dell'"Orientamento Trascendente" [ $T_{(34)} = -2,695$ ;  $p < ,05$ ].

**Tabella 3** - Test T di Student: differenze prodotte dal genere sull'adattamento diadico

DAS	Media (ds)	$T_{(34)}$	p
CONSENSO		-,843	n.s.
Donne	50,57 (3,28)		
Uomini	49,67 (3,01)		
SODDISFAZIONE		-,947	n.s.
Donne	39,86 (4,13)		
Uomini	38,67 (3,01)		

ESPRESSIONE AFFETTIVA		-,603	n.s.
Donne	9,29 (1,18)		
Uomini	9,07 (0,88)		
COESIONE		,987	n.s.
Donne	15,48 (3,37)		
Uomini	16,53 (2,85)		
ADATTAMENTO GLOBALE		-,384	n.s.
Donne	115,19 (10,82)		
Uomini	113,93 (07,75)		

**Tabella 4** - Test T di Student: differenze prodotte dal genere sulla qualità della vita di coppia

QUALITA' DELLA VITA DI COPPIA	Media (ds)	T <sub>(34)</sub>	p
IDEALIZZAZIONE/PERSECUZIONE		,666	n.s.
Donne	51,81 (4,79)		
Uomini	52,80 (3,76)		
SINTONIZZAZIONE		1,185	n.s.
Donne	47,43 (4,28)		
Uomini	49,27 (4,99)		
DIFFIDENZA		-,349	n.s.
Donne	58,33 (7,05)		
Uomini	57,47 (7,75)		
FANTASIE EROTICHE		7,050	,000
Donne	47,14 (4,22)		
Uomini	56,20 (3,09)		
DIPENDENZA		-1,552	n.s.
Donne	51,67 (4,73)		
Uomini	48,80 (6,36)		

**Tabella 5** - Test T di Student: differenze prodotte dal genere sulle strategie di coping

COPE NVI	Media (ds)	T <sub>(34)</sub>	p
SOSTEGNO SOCIALE		-2,442	,020
Donne	29,81 (4,87)		
Uomini	25,67 (5,21)		
EVITAMENTO		1,219	n.s.
Donne	23,62 (3,23)		
Uomini	25,07 (3,88)		
ATTITUDINE POSITIVA		-1,312	n.s.
Donne	31,86 (6,04)		
Uomini	29,20 (5,91)		
ORIENTAMENTO AL PROBLEMA		-,322	n.s.
Donne	33,47(4,50)		
Uomini	33,95 (4,43)		
ORIENTAMENTO TRASCENDENTE		-2,695	,011

Donne	24,95 (3,52)		
Uomini	22,00 (2,77)		

### 3. L'influenza del genere e del numero dei trattamenti sull'ansia di stato, di tratto e sul rischio depressivo

Si è indagato come il genere insieme al numero dei trattamenti influenzino l'ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo. Dai risultati, ottenuti con un'Anova multifattoriale (vedi Tabella 6), si sono osservati gli effetti tra i soggetti, rispetto alla variabile dipendente "Ansia di Stato". Risulta che il genere produce una differenza significativa [ $F_{(1,28)} = 6,065$ ;  $p < ,05$ ]. Al contrario, la variabile "Numero di Trattamenti" non determina una differenza significativa e lo stesso risultato si riscontra per l'interazione tra le due variabili. Anche, per quanto riguarda la variabile dipendente "Ansia di tratto" la variabile "Genere" mostra una differenza significativa [ $F_{(1,28)} = 11,419$ ;  $p < ,01$ ] mentre, al contrario, la variabile "Numero di Trattamenti" non presenta differenza significativa e lo stesso risultato si riscontra per l'interazione tra le due variabili. Stessi risultati si sono ottenuti anche per la variabile dipendente "Rischio depressivo", per la quale risulta una differenza significativa per il genere [ $F_{(1,28)} = 8,159$ ;  $p < ,01$ ] mentre la variabile "Numero di Trattamenti" non produce differenza significativa e lo stesso risultato si riscontra per l'interazione tra le due variabili.

**Tabella 6** – Anova multifattoriale: l'influenza del genere e del numero dei trattamenti sull'ansia di stato, di tratto e sul rischio depressivo

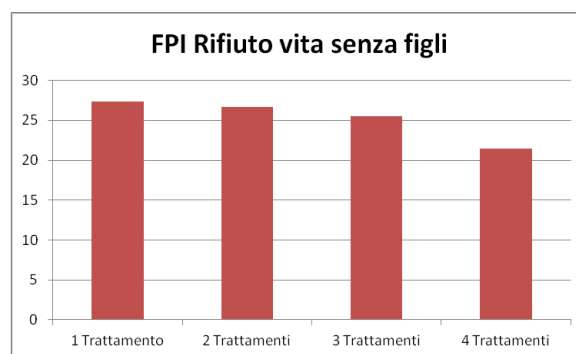
	Num Trattam	Uomini	Donne	Genere			Numero trattamenti			Genere*Numero trattamenti		
		M(ds)	M(ds)	$F_{(1,28)}$	p	$\eta^2$	$F_{(3,28)}$	p	$\eta^2$	$F_{(3,28)}$	P	$\eta^2$
STAI-Y1	1	39,00(2,64)	41,80(5,54)	6,065	<b>,020</b>	,178	2,610	n.s.	,219	,385	n.s.	,040
	2	34,43(2,93)	40,73(5,21)									
	3	37,00(2,64)	40,67(3,05)									
	4	31,50(0,70)	35,00(2,82)									
	Tot	35,47(3,42)	40,43(4,95)									
STAI-Y2	1	38,67(2,51)	41,20(5,45)	11,419	<b>,002</b>	,290	2,524	n.s.	,213	,536	n.s.	,054
	2	34,14(3,07)	40,91(4,23)									
	3	36,67(3,05)	43,00(3,60)									
	4	31,50(2,12)	36,50(3,53)									
	Totale	35,20(3,48)	40,86(4,40)									
EDS	1	5,33(2,08)	7,60(3,05)	8,159	<b>,008</b>	,226	2,388	n.s.	,204	,014	n.s.	,001
	2	4,57(0,97)	6,73(2,00)									

3	5,00(1,73)	7,00(2,64)									
4	2,00(0,00)	4,50(0,70)									
Tot	4,47(1,59)	6,76(2,30)									

#### 4. L'influenza del genere e del numero dei trattamenti sullo stress da infertilità

Si è quindi passati ad analizzare come il genere e il numero dei trattamenti influenzino lo stress da infertilità. Dai risultati, ottenuti con un'Anova multifattoriale (vedi Tabella 7), si sono osservati gli effetti tra i soggetti, rispetto alla variabile dipendente "Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli", il "Genere" produce una differenza significativa [ $F_{(1,28)} = 5,8; p < ,05$ ], così come la variabile "Numero dei trattamenti" produce una differenza significativa sulla variabile "Stress legato al rifiuto di una vita senza figli" [ $F_{(3,28)} = 4,9; p < ,01$ ] che, attraverso l'analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra i soggetti che hanno fatto "1 trattamento" rispetto ai soggetti che hanno fatto "4 trattamenti" ("1 trattamento": punteggio medio di  $27,38 \pm 3,962$ ; "4 trattamenti": punteggio medio di  $21,50 \pm 1,732$ ;  $p < ,01$ ) e i soggetti che hanno fatto "2 trattamenti" rispetto ai soggetti che hanno fatto "4 trattamenti" ("2 trattamenti": punteggio medio di  $26,72 \pm 2,539$ ; "4 trattamenti": punteggio medio di  $21,50 \pm 1,732$ ;  $p < ,01$ ) con una riduzione dello "Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli" all'aumentare del numero dei trattamenti (vedi Grafico1).

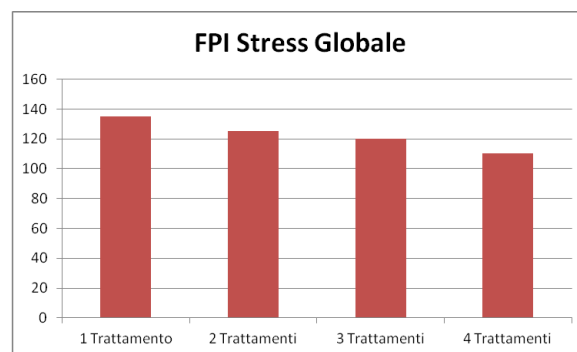
**Grafico 1 – Influenza del numero dei trattamenti sullo "Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli"**



Mentre non risulta significativo l'effetto dell'interazione delle due variabili "Genere" e "Numero di trattamenti" sullo "Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli". Stessi risultati si sono ottenuti

anche per la variabile dipendente “Stress globale legato all’infertilità”, per la quale il “Genere” produce una differenza significativa [ $F_{(3,28)} = 12,218$ ;  $p < ,01$ ], così come il “Numero di trattamenti” [ $F_{(3,28)} = 4,59$ ;  $p < ,05$ ] che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra i soggetti che hanno fatto “1 trattamento” rispetto ai soggetti che hanno fatto “4 trattamenti” (“1 trattamento”: punteggio medio di  $135,25 \pm 12,837$ ; “4 trattamenti”: punteggio medio di  $110,25 \pm 11,087$ ;  $p < ,01$ ), con una riduzione dello “Stress globale legato all’infertilità” all’aumentare del numero dei trattamenti (vedi Grafico 2).

**Grafico 2 – Influenza del numero dei trattamenti sullo “Stress Globale”**



Per quanto riguarda la variabile dipendente “Stress legato al Bisogno di Genitorialità” il “Genere” produce una differenza significativa [ $F_{(1,28)} = 20,376$ ;  $p < ,01$ ] mentre, al contrario, la variabile “Numero di trattamenti” non produce differenza significativa e lo stesso risultato si riscontra anche per l’interazione tra le due variabili.

**Tabella 7 – Anova multifattoriale: l’influenza del genere e del numero dei trattamenti sullo stress legato all’infertilità**

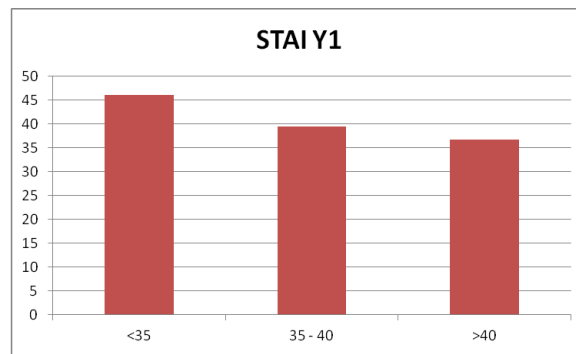
	Num Trat tam	Uomini	Donne	Genere			Numero Trattamenti			Genere*Numero Trattamenti		
		M(ds)	M(ds)	$F_{(1,28)}$	p	$\eta^2$	$F_{(3,28)}$	p	$\eta^2$	$F_{(3,28)}$	P	$\eta^2$
FPI SOC	1	24,33(0,5)	27,20(2,4)	3,976	n.s.	,124	2,545	n.s.	,214	,234	n.s.	,024
	2	23,57(3,3)	24,64(3,3)									
	3	21,00(3,6)	23,33(2,0)									
	4	20,00(,00)	23,00(2,8)									
	Tot	22,73(3,0)	24,90(3,1)									
FPI SES	1	17,00(,00)	19,40(1,3)	1,636	n.s.	,055	1,670	n.s.	,152	1,127	n.s.	,108
	2	18,00(5,0)	16,73(2,6)									

	3	15,33(1,1)	17,00(1,0)									
	4	13,00(1,4)	16,00(1,4)									
	Tot	16,60(3,7)	17,33(2,3)									
FPI REL	1	19,33(2,0)	22,00(2,3)	3,812	n.s.	,120	1,436	n.s.	,133	,586	n.s.	,059
	2	20,57(2,8)	20,82(2,4)									
	3	18,33(2,3)	20,33(2,5)									
	4	17,00(,00)	19,50(2,1)									
	Tot	19,40(2,5)	20,90(2,3)									
FPI FIGLI	1	24,00(1,7)	29,40(3,5)	5,800	<b>,023</b>	,172	4,900	<b>,007</b>	,344	2,399	n.s.	,204
	2	27,00(2,5)	26,55(2,6)									
	3	24,67(3,0)	26,33(,57)									
	4	20,00(,00)	23,00(,00)									
	Tot	25,00(3,2)	26,86(3,0)									
FPI GENIT	1	33,00(3,0)	41,80(1,9)	20,376	<b>,000</b>	,421	,677	n.s.	,068	1,599	n.s.	,146
	2	35,00(3,4)	37,64(4,2)									
	3	33,67(3,2)	40,00(1,7)									
	4	31,50(2,1)	37,50(,70)									
	Tot	33,87(3,1)	38,95(3,6)									
FPI GLOB	1	121,6(,57)	143,4(8,1)	12,218	<b>,002</b>	,304	4,590	<b>,010</b>	,330	1,923	n.s.	,171
	2	124,1(12,0)	126,3(12,0)									
	3	113,0(10,5)	127,0(3,0)									
	4	101,5(3,5)	119,0(7,0)									
	Tot	118,4(12,0)	129,8(12,4)									

##### 5. L'influenza del genere e dell'età sull'ansia di stato, di tratto e sul rischio depressivo

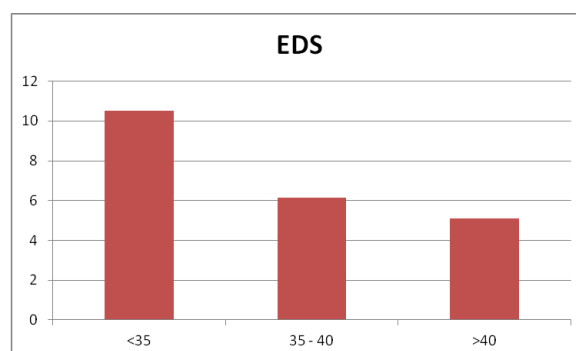
Si è, dunque, indagato come il “Genere” insieme all’”Età” influenzino l’ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo, attraverso un’Anova multifattoriale (vedi Tabella 8). Osservando gli effetti tra i soggetti rispetto alla variabile dipendente “Ansia di Stato”, mentre non si registra alcuna interazione significativa tra il “Genere” e l’”Età”, si conferma che il “Genere” produce una differenza significativa [ $F_{(1,31)} = 10,071$ ;  $p < ,01$ ], così come la variabile “Età” [ $F_{(2,31)} = 3,426$ ;  $p < ,05$ ], sull’”Ansia di stato” che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “>40” (fascia di età “<35”: punteggio medio di  $46 \pm 1,414$ ; fascia di età “>40”: punteggio medio di  $36,80 \pm 4,047$ ;  $p < ,05$ ) con una riduzione dell’ansia di stato all’aumentare dell’età (vedi Grafico 3).

**Grafico 3** – Influenza dell’età sull’ansia di stato



Anche, per quanto riguarda la variabile dipendente “Ansia di tratto”, il “Genere” produce una differenza significativa [ $F_{(1,31)} = 13,264$ ;  $p < ,01$ ] mentre, al contrario, la variabile “Età” non determina differenza significativa e lo stesso risultato si riscontra per l’interazione tra le due variabili. Passando ad analizzare la variabile dipendente “Rischio depressivo”, mentre non risulta significativa l’interazione tra le due variabili, si evidenzia una differenza significativa sia per il “Genere” [ $F_{(1,31)} = 8,449$ ;  $p < ,01$ ] sia per la variabile “Età” [ $F_{(2,31)} = 5,962$ ;  $p < ,01$ ] che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “35-40” (la fascia di età “<35”: punteggio medio di  $10,5 \pm ,707$ ; la fascia di età “35-40”: punteggio medio di  $6,14 \pm 1,748$ ;  $p < ,05$ ) e tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “>40” (fascia di età “<35”: punteggio medio di  $10,5 \pm ,707$ ; fascia di età “>40”: punteggio medio di  $5,10 \pm 2,198$ ;  $p < ,01$ ) con una riduzione del rischio depressivo all’aumentare dell’età (vedi Grafico 4).

**Grafico 4 – Influenza dell’età sul rischio depressivo**



**Tabella 8 – Anova multifattoriale: l’influenza del genere e dell’età sull’ansia di stato, di tratto e sul rischio depressivo**

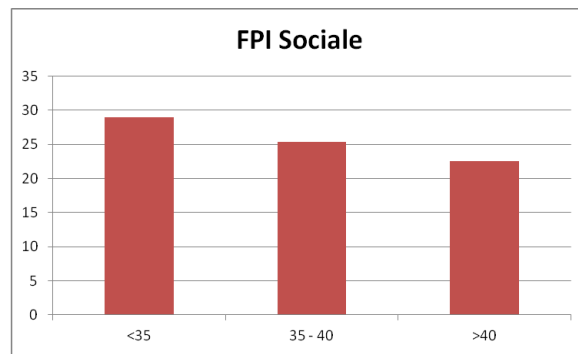
Fascia	Uomini	Donne	Genere	Fascia Età	Genere*Età
--------	--------	-------	--------	------------	------------

	Età	M(ds)										
		M(ds)	M(ds)	F <sub>(1,31)</sub>	p	η <sup>2</sup>	F <sub>(2,31)</sub>	p	η <sup>2</sup>	F <sub>(2,31)</sub>	P	η <sup>2</sup>
STAI-Y1	<35		46,00(1,4)	10,071	,003	,245	3,426	,045	,181	,796	n.s.	,025
	35-40	36,17(4,2)	42,00(4,8)									
	>40	35,00(2,9)	38,27(4,3)									
	Tot	35,47(3,4)	40,43(4,9)									
STAI-Y2	<35		46,00(,00)	13,264	,001	,300	2,927	n.s.	,159	,146	n.s.	,005
	35-40	36,67(3,7)	41,13(3,5)									
	>40	34,22(3,1)	39,73(4,8)									
	Tot	35,20(3,4)	40,86(4,4)									
EDS	<35		10,50(,70)	8,449	,007	,214	5,962	,006	,278	,052	n.s.	,002
	35-40	5,17(1,32)	6,88(1,72)									
	>40	4,00(1,65)	6,00(2,23)									
	Tot	4,47(1,59)	6,76(2,30)									

### 6. L'influenza del genere e dell'età sullo stress da infertilità

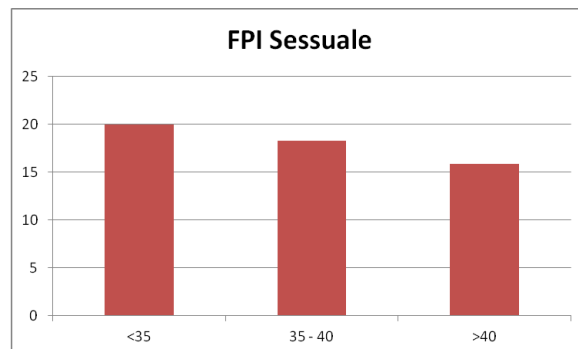
Si è quindi passati ad analizzare come il genere e l'età influenzino lo stress da infertilità attraverso un'Anova multifattoriale (vedi Tabella 9). Osservando gli effetti tra i soggetti, rispetto alla variabile dipendente "Stress legato al Bisogno di Genitorialità", il "Genere" produce una differenza significativa [ $F_{(1,31)} = 17,701$ ;  $p < ,01$ ]. Il "Genere" risulta inoltre produrre delle differenze sullo "Stress Globale legato all'infertilità" [ $F_{(1,31)} = 5,955$ ;  $p < ,05$ ]. Anche la variabile "Età" produce una differenza significativa sulla variabile "Stress legato alle Preoccupazioni sociali" [ $F_{(2,31)} = 6,72$ ;  $p < ,01$ ] che, attraverso l'analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età "<35" e la fascia di età ">40" (fascia di età "<35": punteggio medio di  $29 \pm 0$ ; fascia di età ">40": punteggio medio di  $22,55 \pm 2,837$ ;  $p < ,01$ ) e tra la fascia di età "35-40" e la fascia di età ">40" (fascia di età "35-40": punteggio medio di  $25,36 \pm 2,735$ ; fascia di età ">40": punteggio medio di  $22,55 \pm 2,837$ ;  $p < ,05$ ) con una riduzione dello "Stress legato alle Preoccupazioni sociali" all'aumentare dell'età (vedi Grafico 5).

**Grafico 5** – Influenza dell'età sullo "Stress legato alle Preoccupazioni sociali"



Inoltre, la variabile “ETA” produce una differenza significativa sulla variabile “Stress legato alle Preoccupazioni sessuali” [ $F_{(2,31)} = 4,609$ ;  $p < ,05$ ] che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età “35-40” e la fascia di età “>40” (fascia di età “35-40”: punteggio medio di  $18,29 \pm 3,561$ ; fascia di età “>40”: punteggio medio di  $15,85 \pm 2,084$ ;  $p < ,05$ ) con una riduzione dello “Stress legato alle Preoccupazioni sessuali” all’aumentare dell’età (vedi Grafico 6).

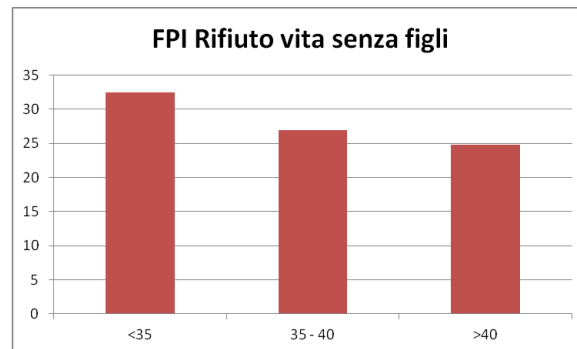
**Grafico 6 – Influenza dell’età sullo “Stress legato alle Preoccupazioni sessuali”**



La variabile “Età” produce anche una differenza significativa sulla variabile “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” [ $F_{(2,31)} = 7,503$ ;  $p < ,01$ ] che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “35-40” (fascia di età “<35”: punteggio medio di  $32,5 \pm 3,536$ ; fascia di età “35-40”: punteggio medio di  $27,75 \pm 2,605$ ;  $p < ,05$ ) e

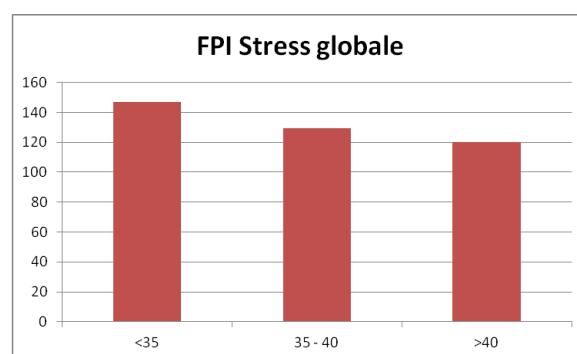
tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “>40” (fascia di età “<35”: punteggio medio di 32,5 ±3,536; fascia di età “>40”: punteggio medio di 25,18 ±1,537;  $p < ,01$ ) con una riduzione dello “Stress per il Rifiuto di una vita senza figli” all’aumentare dell’età (vedi Grafico 7).

**Grafico 7** – Influenza dell’età sullo “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli”



Infine, la variabile “Età” produce una differenza significativa sulla variabile “Stress Globale legato all’infertilità” [ $F_{(2,31)} = 5,530$ ;  $p < ,01$ ] che, attraverso l’analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra la fascia di età “<35” e la fascia di età “>40” (fascia di età “<35”: punteggio medio di 147 ±4,243; fascia di età “>40”: punteggio medio di 124 ±11,402;  $p < ,01$ ) con una riduzione dello “Stress Globale legato all’infertilità” all’aumentare dell’età (vedi Grafico 8).

**Grafico 8** – Influenza dell’età sullo “Stress Globale”



**Tabella 9** – Anova multifattoriale: l’influenza del genere e dell’età sullo stress legato all’infertilità

	Fascia età	Uomini	Donne	Genere			Fascia età			Genere*Età		
		M(ds)	M(ds)	$F_{(1,31)}$	p	$\eta^2$	$F_{(2,31)}$	p	$\eta^2$	$F_{(2,31)}$	P	$\eta^2$
FPI SOC	<35		29,00(,000)	3,202	n.s.	0,94	6,720	,004	,302	,010	n.s.	,000
	35-40	24,33(2,58)	26,13(2,74)									

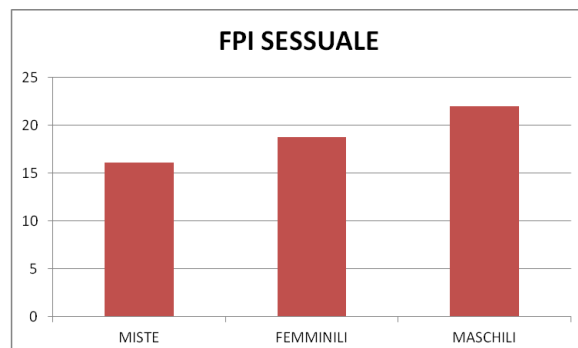
	>40	21,67(,958)	23,27(2,64)									
	Tot	22,73(3,03)	24,90(3,14)									
FPI SES	<35		20,00(,000)	,040	n.s.	,001	4,609	<b>,018</b>	,229	1,414	n.s.	,008
	35-40	18,83(4,99)	17,87(2,29)									
	>40	15,11(1,83)	16,45(2,16)									
	Tot	16,60(3,79)	17,33(2,33)									
FPI REL	<35		23,50(,707)	2,141	n.s.	,065	3,116	n.s.	,167	,001	n.s.	,000
	35-40	20,33(2,58)	21,50(2,39)									
	>40	18,78(2,48)	20,00(2,09)									
	Tot	19,40(2,55)	20,90(2,34)									
FPI FIGLI	<35		32,50(3,53)	1,948	n.s.	,059	7,503	<b>,002</b>	,326	,234	n.s.	,008
	35-40	26,00(2,00)	27,75(2,60)									
	>40	24,33(3,77)	25,18(1,53)									
	Tot	25,00(3,20)	26,86(3,03)									
FPI GENIT	<35		43,00(2,82)	17,701	<b>,000</b>	,363	2,968	n.s.	,161	,923	n.s.	,029
	35-40	34,33(3,72)	40,25(2,81)									
	>40	33,56(2,87)	37,27(3,60)									
	Tot	33,87(3,13)	38,95(3,68)									
FPI GLOB	<35		147,0(4,2)	5,955	<b>,021</b>	,161	5,530	<b>,009</b>	,263	,003	n.s.	,000
	35-40	123,8(10,8)	133,5(10,0)									
	>40	114,7(11,9)	124,0(11,4)									
	Tot	118,4(12,0)	129,8(12,4)									

7. *L'influenza del genere e della causa dell'infertilità sull'ansia di stato, di tratto, sul rischio depressivo e sullo stress da Infertilità*

Con un'Anova multifattoriale si è analizzato come il "Genere" e le "Cause dell'infertilità" influenzino l'ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo in soggetti infertili. Dai risultati, il modello non risulta significativo né per le singole variabili prese singolarmente, "Genere" e "Causa dell'infertilità", né per la loro interazione. Analizzando, invece, gli effetti del "Genere" e delle "Cause dell'infertilità" sullo stress da infertilità, i risultati (vedi Tabella 10) si fanno qui molto più interessanti. Osservando gli effetti tra i soggetti, rispetto alla variabile dipendente "Stress sessuale da infertilità", la "Causa dell'infertilità" produce una differenza significativa [ $F(2,30) = 9,035$ ;  $p < ,01$ ] che, attraverso l'analisi post hoc (correzione di Bonferroni), si evidenzia tra le "cause miste" rispetto alle "cause femminili" ("cause miste": punteggio medio di  $16,12 \pm 2,286$ ; "cause femminili": punteggio medio di  $18,75 \pm 3,196$ ;  $p < ,01$ ) e le "cause miste" rispetto alle "cause maschili" ("cause miste": punteggio medio di  $16,12 \pm 2,286$ ; "cause maschili": punteggio medio di  $22 \pm 4,243$ ;  $p < ,05$ ) ove il punteggio massimo dello "Stress legato alle Preoccupazioni sessuali" si

registra in presenza delle “cause maschili” e il punteggio minimo in presenza delle “cause miste” (vedi Grafico 9).

**Grafico 9** – Influenza delle cause dell’infertilità sullo “Stress legato alle Preoccupazioni sessuali



**Tabella 10** – Anova multifattoriale: l’influenza del genere e delle cause dell’infertilità sullo stress legato all’infertilità

	causa	Uomini	Donne	Genere			Causa infertilità			Genere*Causa		
		M(ds)	M(ds)	F <sub>(1,30)</sub>	p	η <sup>2</sup>	F <sub>(2,31)</sub>	p	η <sup>2</sup>	F <sub>(2,30)</sub>	P	η <sup>2</sup>
FPI SOC	Mista	21,82(2,82)	24,80(2,88)	,310	n.s.	,010	1,292	n.s.	,079	,848	n.s.	,054
	Fem	25,33(2,30)	25,20(4,49)									
	Mas	25,00(,000)	25,00(,00)									
	Tot	22,73(3,03)	24,90(3,14)									
FPI SES	Mista	15,00(1,78)	16,93(2,31)	1,957	n.s.	,061	9,035	,001	,376	3,516	n.s.	,190
	Fem	19,67(4,61)	18,20(2,49)									
	Mas	25,00(,000)	19,00(,000)									
	Tot	16,60(3,79)	17,33(2,33)									
FPI REL	Mista	19,27(2,49)	20,80(2,30)	2,191	n.s.	,068	,181	n.s.	,012	,340	n.s.	,022
	Fem	20,33(3,51)	21,00(2,91)									
	Mas	18,00(,000)	22,00(,000)									
	Tot	19,40(2,55)	20,90(2,34)									
FPI FIGLI	Mista	25,00(3,55)	26,53(2,61)	,794	n.s.	,026	,274	n.s.	,018	,274	n.s.	,018
	Fem	25,00(3,00)	28,20(4,32)									
	Mas	25,00(,000)	25,00(,000)									
	Tot	25,00(3,20)	26,86(3,03)									
FPI GENIT	Mista	33,82(2,56)	39,27(3,41)	2,467	n.s.	,076	,852	n.s.	,054	1,556	n.s.	,094
	Fem	32,00(3,46)	38,40(5,03)									
	Mas	40,00(,000)	37,00(,000)									
	Tot	33,87(3,13)	38,95(3,68)									
FPI GLOB	Mista	114,9(11,7)	128,3(11,1)	,699	n.s.	,023	1,829	n.s.	,109	,603	n.s.	,039
	Fem	126,3(7,50)	134,6(17,3)									
	Mas	133,00(,00)	128,0(,00)									
	Tot	118,4(12,0)	129,8(12,4)									

#### 4.2 Gli effetti sugli stati emotivi prodotti dal modello di attaccamento nell’infertilità

1. Test T di Student per campioni indipendenti tra modelli di attaccamento sicuri e modelli di attaccamento insicuri per i livelli di ansia, il rischio depressivo e lo stress da infertilità

I risultati ottenuti dal campione della ricerca, a livello descrittivo, evidenziano (vedi Tabella 11), attraverso il test T di Student per campioni indipendenti, una differenza significativa, tra l'“Attaccamento insicuro” e l'“Attaccamento sicuro”, per i livelli dell'“Ansia di Stato” [ $T_{(34)} = -2,813$ ;  $p < ,01$ ]; per i livelli dell'“Ansia di Tratto” [ $T_{(34)} = -2,160$ ;  $p < ,05$ ]; per il “Rischio depressivo” [ $T_{(34)} = -4,546$ ;  $p < ,01$ ]; e, per lo stress da infertilità, si osserva una differenza per lo “Stress legato alle Preoccupazioni Relazionali” [ $T_{(34)} = -2,514$ ;  $p < ,05$ ]; e per lo “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” [ $T_{(34)} = -2,166$ ;  $p < ,05$ ].

**Tabella 11** – Test T di Student: differenze prodotte dal modello di attaccamento sull'ansia di stato e di tratto, sul rischio depressivo e sullo stress legato all'infertilità

STAI - EDS - FPI	Media (ds)	$T_{(34)}$	p
STAI Y1		-2,813	,008
Attaccamento sicuro	36,45 (3,25)		
Attaccamento insicuro	40,75 (5,80)		
STAI Y2		-2,160	,038
Attaccamento sicuro	37,00 (3,83)		
Attaccamento insicuro	40,38 (5,52)		
EDS		-4,546	,000
Attaccamento sicuro	4,55 (1,43)		
Attaccamento insicuro	7,38 (2,27)		
FPI SOCIALE		-1,143	n.s.
Attaccamento sicuro	23,45 (2,64)		
Attaccamento insicuro	24,69 (3,84)		
FPI SESSUALE		-,616	n.s.
Attaccamento sicuro	16,75 (2,75)		
Attaccamento insicuro	17,38 (3,34)		
FPI RELAZIONALE		-2,514	,017
Attaccamento sicuro	19,40 (2,18)		
Attaccamento insicuro	21,38 (2,52)		
FPI RIFIUTO VITA SENZA FIGLI		-2,166	,037
Attaccamento sicuro	25,10 (2,86)		
Attaccamento insicuro	27,31 (3,26)		
FPI BISOGNO DI GENITORIALITA'		-,103	n.s.
Attaccamento sicuro	36,90 (3,66)		
Attaccamento insicuro	36,75 (5,02)		
FPI STRESS GLOBALE		-,928	n.s.
Attaccamento sicuro	123,20 (11,86)		
Attaccamento insicuro	127,38 (15,13)		

2. *Test T di Student per campioni indipendenti tra soggetti infertili con attaccamento sicuro e soggetti infertili con attaccamento insicuro per l'adattamento diadico, la qualità della vita di coppia e lo stile di coping*

Le analisi T di Student per Gruppi Indipendenti, eseguite al fine di valutare le eventuali differenze tra soggetti infertili con attaccamento sicuro e soggetti infertili con attaccamento insicuro sull'adattamento diadico (vedi Tabella 12), sulla vita di coppia (vedi Tabella 13) e sullo stile di coping (vedi Tabella 14) hanno prodotto risultati abbastanza interessanti.

Le analisi hanno evidenziato risultati statisticamente significativi sui punteggi relativi alle strategie di coping, alla vita di coppia e all'adattamento diadico. Nello specifico, risultano differenze significative, in base al “Modello di Attaccamento”, per i punteggi della DAS nel “Consenso Diadico” [ $T_{(34)} = 3,405$ ;  $p < ,01$ ]; nella “Soddisfazione Diadica” [ $T_{(34)} = 2,384$ ;  $p < ,05$ ]; nell’”Espressione Affettiva” [ $T_{(34)} = 4,924$ ;  $p < ,01$ ] e nell’”Adattamento Diadico Globale” [ $T_{(34)} = -3,955$ ;  $p < ,01$ ]. Per il Questionario sulla vita di coppia sono risultate differenze significative per la “Diffidenza” [ $T_{(34)} = -3,122$ ;  $p < ,01$ ]; e la “Dipendenza” [ $T_{(34)} = 2,190$ ;  $p < ,05$ ]. Per il COPE NVI, sono risultate differenze significative per le strategie di: “Sostegno Sociale” [ $T_{(34)} = 4,696$ ;  $p < ,01$ ]; “Evitamento” [ $T_{(34)} = -2,482$ ;  $p < ,05$ ]; “Attitudine Positiva” [ $T_{(34)} = 5,754$ ;  $p < ,01$ ]; “Orientamento al Problema” [ $T_{(34)} = 2,538$ ;  $p < ,05$ ]; “Orientamento Trascendente” [ $T_{(34)} = 2,392$ ;  $p < ,05$ ].

**Tabella 12** – Test T di Student: differenze prodotte dal modello di attaccamento sull'adattamento di coppia

DAS	Media (ds)	$T_{(34)}$	p
CONSENSO		3,405	,002
Attaccamento sicuro	51,60 (3,18)		
Attaccamento insicuro	48,44 (2,12)		
SODDISFAZIONE		2,384	,023
Attaccamento sicuro	40,60 (4,10)		
Attaccamento insicuro	37,81 (2,48)		
ESPRESSIONE AFFETTIVA		4,924	,000
Attaccamento sicuro	9,80 (1,00)		
Attaccamento insicuro	8,44 (0,51)		
COESIONE		3,657	,001

Attaccamento sicuro	17,40 (3,18)		
Attaccamento insicuro	14,06 (1,98)		
ADATTAMENTO GLOBALE		3,955	,000
Attaccamento sicuro	119,40 (9,74)		
Attaccamento insicuro	108,75 (5,07)		

**Tabella 13** – Test T di Student: differenze prodotte dal modello di attaccamento sulla qualità della vita di coppia

QUALITA'DELLA VITA DI COPPIA	Media (ds)	T <sub>(34)</sub>	p
IDEALIZZAZIONE/PERSECUZIONE		,877	n.s.
Attaccamento sicuro	51,65 (4,30)		
Attaccamento insicuro	52,94 (4,46)		
SINTONIZZAZIONE		1,331	n.s.
Attaccamento sicuro	49,10 (3,98)		
Attaccamento insicuro	47,06 (5,20)		
DIFFIDENZA		-3,122	,004
Attaccamento sicuro	54,95 (6,64)		
Attaccamento insicuro	61,75 (6,29)		
FANTASIE EROTICHE		,319	n.s.
Attaccamento sicuro	51,20 (5,03)		
Attaccamento insicuro	50,56 (9,94)		
DIPENDENZA		2,190	,036
Attaccamento sicuro	52,20 (5,35)		
Attaccamento insicuro	48,31 (5,21)		

**Tabella 14** – Test T di Student: differenze prodotte dal modello di attaccamento sulle strategie di coping

COPE NVI	Media (ds)	T <sub>(34)</sub>	p
SOSTEGNO SOCIALE		4,696	,000
Attaccamento sicuro	31,05 (4,72)		
Attaccamento insicuro	24,38 (3,51)		
EVITAMENTO		-2,482	,018
Attaccamento sicuro	23,00 (3,30)		
Attaccamento insicuro	25,75 (3,29)		
ATTITUDINE POSITIVA		5,754	,000
Attaccamento sicuro	34,50 (5,19)		
Attaccamento insicuro	26,06 (3,02)		
ORIENTAMENTO AL PROBLEMA		2,538	,016
Attaccamento sicuro	35,30 (3,86)		
Attaccamento insicuro	31,81 (4,37)		
ORIENTAMENTO TRASCENDENTE		2,392	,022
Attaccamento sicuro	24,90 (2,31)		
Attaccamento insicuro	22,25 (4,23)		

### 3. L'influenza del genere e del modello di attaccamento sull'ansia di stato, di tratto sul rischio depressivo

Con un'Anova multifattoriale (vedi Tabella 15) si è indagato come il "Genere" insieme al "Modello di Attaccamento" influenzino l'ansia di stato, di tratto e il rischio depressivo. Osservando gli effetti tra i soggetti, sia il "Genere" [ $F_{(1,32)} = 29,827$ ;  $p < ,01$ ]; sia il "Modello di Attaccamento" [ $F_{(1,32)} = 13,471$ ;  $p < ,01$ ]; sia la loro interazione [ $F_{(1,32)} = 20,477$ ;  $p < ,01$ ]; risultano significativi rispetto all'"Ansia di Stato". Rispetto all'"Ansia di Tratto" risulta una significatività: per il "Genere" [ $F_{(1,32)} = 27,829$ ;  $p < ,01$ ]; per il "Modello di Attaccamento" [ $F_{(1,32)} = 7,322$ ;  $p < ,05$ ]; per il "Genere\*Modello di Attaccamento": [ $F_{(1,32)} = 6,588$ ;  $p < ,05$ ]. Rispetto al "Rischio depressivo" risulta una significatività: per il "Genere" [ $F_{(1,32)} = 36,931$ ;  $p < ,01$ ]; per il "Modello di Attaccamento" [ $F_{(1,32)} = 41,191$ ;  $p < ,01$ ]; e per il "Genere\*Modello di Attaccamento" [ $F_{(1,32)} = 11,509$ ;  $p < ,01$ ], con l'incremento massimo, per le donne con attaccamento insicuro rispetto agli uomini con attaccamento sicuro, dei livelli dell'"Ansia di Stato", dell'"Ansia di Tratto" e del "Rischio depressivo".

**Tabella 15** – Anova multifattoriale: l'influenza del modello dell'attaccamento e del genere sull'ansia di stato, di tratto e sul rischio depressivo

	AAI	Uomini	Donne	Genere			Attaccamento			Genere*AAI		
		M(ds)	M(ds)	$F_{(1,32)}$	p	$\eta^2$	$F_{(1,32)}$	p	$\eta^2$	$F_{(1,32)}$	P	$\eta^2$
STAI Y1	Sic	35,88(3,44)	36,83(3,21)	29,827	,000	,482	13,471	,001	,296	20,477	,000	,390
	Insic	35,00(3,66)	45,22(1,39)									
	Tot	35,47(3,44)	40,43(4,95)									
STAI Y2	Sic	35,12(3,13)	38,25(3,86)	27,829	,000	,465	7,322	,011	,186	6,588	,015	,171
	Insic	35,29(4,15)	44,33(2,06)									
	Tot	35,20(3,44)	40,86(4,40)									
EDS	Sic	3,88(1,80)	5,00(,953)	36,931	,000	,536	41,191	,000	,563	11,509	,002	,265
	Insic	5,14(1,06)	9,11(1,05)									
	Tot	4,47(1,59)	6,76(2,30)									

### 4. L'influenza del genere e del modello di attaccamento sullo stress da infertilità

Si è proceduto, quindi, attraverso un'Anova multifattoriale (vedi Tabella 16), a indagare come il "Genere" insieme al "Modello di Attaccamento" influenzino lo stress da infertilità. Osservando gli effetti tra i soggetti, il "Modello di Attaccamento" produce delle differenze significative sullo

“Stress legato alle Preoccupazioni relazionali” [ $F_{(1,32)} = 6,474$ ;  $p < ,05$ ] e sullo “Stress legato al Rifiuto di una vita senza Figli” [ $F_{(1,32)} = 5,039$ ;  $p < ,05$ ], così come l’interazione “Genere\*Modello di Attaccamento” produce delle differenze ai limiti della significatività sullo “Stress legato alle Preoccupazioni Sociali” [ $F_{(1,32)} = 4,448$ ;  $p < ,05$ ].

**Tabella 16** – Anova multifattoriale: l’influenza del modello dell’attaccamento e del genere sullo stress legato all’infertilità

	AAI	Uomini	Donne	Genere			AAI			Genere*AAI		
		M(ds)	M(ds)	$F_{(1,32)}$	p	$\eta^2$	$F_{(1,32)}$	p	$\eta^2$	$F_{(1,32)}$	P	$\eta^2$
FPI SOC	Sic	23,25(2,60)	23,58(2,77)	5,976	<b>,020</b>	,157	,989	n.s.	,030	4,448	<b>,043</b>	,122
	Insic	22,14(3,57)	26,67(2,82)									
	Tot	22,73(3,03)	24,90(3,14)									
FPI SES	Sicuro	16,75(3,84)	16,75(1,91)	,652	n.s.	,020	,249	n.s.	,008	,652	n.s.	,020
	Insi	16,43(4,03)	18,11(2,71)									
	Tot	16,60(3,79)	17,33(2,33)									
FPI REL	Sic	18,75(2,49)	19,83(1,94)	4,579	<b>,040</b>	,125	6,474	<b>,016</b>	,168	,524	n.s.	,016
	Insic	20,14(2,61)	22,33(2,12)									
	Tot	19,40(2,55)	20,90(2,34)									
FPI FIGLI	Sic	24,00(3,54)	25,83(2,16)	3,757	n.s.	,105	5,039	<b>,032</b>	,136	,015	n.s.	,000
	Insic	26,14(2,54)	28,22(3,59)									
	Tot	25,00(3,20)	26,86(3,03)									
FPI GENIT	Sic	34,50(3,42)	38,50(2,97)	18,948	<b>,000</b>	,372	,016	n.s.	,000	1,017	n.s.	,031
	Insic	33,14(2,85)	39,56(4,58)									
	Tot	33,87(3,13)	38,95(3,68)									
FPI GLOB	Sic	118,7(12,9)	126,1(10,5)	8,443	<b>,007</b>	,209	,874	n.s.	,027	1,245	n.s.	,037
	Insic	118,0(11,9)	134,6(13,6)									
	Tot	118,4(12,0)	129,8(12,4)									

### 4.3 Correlazioni

#### 1. Correlazioni tra l’ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con l’adattamento di coppia

Sono stati osservati i risultati delle correlazioni tra i punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell’EDS con la scala DAS al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con l’adattamento della coppia in soggetti infertili. Dalle analisi emerge (vedi Tabella 17) una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo, dell’ansia di stato con la “Soddisfazione Diadica”, l’”Espressione Affettiva”, la “Coesione Diadica” e “Adattamento Diadico Globale” ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare dell’ansia di stato diminuiscono i punteggi relativi alle sopra citate scale della DAS.

Per quanto riguarda l’ansia di tratto, emerge una correlazione di Pearson significativa, anche qui di segno negativo, dell’ansia di tratto con la “Soddisfazione Diadica”, la “Coesione Diadica” e

“Adattamento Diadico Globale” ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare dell’ansia di tratto diminuiscono i punteggi relativi alle sopra citate scale della DAS.

Infine, emerge una correlazione di Pearson significativa, anche qui di segno negativo, del rischio depressivo con la “Coesione Diadica” e l’“Adattamento Diadico Globale” ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare del rischio depressivo diminuiscono i punteggi relativi alla scale della DAS.

**Tabella 17** – Correlazioni di Pearson, tra l’ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con l’adattamento di coppia

DAS	STAI Y1	Sig	STAI Y2	Sig	EDS	Sig
CONSENSO	-,364*	,029	-,326	n.s.	-,287	n.s.
SODDISFAZIONE	-,538**	,001	-,438**	,008	-,407*	0,14
ESPRESSIONE AFFETTIVA	-,439**	,007	-,348*	,037	-,413*	0,12
COESIONE	-,715**	,000	-,589**	,000	-,618**	,000
ADATTAMENTO GLOBALE	-,615**	,000	-,511**	,001	-,504**	,002

## 2. Correlazioni tra l’ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con la qualità della vita di coppia

Sono state osservate le eventuali correlazioni tra i punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell’EDS con i punteggi del Questionario sulla vita di coppia, al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con la vita di coppia in soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 18) una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo, sia dell’ansia di stato che dell’ansia di tratto con le “Fantasie Erotiche” ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare dell’ansia, sia di stato che di tratto, diminuiscono i punteggi della scala “Fantasie Erotiche” del Questionario sulla vita di coppia, dei soggetti infertili.

Infine, emerge una correlazione di Pearson significativa del rischio depressivo sia con le “Fantasie Erotiche” sia con la “Diffidenza” ( $p < ,01$ ). Nello specifico all’aumentare del rischio depressivo diminuiscono i punteggi della scala “Fantasie Erotiche” e aumentano i punteggi della scala “Diffidenza” del Questionario sulla vita di coppia dei soggetti infertili.

**Tabella 18** – Correlazioni di Pearson, tra l'ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con la qualità della vita di coppia

Questionario sulla vita di coppia	STAI Y1	Sig	STAI Y2	Sig	EDS	Sig
IDEALIZZAZIONE/PERSECUZIONE	,272	n.s.	,261	n.s.	,137	n.s.
SINTONIZZAZIONE	-,342*	,041	-,334	,046	-,253	n.s.
DIFFIDENZA	,400*	,016	,403*	,015	,523**	,001
FANTASIE EROTICHE	-,573**	,000	-,663**	,000	-,564**	,000
DIPENDENZA	,153	n.s.	,243	n.s.	,025	n.s.

### 3. Correlazioni tra l'ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con le strategie di coping

I punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell'EDS sono stati correlati con i punteggi del COPE NVI, al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con le strategie di coping in soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 19) solo una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo, sia dell'ansia di stato che dell'ansia di tratto con le strategie di coping “Orientamento al Problema” ( $p < ,01$ ), quindi all'aumentare dell'ansia, sia di stato che di tratto, diminuiscono i punteggi della strategia di coping “Orientamento al Problema” dei soggetti infertili.

**Tabella 19** – Correlazioni di Pearson, tra l'ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con le strategie di coping

COPE NVI	STAI Y1	Sig	STAI Y2	Sig	EDS	Sig
SOSTEGNO SOCIALE	-,262	n.s.	-,179	n.s.	-,279	n.s.
EVITAMENTO	,097	n.s.	-,096	n.s.	,114	n.s.
ATTITUDINE POSITIVA	-,352*	,035	-,239	n.s.	-,411*	,013
ORIENTAMENTO AL PROBLEMA	-,560**	,000	-,460**	,005	-,316	n.s.
ORIENTAMENTO TRASCENDENTE	,180	n.s.	,260	n.s.	-,024	n.s.

### 4. Correlazioni tra lo stress da infertilità con l'adattamento diadico

È stata osservata la correlazione dei punteggi dello stress legati all'infertilità, così come ci sono stati forniti dal questionario FPI con la scala DAS al fine di valutare la relazione tra lo stress da infertilità con l'adattamento della coppia in soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 20) una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo, dello “Stress legato alle Preoccupazioni sociali” con la “Soddisfazione Diadica”, la “Coesione Diadica” e l’”Adattamento Diadico Globale” ( $p < ,01$ ), quindi all'aumentare dei punteggi dello

“Stress legato alle Preoccupazioni sociali” diminuiscono i punteggi delle scale, sopra citate, della DAS nei soggetti infertili.

Inoltre, sia per quanto riguarda lo “Stress legato alle Preoccupazioni relazionali”, sia per quanto riguarda lo “Stress Globale da Infertilità” emerge una correlazione di Pearson significativa, anche qui di segno negativo, con la “Coesione Diadica” ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare dello “Stress legato alle Preoccupazioni relazionali” e dello “Stress Globale da Infertilità”, diminuiscono i punteggi della scala “Coesione Diadica”, nei soggetti infertili.

Infine, emerge una correlazione di Pearson significativa, anche qui di segno negativo, dello “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” con tutte le scale della DAS ( $p < ,01$ ), quindi all’aumentare dello “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” diminuiscono i punteggi di tutte le scale della DAS nei soggetti infertili.

**Tabella 20** – Correlazioni di Pearson, tra lo stress da infertilità con l’adattamento di coppia

DAS	Sociale	Sig	Ses	Sig	Relaz	Sig	Rif vita Senza figli	Sig	Bis Genit	Sig	Stress Glob	Sig
CONSENSO	-,309	n.s.	-,205	n.s.	-,334*	,046	-,513**	,001	-,140	n.s.	-,287	n.s.
SODDISFAZIONE	-,427**	,009	-,124	n.s.	-,308	n.s.	-,438**	,008	-,157	n.s.	-,276	n.s.
ESPRESSIONE AFFETTIVA	-,389*	,019	-,270	n.s.	-,320	n.s.	-,466**	,004	-,093	n.s.	-,300	n.s.
COESIONE	-,507**	,002	-,382*	,022	-,471**	,004	-,557**	,000	-,336*	,045	-,514**	,001
ADATTAMENTO GLOBALE	-,479**	,003	-,273	n.s.	-,422*	,010	-,576**	,000	-,229	n.s.	-,406*	,014

##### 5. Correlazioni tra lo stress da infertilità e la qualità della vita di coppia

È stata osservata la correlazione dei punteggi dello stress legati all’infertilità, così come ci sono stati forniti dal Questionario FPI con il Questionario sulla vita di coppia, al fine di valutare la relazione tra lo stress da infertilità con la vita di coppia, in soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 21) una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo: dello “Stress legato alle Preoccupazioni Sociali” con la scala “Sintonizzazione” ( $p < ,01$ ), dello “Stress legato alle Preoccupazioni Relazionali” con le scale “Sintonizzazione” e “Fantasie Erotiche” ( $p < ,01$ ); dello “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” con la scala “Idealizzazione/Persecuzione” (segno positivo), “Sintonizzazione” (segno negativo) e “Diffidenza”

(segno positivo); e, infine, dello “Stress legato al Bisogno di Genitorialità” (segno negativo) con le “Fantasie Erotiche”.

**Tabella 21** – Correlazioni di Pearson, tra lo stress da infertilità e la qualità della vita di coppia

Questionario sulla vita di coppia	Sociale	Sig	Ses	Sig	Relaz	Sig	Rif vita Senza figli	Sig	Bis Genit	Sig	Stress Glob	Sig
IDEALIZZAZIONE/ PERSECUZIONE	,246	n.s.	,222	n.s.	,356*	,033	,459**	,005	,145	n.s.	,258	n.s.
SINTONIZZAZIONE	-,561**	,000	-,328	n.s.	-,564**	,000	-,498**	,002	-,199	n.s.	-,430**	,009
DIFFIDENZA	,210	n.s.	,114	n.s.	,379*	,023	,504**	,002	,386*	,020	,291	n.s.
FANTASIE EROTICHE	-,406*	,014	-,180	n.s.	-,470**	,004	-,312	n.s.	-,465**	,004	-,418*	,011
DIPENDENZA	,210	n.s.	,196	n.s.	,182	n.s.	,051	n.s.	,289	n.s.	,264	n.s.

#### 6. Correlazioni tra lo stress da infertilità e le strategie di coping

È stata osservata la correlazione dei punteggi dell’FPI con quelli ottenuti con il COPE NVI al fine di valutare la relazione tra lo stress da infertilità e le strategie di coping dei soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 22) una correlazione di Pearson significativa, di segno negativo, dello “Stress legato alle Preoccupazioni sociali” con le strategie di “Orientamento al Problema” ( $p < ,01$ ); una correlazione, di segno positivo, dello “Stress legato alle Preoccupazioni sessuali” con le strategie di “Evitamento”, ( $p < ,01$ ); una correlazione, di segno negativo dello “Stress legato alle Preoccupazioni relazionali”, dello “Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli” e dello “Stress Globale da Infertilità” con le strategie di “Orientamento al Problema” ( $p < ,01$ ).

**Tabella 22** – Correlazioni di Pearson, tra lo stress da infertilità e le strategie di coping

COPE NVI	Sociale	Sig	Ses	Sig	Relaz	Sig	Rif vita Senza figli	Sig	Bis Genit	Sig	Stress Glob	Sig
SOSTEGNO SOCIALE	-,159	n.s.	-,014	n.s.	-,343*	,041	-,338*	,044	,114	n.s.	-,097	n.s.
EVITAMENTO	,204	n.s.	,479**	,003	,198	n.s.	,374*	,025	,133	n.s.	,376*	,024
ATTITUDINE POSITIVA	-,256	n.s.	-,163	n.s.	-,401*	,015	-,412*	,013	,043	n.s.	-,224	n.s.
ORIENTAMENTO AL PROBLEMA	-,562**	,000	-,376*	,024	-,468**	,004	-,432**	,008	-,199	n.s.	-,445**	,006
ORIENTAMENTO TRASCENDENTE	,316	n.s.	,093	n.s.	,135	n.s.	,134	n.s.	,330*	,049	,295	n.s.

#### 7. Correlazioni tra l’ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con lo stress da infertilità

Si è dunque passati ad osservare le correlazioni dei punteggi dello STAI (Y1 e Y2) e dell'EDS con i punteggi dell'FPI, al fine di valutare la relazione tra la sintomatologia ansiosa (di stato e di tratto) e il rischio depressivo con lo stress da infertilità dei soggetti infertili.

Dalle analisi emerge (vedi Tabella 23) una correlazione di Pearson significativa, di segno positivo, sia dell'ansia di stato che dell'ansia di tratto e del rischio depressivo con: lo "Stress legato alle Preoccupazioni sociali"; lo "Stress legato alle Preoccupazioni relazionali"; lo "Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli"; lo "Stress legato al Bisogno di Genitorialità"; e lo "Stress Globale da Infertilità" ( $p < ,01$ ), quindi all'aumentare dell'ansia di stato, dell'ansia di tratto e del rischio depressivo aumentano i punteggi di tutte le scale (con esclusione della scala "Stress legato alle Preoccupazioni sessuali") dello stress da infertilità.

**Tabella 23** – Correlazioni di Pearson tra l'ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo con lo stress da infertilità

FPI	STAI Y1	Sig	STAI Y2	Sig	EDS	Sig
SOCIALE	,634**	,000	,608**	,000	,453**	,006
SESSUALE	,351*	,036	,302	n.s.	,178	n.s.
RELAZIONALE	,555**	,000	,557**	,000	,505**	,002
RIFIUTO VITA SENZA FIGLI	,497**	,002	,464**	,004	,523**	,001
BISOGNO DI GENITORIALITA'	,489**	,003	,481**	,003	,443**	,007
STRESS GLOBALE	,566**	,000	,516**	,001	,437**	,008

#### 8. Correlazioni tra il Modello di Attaccamento e l'adattamento diadico

Si è quindi passati ad osservare le correlazioni tra il modello di attaccamento con i punteggi della DAS al fine di valutare la relazione del modello di attaccamento con la qualità dell'adattamento di coppia in soggetti infertili. Dalle analisi emerge (vedi Tabella 24) come il modello di attaccamento correli significativamente con il "Consenso Diadico", l'"Espressione affettiva", la "Coesione Diadica", e l'"Adattamento Diadico globale" ( $p < ,01$ ), con segno negativo, per cui il modello di attaccamento sicuro presenta valori più alti nelle varie scale dell'adattamento di coppia per contro il

modello di attaccamento insicuro presenta valori più bassi nelle varie scale dell'adattamento di coppia.

**Tabella 24** – Correlazioni di Pearson, tra il modello di attaccamento con l'adattamento di coppia

DAS	Attaccamento	Sig
CONSENSO	-,504**	,002
SODDISFAZIONE	-,378*	,023
ESPRESSIONE AFFETTIVA	-,645**	,000
COESIONE	-,531**	,001
ADATTAMENTO GLOBALE	-,561**	,000

### 9. Correlazioni tra il modello di attaccamento e la qualità della vita di coppia

Si sono osservate, ancora, le correlazioni tra il modello di attaccamento con i punteggi del Questionario sulla vita di coppia al fine di valutare la relazione del modello di attaccamento con la vita di coppia dei soggetti infertili. Dalle analisi emerge (vedi Tabella 25) come il modello di attaccamento correli significativamente con la “Diffidenza” ( $p < ,01$ ), con segno positivo, per cui il modello di attaccamento sicuro presenta valori più bassi nella scala della “Diffidenza” per contro il modello di attaccamento insicuro presenta valori più alti nella scala della “Diffidenza”.

**Tabella 25** – Correlazioni di Pearson, tra il modello di attaccamento e la qualità della vita di coppia

Questionario sulla vita di coppia	Attaccamento	Sig
IDEALIZZAZIONE/PERSECUZIONE	,149	n.s.
SINTONIZZAZIONE	-,222	n.s.
DIFFIDENZA	,472**	,004
FANTASIE EROTICHE	-,055	n.s.
DIPENDENZA	-,352*	,036

### 10. Correlazioni tra il Modello di Attaccamento e le strategie di coping

Si sono osservate, quindi, le correlazioni tra il modello di attaccamento con i punteggi del COPE NVI al fine di valutare la relazione del modello di attaccamento con le strategie di coping adottate dai soggetti infertili. Dalle analisi emerge (vedi Tabella 26) come il modello di attaccamento correli significativamente, con segno negativo, con le strategie “Sostegno Sociale” e “Attitudine Positiva”

( $p < ,01$ ). Per cui il modello di attaccamento sicuro presenta punteggi più alti con le strategie di “Sostegno Sociale” e le strategie di “Attitudine Positiva” mentre il modello di attaccamento insicuro presenta punteggi più bassi per le strategie di “Sostegno Sociale” e le strategie di “Attitudine Positiva”.

**Tabella 26** – Correlazioni di Pearson, tra il modello di attaccamento e le strategie di coping

COPE NVI	Attaccamento	Sig
SOSTEGNO SOCIALE	-,627**	,000.
EVITAMENTO	,392*	,018
ATTITUDINE POSITIVA	-,702**	,000
ORIENTAMENTO AL PROBLEMA	-,399*	,016
ORIENTAMENTO TRASCENDENTE	-,380*	,022

## 5. Discussione

Nonostante lo studio sia stato condotto con il dovuto rigore, ci sono degli evidenti limiti dello stesso determinati principalmente dall'esiguità del campione. Il lavoro che ne risulta può essere considerato un'indagine iniziale, che meriterebbe approfondimenti con il coinvolgimento di un maggior numero di soggetti infertili.

Il presente studio si propone come lavoro di natura puramente esplorativa data la ridotta numerosità del campione esaminato. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di analizzare come uomini e donne infertili affrontino la difficile situazione di vita in cui si trovano, andando ad esplorare il possibile sviluppo della sintomatologia ansiosa, il rischio depressivo, il livello di stress legato alla condizione di infertilità, ma anche il modello di attaccamento, l'aspetto qualitativo della vita di coppia e il modo in cui vengono affrontate le situazioni più critiche e stressanti.

Per quanto riguarda le indagini effettuate circa la presenza di comportamenti ansiosi si evidenziano, in accordo con altri studi (Andrews, Abbey e Halman, 1991; Jordan e Revenson, 1999; Adashi et al., 2000; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver e Coddington, 2011) differenze statisticamente significative tra uomini e donne sia sulle manifestazioni ansiose di stato sia su quelle di tratto. In entrambi i casi i valori medi riportati da uomini e donne sembrerebbero mostrarsi al di sotto della

soglia di clinicità (*cut-off*= 41); quindi il campione preso in esame non manifesta livelli clinicamente significativi di ansia. Analogamente, dalle analisi dei risultati, in accordo con la letteratura (Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Chachamovic et al., 2009; Verhaak et al., 2007), emergono differenze circa la presenza di un probabile rischio dello sviluppo della sintomatologia depressiva maggiore nelle donne rispetto agli uomini infertili, ma anche qui il campione rimane sotto la soglia di clinicità (8/9).

Altro dato interessante, rispetto alle differenze prodotte dal genere sui livelli di ansia e sul rischio depressivo riguarda l'interazione del genere con l'età. I risultati mostrano, in accordo con altri lavori (Demyttenaere, Nijs, Evers-Kiebooms e Koninckx, 1991; McQuillan, Greil, White e Jacob, 2003) che all'aumentare dell'età si riducono i livelli di ansia di stato e il rischio depressivo in soggetti infertili mentre l'età non sortisce alcun effetto sull'ansia di tratto.

Considerazioni simili possono essere fatte in merito allo stress legato all'infertilità, poiché anche in questo caso le donne presentano, in accordo con altri studi (Bayley, Slade e Lashen, 2009; Cserepes, Kolla'r, Sa'py, Wischmann e Buga'n, 2013; Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia e Matos, 2013), più alti livelli di stress rispetto agli uomini per le scale dello "Stress Globale", dello "Stress legato al Bisogno di genitorialità" e dello "Stress legato alle Preoccupazioni sociali".

Altra variabile importante, che è stata esplorata, riguarda il numero dei trattamenti. Contrariamente a quanto ci si immagina, all'aumentare del numero dei trattamenti si riduce il livello dello Stress Globale. Tuttavia, già altri lavori (Fekkes et al., 2003) avevano osservato come un numero maggiore di trattamenti aiuti i soggetti infertili ad affrontare meglio i disagi emotivi derivati dall'infertilità. Del resto anche Edelmann e Connolly (2000) avevano asserito che solo le coppie che rispondono meglio alle condizioni di stress possono sottoporsi a più trattamenti.

Mentre per quanto riguarda lo "Stress legato alle Preoccupazioni Sociali", lo "Stress legato alle Preoccupazioni sessuali", lo "Stress del Rifiuto di una vita senza figli" e lo "Stress Globale" una variabile importante è data dall'età. Con l'aumentare dell'età si riducono le sopracitate forme di

stress legate all'infertilità. Al contrario, altri studi (Greil, McQuillan, Lowry e Shreffler, 2011) avevano asserito che le donne con maggiore età presentano più alti livelli di stress rispetto a quelle più giovani poiché più pressate dalle scadenze dell' "orologio biologico". I risultati del presente lavoro sembrano, invece, dimostrare che l'aumentare dell'età aiuti le donne ad accettare la possibilità di vivere una vita senza figli e di investire verso altri obiettivi. Del resto anche un lavoro di Boivin (2006) aveva provato che donne infertili con un'età inferiore ai 31 anni presentano maggiore probabilità di insuccesso del trattamento riproduttivo e, soprattutto, un più elevato livello di stress.

Inoltre, molto interessante è il dato emerso sui livelli dello "Stress legato alle Preoccupazioni sessuali" che variano non solo secondo il genere ma anche in interazione con le cause da infertilità. Qui il punteggio massimo si ottiene, questa volta negli uomini, con le cause maschili mentre il punteggio minimo si ottiene, sempre negli uomini, con le cause miste. Sembra, allora che, in alcuni casi, la ricerca di chi sia da biasimare possa avere ripercussioni negative sull'uomo, a cui viene diagnosticata l'infertilità, più che sulla donna. È importante sottolineare come tali effetti si riflettano maggiormente sulla vita sessuale, probabilmente perché l'uomo sperimenta un vissuto di non essere riuscito a rispettare la norma sociale della riproduzione con la conseguente sensazione di perdita di virilità a cui si può associare una disfunzione sessuale. Del resto, in letteratura (Rosenfeld e Mitchell, 1979) si era già notato che soggetti con normali funzioni sessuali, dopo la scoperta della loro infertilità possono riportare disfunzioni orgasmiche o impotenza.

Per quanto riguarda le indagini sull'adattamento diadico e sulla qualità della vita di coppia, sembrerebbero non esserci differenze statisticamente significative tra il campione degli uomini e delle donne della presente ricerca e comunque i valori rientrano in un range di benessere di coppia in accordo con altri lavori (Wischmann, Scherg, Strowitzki e Verres, 2009). L'unico aspetto, che implica una differenziazione dei punteggi nei soggetti, riguarda l'espressione delle fantasie erotiche. È risultato che il campione degli uomini infertili sia più propenso a manifestare ed esprimere le

fantasie sessuali rispetto al campione delle donne infertili, le quali invece risultano essere più reticenti. Tale differenza di genere è stata riscontrata anche in altri studi nei quali sono state indagate le fantasie erotiche di uomini e donne (Leitenberg e Henning, 1995; Giusti, Mariani e Salerno, 2011).

Andando ad analizzare le modalità di coping utilizzate da uomini e donne, in particolare in una situazione difficile come quella dell'infertilità, che implica profondi cambiamenti nella vita della coppia, la ricerca non ha riportato grandi differenze nelle reazioni femminili e maschili, se non per quanto riguarda i fattori "Orientamento trascendente" e "Sostegno Sociale". Le donne avrebbero mostrato di ricorrere maggiormente al supporto sociale e alle preghiere ricercando aiuto e conforto nella religione soprattutto quando percepiscono maggiori livelli di ansia sia di stato che di tratto. Probabilmente le donne ricercano protezione nella divinità o confidano in un'entità superiore per affrontare un momento così critico e doloroso della loro vita come può essere quello dell'infertilità. Del resto, altri studi (Peterson, Newton, Rosen e Shulman, 2006a; Lechner, Bolman e Van Dalen, 2007; Greil, 1997; Jordan e Reversion, 1999) avevano già mostrato che esistono 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. Infatti, in un primo lavoro sugli stili di coping messi in atto da uomini e donne infertili (Pottinger et al., 2006) viene sottolineato quanto le donne tendano a fare affidamento alla fede nella speranza di veder realizzato il sogno di avere un figlio; per quanto riguarda gli uomini invece, appaiono più chiusi e non propensi a condividere il loro dolore, questo al fine, probabilmente, di mostrarsi forti agli occhi della partner e sostenerla.

Prendendo in esame le osservazioni fatte sul modello di attaccamento, i risultati ottenuti dal campione della ricerca, a livello descrittivo, evidenziano una differenza significativa tra il modello di attaccamento insicuro e il modello di attaccamento sicuro, per i livelli dell'ansia di stato e di tratto, per il rischio depressivo e per lo stress da infertilità (Stress legato alle Preoccupazioni

Relazionali e Stress legato al Rifiuto di una vita senza figli). In accordo con lo studio di Donarelli e colleghi (2012), possiamo ipotizzare che soggetti infertili con un modello di attaccamento insicuro presentino livelli di stress più elevati soprattutto in situazioni difficili come quelle dell'infertilità e come si ipotizzava, più alti livelli di ansia e di rischio depressivo (Amir, Horesh e Lin-Stein, 1999). Passando a discutere i risultati relativi alle differenze prodotte dal modello di attaccamento sui punteggi relativi alle strategie di coping, alla vita di coppia e all'adattamento diadico, possiamo asserire che i soggetti che posseggono un modello di attaccamento sicuro beneficiano di una relazione di coppia più stabile e solida nella quale sanno di poter trovare supporto e grazie alla quale riescono, probabilmente, ad affrontare le situazioni più difficili con un atteggiamento positivo di risoluzione del problema. Questi primi risultati si propongono come un punto di partenza per future ricerche sull'argomento, viste le importanti implicazioni cliniche. Di fatto, anche se una consulenza psicologica a breve termine non è in grado di offrire l'opportunità di modificare i propri modelli di attaccamento, un approccio volto a creare le condizioni, per i soggetti infertili, di comprendere come la loro dinamica di attaccamento sia associata al loro modo di gestire lo stress può rappresentare un primo passo per la maggiore consapevolezza e il cambiamento.

L'analisi delle correlazioni, mirata a verificare l'ipotesi dell'esistenza di una connessione statisticamente significativa tra la scala dell'adattamento diadico e il questionario sulla vita di coppia con l'ansia di stato e di tratto e il rischio depressivo, ha riportato come all'aumentare dell'ansia e del rischio depressivo diminuiscono, in generale, i punteggi dell'adattamento di coppia e delle fantasie erotiche dei soggetti infertili. Tali risultati sono in linea con quanto già presente in letteratura (Musa et al., 2004) e sintetizzabili con l'espressione dello "sciopero del piacere" dei soggetti infertili (Auhagen-Stephanos, 1993).

Significativa è, inoltre, la correlazione negativa tra i disagi emotivi con la strategia di coping "Orientamento al problema" dimostrando, ancora una volta, come tale metodo di affrontare

situazioni stressanti sia un importante fattore protettivo (Benyamini, Gozlan e Kokia, 2009; Gourounti, Anagnostopoulos e Vaslamatzis, 2010b).

Le analisi delle correlazioni tra lo stress da infertilità con la DAS e con il Questionario sulla vita di coppia ha riportato come all'aumentare dello stress legato alle preoccupazioni sociali, relazionali e al rifiuto di una vita senza figli, diminuisce sia il punteggio relativo alla scala della coesione diadica, ovvero la capacità e il desiderio del soggetto di condividere insieme al partner azioni per raggiungere obiettivi comuni, ma anche quello relativo alla scala della sintonizzazione. Da un punto di vista della pratica clinica questi risultati ci indicano l'importanza di approfondire, con i soggetti infertili, la dinamica della relazione di coppia visto che la soddisfazione coniugale correla con lo stress da infertilità.

Inoltre, lo Stress Globale da Infertilità correla negativamente con le Strategie di Orientamento al Problema in linea con l'idea generale (Gourounti, Anagnostopoulos e Vaslamatzis, 2010a) che gli individui che affrontano attivamente le avversità, risultano meno stressati rispetto a chi le subisce.

Analogo discorso può essere fatto per il modello di attaccamento, visto che il modello di attaccamento sicuro correla positivamente con strategie di tipo attivo mentre il modello di attaccamento insicuro correla positivamente con strategie di evitamento.

Il modello di attaccamento sicuro, inoltre, presenta una correlazione positiva anche con una soddisfazione coniugale dei soggetti infertili rispetto al modello di attaccamento insicuro che, di contro, correla positivamente con modalità di diffidenza e idealizzazione. Nell'infertilità, il modello di attaccamento sicuro sembra dunque essere legato a una più alta soddisfazione coniugale rispetto al modello di attaccamento insicuro ove l'altro è vissuto più facilmente come inaffidabile o rifiutante. Tale percezione, quindi, comporta una riduzione della ricerca di aiuto e maggiori modalità di evitamento, così come è emerso anche da altri lavori (Vogel e Wei, 2005).

## **CONCLUSIONI**

Le indagini qui riportate non mirano a proporre risultati esaustivi o conclusivi e neppure ad arrivare a una spiegazione univoca, ma semplicemente intendono rappresentare un'analisi esplorativa che necessita di successivi e più approfonditi studi. Di fatto, il numero ridotto del campione non ha consentito di svolgere analisi più approfondite. Allo stesso tempo è significativo il dato relativo alla complessità di reperire soggetti infertili poiché potrebbe testimoniare un loro rifiuto, motivato dal desiderio di non doversi “mettere ulteriormente a nudo”, attraverso altre indagini, in aggiunta ai dolorosi, emotivamente e fisicamente, trattamenti medici.

Altro aspetto da considerare, che non ha permesso un'analisi più puntuale del fenomeno oggetto d'indagine, è dato dalla carenza in Italia di strumenti specifici per la valutazione psicologica di pazienti infertili, visto le numerose variabili legate alla condizione di infertilità, che possono sortire delle influenze sui vissuti emotivi dei soggetti stessi.

A prescindere dalle limitazioni appena citate, dal presente lavoro sono emerse differenze significative tra i punteggi degli uomini e delle donne in quasi tutti i fattori studiati, che ci portano a riflettere sul motivo per cui emerge questo divario. In sintesi, lo studio indica che i soggetti infertili

presentano alcune difficoltà emotive non clinicamente significative conservando un buon adattamento di coppia. Le donne infertili nello specifico risultano più depresse, ansiose e stressate rispetto agli uomini infertili. Questo può essere interpretato sia come un effetto prodotto dal genere, come hanno suggerito Edelman e Conolly (2000), oppure come un prodotto determinato dall'impatto del trattamento della PMA, visto che le donne sono molto più coinvolte con le varie procedure mediche previste dai protocolli di fecondazione assistita o dalla concomitanza di queste cause. Il presente studio non consente di stabilire il perché di tale differenza, tali risultati possono comunque avere importanti implicazioni cliniche poiché evidenziano che l'inizio dei trattamenti determina un disagio emotivo nei soggetti infertili, in special modo nelle donne, che, dunque, necessitano di essere accolti, per esempio con un intervento di informazione psicoeducativo, al fine di promuovere un miglior adattamento ai trattamenti previsti per la PMA e rispondere, in modo più puntuale, a domande fisiche ed emotive dei soggetti.

Nel lavoro emerge, inoltre, come altre variabili acquistano un certo peso nell'esperienza dell'infertilità. Nello specifico, con l'aumentare dell'età le donne divengono sempre più capaci di accettare la propria condizione di infertilità e probabilmente di elaborarla e investire su altri obiettivi ma anche, parallelamente, un diverso coinvolgimento emotivo delle stesse a seconda del numero di cicli di trattamenti affrontati. Si osserva, infatti, maggiore disagio emotivo nei primi cicli di trattamento rispetto agli ultimi. Tali risultati possono essere interpretati in base al fattore novità dell'esperienza e/o per la carenza d'informazione sulla procedura e/o per una maggiore aspettativa che viene riposta nel primo trattamento rispetto all'ultimo.

Altro risultato interessante riguarda le reazioni emotive dei soggetti in base alla responsabilità delle difficoltà riproduttive. Dal presente lavoro è emerso come la causa di infertilità di tipo maschile comporti una differenza di genere nel punteggio dello "Stress sessuale" legato all'infertilità, così come emerge dalla somministrazione dell'FPI, con valori più alti, questa volta, negli uomini piuttosto che nelle donne.

Un'altra variabile, che il ristretto numero di soggetti, non ha permesso di esplorare riguarda il numero di aborti spontanei che si ipotizza avere un peso rilevante sui vissuti emotivi dei soggetti infertili e che potrebbe essere oggetto di studio di altri lavori su tale fenomeno.

Altre osservazioni interessanti riguardano l'esplorazione del modello di attaccamento che portano a sostenere come più alti livelli di sofferenza, legati all'infertilità, siano percepiti maggiormente dai soggetti donne con modelli di attaccamento insicuro e come il modello di attaccamento sicuro sia correlato a un più soddisfacente legame di coppia e a più adattive strategie di coping.

Benché, come già detto, le indagini qui riportate possano essere considerate solo uno studio preliminare, si auspica che tali conclusioni, giustifichino un proseguimento della ricerca sui modelli di attaccamento legati alle molteplici variabili psicosociali delle condizioni di infertilità. Inoltre, visto che i risultati del presente lavoro portano a concludere che è presente un maggior impatto psicologico nelle donne piuttosto che negli uomini, potrebbero essere utili nuove ricerche, anche di tipo longitudinale e che coinvolgano un maggior numero di soggetti, per chiarire le differenze del benessere mentale in donne e uomini infertili tenendo sotto controllo altre variabili considerate rilevanti sul tema dell'infertilità (p.e. età; livello di istruzione; professione lavorativa; numero di trattamenti; tipologia di trattamento; numero di aborti spontanei; causa dell'infertilità, etc).

## BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., (2005).** *Omnia. Enciclopedia della Medicina.* Novara, De Agostini.
- Abbey, A., (2000).** *Adjusting to infertility.* In: Harvey J. H., Miller E. D., (Eds.), *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives.* Brunner-Routledge, New York, pp. 331-344.
- Adashi, E.Y., Cohen, J., Hamberger, L., Jones, H.W. Jr., de Kretser, D.M., Lunefeld, B. et al., (2000).** *Public perception on infertility and its treatment: an international survey.* *Human Reproduction*, 15 (2), 330-334.
- Afifi, T.O., MacMillan, H., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., Sareen, J., (2009).** *Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females.* *J Interpers Violence*, 24 (8), 1398–1417.
- Agnello, G., (2005).** *Oceano fertilità,* Milano, Springer.
- Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M.R., Bazargan-Hejazi, S., (2011).** *Male infertility and depression: a neglected problem in the Middle East.* *J Sex Med*, 8 (3), 824–830.
- Ainsworth, M.S.A., (1967).** *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* Oxford: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S., (1978).** *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Oxford, UK: Erlbaum.
- Aldous, J. e Ganey, R.F., (1999).** *Family life and the pursuit of happiness the influence of gender and race.* *Journal Fam Issues*, 20 (2),155–180.
- American Society of Reproductive Medicine, (2013).** *Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion.* *Fertil Steril*, 99 (1), 63.
- Amir, M., Horesh, N., Lin-Stein, T., (1999).** *Infertility and adjustment in women: the effects of attachment style and social support.* *J Clin Psychol Med Settings*, 6, 463–479.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., Möller, A., (2005).** Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20 (10), 2969-2975.
- Anderson, K.M., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D.S., (2003).** *Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic.* *J Psychosom Res*, 54 (4), 353–355.
- Andrews, F., Abbey, A., Halman, L., (1991).** *Stress from infertility, marriage factors, and subjective well being of wives and husbands,* *Journal of health and social Behavior*, 32, 238-242.
- Andrews, F.M., Abbey, A., Halman, L.J., (1992).** *Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples.* *Fertil Steril*. 57 (6), 1247–1253.
- Angelini, A., Brusco, G., Barnocchi, N., El-Danasouri, I., Pacchiarotti, A., Selman, H., (2006).** *Impact of physician performing embryo transfer on pregnancy rates in an assisted reproductive program.* *J Assist Reprod Genet*, 23, 329–332.

- Ardenti R., (1999).** *Il supporto psicologico durante l'iter della Procreazione Medicalmente Assistita*, in La Sala G.B. *Bambini e genitori speciali? Dal bambino desiderato al bambino reale*. Roma: Carocci.
- Atala, K.D. e Carter, B.D., (1993).** *Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention*. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.
- Auhagen-Stephanos U., (1993).** *La maternità negata. La paura inconscia di un figlio desiderato*. Torino: Boringhieri.
- Bandura A., (1996).** *Il senso dell'autoefficacia*. Trento: Erickson.
- Bak C.W., Seok H.H., Song S.H., Kim E.S., Her Y.S., Yoon T.K., (2012).** *Hormonal imbalances and psychological scars left behind in infertile men*. *J Androl*, 33 (2), 181–189.
- Bayley, T.M., Slade, P., Lashen, H., (2009).** *Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns*. *Hum Reprod*, 24 (11), 2827–2837.
- Bensimon, M., (2012).** *Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: the role of trait resilience*. *Personality and Individual Differences*, 52, 782–787.
- Berg, B. e Wilson, J.F., (1991).** *Psychological functioning across stages of treatment for infertility*. *Journal of behavioral Medicine*, 14 (1), 11-26.
- Berger, R., Paul, M.S., Henshaw, L.A., (2013).** *Women's Experience of Infertility: A Multi-systemic Perspective*. *J of International Women's Studies*, 14 (1), 1-16.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Khohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., et al., (1999).** *Treatment related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI*. *Andrologia*, 31, 27-35.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., Kokia, E., (2009).** *Women's and men's perception of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach*. *Br J Health Psychol*, 14, 1–16.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolari, C., Valoriani, V., Cox, J.L., (1999).** *The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italiana sample*. *Journal of Affective Disorders*, 53, 173-141
- Bianchi-Demicheli, F., Medico, D., Lucas, H., Chardonnens, D., (2003).** *Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction*. *Mèd et Hyg*, 2429 (61), 599-602.
- Blenner, J.L., (1990).** *Passage through Infertility Treatment: a Stage Theory*, “*Journal of Nursing Scholarship*”. 22 (3), 153-158.
- Boivin, J. e Takefman, J., (1995).** *Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women*. *Fertility and Sterility*, 64 (4), 802-810.

- Boivin, J., Shoog-Svanberg, A., Anderson, L., Hjelmstedt, A., Bergh, T., Collins, A., (1998).** *Distress Level in Men Undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection versus In-Vitro Fertilization.* Human Reproduction, 1 (5), 1403-1406.
- Boivin, J. e Schmidt, L., (2005).** *Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later.* Fertil Steril, 83, 1745–1752.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G., (2007).** *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care.* Human Reproduction, 22, 1506-1512.
- Boivin, J., Griffiths, E., Venetis, C.A., (2011).** *Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: a meta-analysis of prospective psychosocial studies.* Br Med J, 342.
- Bouwman, C.A., Lintsen, B.A., Al, M., Verhaak, C.M., Eijkemans, R.J., Habbema, J.D. et al., (2008).** *Absence from work and emotional stress in women undergoing IVF or ICSI: an analysis of IVF-related absence from work in women and the contribution of general and emotional factors.* Acta Obstet Gynecol Scand, 87 (11), 1169-1175.
- Bowlby, J., (1973).** *Attachment and loss, Vol.2: Separation.* Tr it. Attaccamento e perdita. Vol. II. La separazione della madre. 1975. Torino: Boringheri.
- Bowlby, J., (1988).** *A Secure Base.* London, Routledge 11 New Fetter Lane. Tr it. Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. 1989. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bradbury, T.N., Fincham, F.D., Beach, S.R., (2000).** *Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review.* J Marriage Fam, 62 (4), 964–980.
- Brandes, M., Van der Steen, J.O.M., Bokdam, S.B., Hamilton, C.J.C.M., De Bruin, J.P., Nelen W.L.D.M. et al., (2009).** *When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population.* Hum Reprod, 24, 3127–3135.
- Barzilai Pesach, V., Sheiner, E.K., Sheiner, E., Potashnik, G., ShohamVardi, I., (2006).** *The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments.* J Occup Environ Med, 48, 56–62.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R., e La Sala, G.B., (1997).** *Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factors.* Acta ostetricia et ginecologica scandinavica, 76, 431-437.
- Brucker, P.S. e McKenry, P.C., (2004).** *Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility.* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 33 (5), 597–603.

- Busby, D.M., Christensen, C.D., Crane, R., Larson, J.H., (1995).** A revision of the diadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couplet: construct hierarchy and multidimensional scales. *J of Marital and Family Therapy*, 21 (3), 289–308.
- Burton, G.J., Jauniaux, E., Charnock-Jones, D.S., (2007).** *Human early placental development: potential roles of the endometrial glands.* *Placenta*, 28, 64–69.
- Büyükaşık-Colak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., Bozo, O., (2012).** *Mediating role of coping in the dispositional optimism-posttraumatic growth relation in breast cancer patients.* *The Journal of Psychology*, 146, 471–483.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R.E., Rosenwaks, Z., (2011).** *A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact.* *Fertil Steril*, 95 (2), 711–716.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., (1989).** *Assessing coping strategies: A theoretically based approach.* *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- CECOS - Centro Studi e Conservazione Ovociti e Sperma umani** [www.fertilitas.it](http://www.fertilitas.it)
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., Passos, E., (2009).** *Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study.* *Hum Reprod*, 24 (9), 2151–2157.
- Chen, Z., Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Shikai, N., Fujihara, S. et al., (2007).** *The role of personalities in the marital adjustment of Japanese couples.* *Soc Behav Pers*, 35 (4), 561–572.
- Chiaffarino, F., Baldini, M.P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C. et al., (2011).** *Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department.* *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 158 (2), 235-241.
- Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S., Tureck, R., (1992).** *Perceptions of infertility and treatments stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment.* *Fertility and Sterility*, 57 (2), 350-356.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., Liedtke, R., (2001).** *Alexithymia in Male Infertility.* *Human Reproduction*, 16 (3), 587-592.
- Conger, R.D., Conger, K.J., Elder, J.R., Lorenz, F.O., (1990).** *Linking economic hardship to marital quality and instability.* *J Marriage Fam*, 52 (3), 643–656.
- Cousineau, T.M. e Domar, A.D., (2007).** *Psychological impact of infertility.* *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21, 298-308.

- Cox, J.L., Holden, J.M. e Sagovsky, R., (1987).** *The Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS).* British Journal of Psychiatry, 150 (trad. it.) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. Journal of Affective Disorders, 1999, 53 (2), 137-141.
- Csemiczky, G., Landgren, B.M., Collin, A., (2000).** *The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 79, 113–118.
- Cserepes, R.E., Kolla´r, J., Sa´py, T., Wischmann, T., Buga´n, A., (2013).** *Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women.* Arch Gynecol Obstet, 288 (4), 925–932.
- Daniluk, J.C., (2001).** *Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couplet.* Journal of Counseling & Development, 79 (4), 439– 449.
- de Klerk, C., Macklon, N.S., Heijnen, E.M., Eijkemans, M.J., Fauser, B.C., Passchier, J. et al., (2007).** *The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy.* Hum Reprod, 22 (9), 2554-2558.
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., Koninckx, P.R., (1989).** *The effect of a specific emotional stressor on prolactin, cortisol, and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety.* Fertil Steril, 52, 942–948.
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., Koninckx, P.R., (1991).** *Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in-vitro fertilization.* Journal of psychosomatic research, 35 (2/3), 231-243.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., Friedman, R., (1993).** *The psychological impact of infertility – a comparison with patients with other medical conditions.* J Psychosom Obstet Gynecol, 14, 45–52.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., Freizinger, M., (2000).** *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women.* Fertil Steril. 73 (4), 805–811.
- Domar, A.D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., Alper, M., (2010).** *A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment.* Fertil Steril, 94, 1457–1459.
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., Allegra, A., (2012).** *Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect.* Human Reproduction, 27, 3215–3225.

- Downey, J. e Mc Kinney, M., (1992).** *The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation*, American Journ Orthopsychiat, 62 (2), 196-205.
- Drosdzol, A., Skrzypulec, V., (2008).** *Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples*. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 13, 371-381.
- Ebbesen, S.M.S., Zachariae, R., Mehlsen, M.Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L. et al., (2009).** *Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study*. Hum Reprod, 24, 2173–2182.
- Edelmann, R.J. e Connolly, K.J., (1986).** *Psychological aspects of infertility*. Br J Health Psychol, 59, 209-219.
- Edelmann, R.J. e Connolly, K.J., (2000).** *Gender differences in response to infertility and infertility investigations: real or illusory*. Br J Health Psychol, 5 (4), 365–375.
- El Kissi, Y., Romdhane, A.B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H. et al., (2013).** *General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 167 (2), 185-189.
- Eugster, A. e Vingerhoets, A.J.J.M., (1999).** *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review*. Soc Sci Med, 48 (5), 575–589.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fiorono, L., Neri, I., Genazzani, A.R., (1992).** *Psychosomatic disorders related to gynecology*. Psychother Psychosom, 58, 137–154
- Farinati, D.M., Rigoni, M.S., Muller, M.C., (2006).** *Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde*. Estud psicol (Campinas) [online], 23 (4), 433-439.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., Garzaro, L., (2002a).** *Anxiety, depression and anger suppression in infertile couplet: a controller study*. Human Reproduction, 17 (11), 2986-2994.
- Fassino, S., Garzano, L., Peris, C., Aminato, F., Pierò, A., Daga, G., (2002b).** *Temperament and character in couples with fertility disorders: a couple bind controlled study*. Fertility and Sterility, 77, 1233-1240.
- Fatoye, F.O., Owolabi, A.T., Egunranti, B.A., Fatoye, G.K., (2008).** *Unfulfilled desire for pregnancy: gender and family differences in emotional burden among a Nigerian sample*. J Obstet Gynecol, 28 (4), 408–409.
- Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H., Braat, D.D., Brewaeys, A.M., Dolfing, J.G. et al., (2003).** *Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment*. Hum Reprod, 18 (7), 1536-1543.

- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., Chaves, C., (2015).** *Influence of infertility and fertility adjustment on marital Satisfaction.* *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 96-103.
- Fisher, J.R.W., Rowe, H., Hammarberg, K., (2012).** *Admissions for early parenting difficulties among women with infants conceived by assisted reproductive technologies: a prospective cohort study.* *Fertil Steril*, 97, 1410–1416.
- Folkvord, S., Odegaard, O.A., Sundby, J., (2005).** *Male infertility in Zimbabwe.* *Patient Educ Couns*, 59 (3), 239–243.
- Frish M.B., (2001).** *Psicoterapia integrata della qualità della vita.* Roma: Sovera Editore.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Matos, M., (2013).** *The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress.* *J Clin Psychol Med Settings*, 20 (4), 497–507.
- Gallinelli, A., Roncaglia, R., Matteo, M.L., Ciaccio, I., Volpe, A., Facchinetti, F., (2001).** *Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer.* *Fertility and Sterility*, 76, 85-91.
- Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z. et al., (2013).** *Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China.* *J Sex Med*, 10 (8), 1935–1942.
- Gentili P. e Franzese A., (1991).** *Valutazione dei meccanismi di difesa in un campione di coppie infertili,* *Rivista Sessuologia*, 15 (1), 31-36.
- Gentili, P., Contreras, L., Cassaniti, M., D’Arista, F., (2002).** *La Dyadic Adjustment Scale: Una misura dell’adattamento di coppia.* *Minerva Psichiatrica*, 43, 107-116
- Gibson, D.M. e Myers, J.E., (2002).** *The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women.* *Journal of mental health counselling*, 24, 68-80.
- Giusti, E., Salerno, M., Mariani, O., (2011).** *Terapia del desiderio. Maschile e femminile.* Roma: Sovera Edizioni.
- George, C., Kaplan, N., Main, M., (1985).** *The Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., (2010a).** *Psychosocial predictors of infertility related stress: a review.* *Curr Wom Health Rev*, 6, 318–332.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., (2010b).** *Primary appraisal of infertility. Evaluation of the psychometric properties of a Greek version of the Appraisal of Life Events scale (ALE) in a sample of infertile women undergoing fertility treatment.* *Women Health*, 50, 688–704.
- Greenglass, E.R., Schwarzer, R., Taubert, S., (1999).** *The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument.* [On-line publication] <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/>

- Greil, A.L., Leitzo, T.A., Porter, K.L., (1989).** *Sex and intimacy among infertile couples.* Journal of Psychology and Human Sexuality, 2, 117-138.
- Greil, A.L., (1997).** *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature.* Soc Sci Med, 45 (11),1679–1704.
- Greil, A.L., McQuillan, J., Lowry, M., Shreffler, K.M., (2011).** *Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women.* Soc Sci Med, 73 (1), 87-94.
- Gulec, G., Hassa, H., Gunes, E., Yenilmez, C., (2011).** *The effects of infertility on sexual functions and diadi adjustment in couplet that present for infertility treatment.* Turk J Psychiatry, 22, 3.
- Guerra, G. e Di Giulio, C., (1989).** *Il sapere medico: un'analisi istituzionale.* Rivista di psicologia clinica, 2, 167-176.
- Guerrini Degl'Innocenti, B., Frassine, R., Pazzagli, A., (1992).** *Le gravidanze "impossibili": uno studio sulla fecondazione artificiale,* in Ammaniti M. *La gravidanza tra fantasia e realtà.* Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Hammarberg, K., Astbury, J., Baker, H.W.G., (2001).** *Women's experience of IVF: A follow-up study.* Human Reproduction, 16, 374-383.
- Hendrick, V., Gitlin, M., Altshuler, L., Korenman, S., (2000).** *Antidepressant medications, mood and male fertility.* Psychoneuroendocrinology, 25, 37-51.
- Henning, K. e Strauss, B., (2002).** *Psychological and psychosomatic aspects of involuntary childness: state of research at the end of the 1990s.* In Strauss B. (Ed.), *Involuntary Childness.* Hogrefe and Huber, Ashland, OH, 4-18.
- Herbert, D.L., Lucke, J.C., Dobson, A.J., (2010).** *Depression: an emotional obstacle to seeking medical advice for infertility.* Steril, 94 (5), 1817–1821.
- Hermann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., Wischmann, T., (2011).** *Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility specific distress and impaired quality of life.* Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 28, 1111–1117.
- Hesse, E. e Main, M., (2000).** *Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies.* Journal of the American Psychoanalytic Association, 48, 1097-1127.
- Hesse, E., (2008).** *L'Adult Attachment Interview. Protocollo, metodologia di analisi e studi empirici.* Tr it. in Cassidy J., Shaver P.R., (a cura di), *Manuale dell'Attaccamento.* Roma: Fioriti. 637-690.

- Hirsch, A.M. e Hirsch, S.M., (1989).** *The effect of infertility on marriage and self-concept.* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 18 (1), 13–20.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., Collins, A., (1999).** *Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-and ICSI-treatment.* Acta Obstet Gynecol Scand, 78 (1), 42–49.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., Moller, A., (2006).** *First IVF treatment: short-term impact on psychological well-being and the marital relationship.* Human Reproduction, 21, 3295-3302.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., Moller, A., (2007).** *The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm.* Human reproduction, 27, 1-7.
- Hynes, G.J., Callan, V.J., Terry, D.J., Gallois, C., (1992).** *The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping.* British Journal of medical Psychology, 65, 269-278.
- Inhorn, M.C., (2003).** *“The worms are weak”’: male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt.* Men Masc, 5 (3), 236–256.
- Jordan, C. e Revenson, T.A., (1999).** *Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis.* J Behav Med, 22 (4), 341–358.
- Karande, V., Morris, R., Chapman, C., Rinehart, J., Gleicher, N., (1999).** *Impact of the “physician factor” on pregnancy rates in a large assisted reproductive technology program: do too many cooks spoil the broth?* Fertil Steril, 71, 1001–1009.
- Karlidere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sutçigil, L., Ozmenler, K.N. et al., (2007).** *Is there a difference in infertile couples with no axis one psychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support, and sexual function?* Turk J Psychiatry, 18 (4), 1–11.
- Karlidere, T., Bozkurt, A., Ozmenler, K.N., Ozsahin, A., Kucuk, T., Yetkin, S., (2008).** *The influence of emotional distress on the outcome of in-vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatment among infertile Turkish women.* Isr J Psychiatry Relat Sci, 45 (1), 55-64.
- Karney, B.R. e Bradbury T.N., (1995).** *The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method, and research.* Psychol Bull 118 (1), 3–34.
- Katibli, S., Mammadzada, G., Hajiyeva, N., (2012).** *Relationship between women infertility and depression, anxiety and stress disorders.* European psychiatric, 27 (1), 1-14.
- Kemeter, P., (1988).** *Studies on psychosomatic implications of infertility— effects of emotional stress on fertilization and implantation in in-vitro fertilization.* Hum Reprod, 3, 341–352.

- Kipper, D.A., Zigler-Shani, Z., Serr, D.M., Insler, V., (1977).** *Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: a methodological inquiry.* Journal of Psychosomatic Research, 21, 353-358.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., Koponen, P., (2010).** *Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey.* Acta Obstet Gynecol Scand, 89 (5), 677–682.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., Sieber, W., (2001).** *A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopium transfer.* Fertility and Sterility, 76, 675-687.
- Klonoff-Cohen, H. e Natarajan, L., (2004).** *The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcome.* “Fertility and Sterility”, 82, 982-988.
- Klonoff-Cohen, H., (2005).** *Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown.* , 11 (2), 179-203.
- Kollock, P., Blumstein, P., Schwartz, P., (1985).** *Sex and power in interaction: Conversational privileges and duties.* American sociological review, 50, 34-46.
- Lancastle, D. e Boivin, J., (2005).** *Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment?* Health Psychol, 24, 171–178.
- Lansakara, N., Wickramasinghe, A.R., Seneviratne, H.R., (2011).** *Feeling the blues of infertility in a south Asian context: psychological well-being and associated factors among Sri Lankan women with primary infertility.* Women Health, 51 (4), 383–399.
- Lazarus, R.S., (1966).** *Psychological stress and coping process.* New York: McGrawHill.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S., (1984).** *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.
- Lechner, L., Bolman, C., Van Dalen, A., (2007).** *Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress.* Human Reproduction, 22 (1), 288-294.
- Lee, T.Y., Sun, G.H., Chao, S.C., (2001).** *The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan.* Human Reproduction, 16 (8), 1762-1767.
- Leitenberg, H. e Henning, K., (1995).** *Sexual Fantasy.* Psychological Bulletin, 117 (3), 469-496.
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A. et al., (1997).** *Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and the hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress.* Science, 277, 1659-1662.
- Liu, L. e Zhao, J., (2011).** *Emotion and coping styles of infertile patients with different gender.* Chin Ment Health J, 25 (11), 806–809.

- Loscalzo, Y., Giannini, M., Contena, B., Gori, A., Benvenuti, P., (2015).** *The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample.* Journal of General Hospital Psychiatry, 37 (3), 251-256.
- Lukse, M.P. e Vacc, N.A., (1999).** *Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment.* Obstet Gynecol, 93 (2), 245-251.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., (2009).** *The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment.* J Reprod Inf Psychol, 27, 223–237.
- Mahajan, N.N., Turnbull, D.A., Davies, M.J., Jindal, U.N., Briggs, N.E., Taplin, J.E., (2009).** *Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities.* Human Reproduction, 24 (4), 906-912.
- Mahlstedt, P.P., (1985).** *The psychological components of infertility.* Fertility and Sterility, 43 (3), 335-346
- Mai, F.M., Munday, R.N., Rump, E.E., (1972).** *Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples.* Psychosomatic Medicine, 34 (5), 431-440.
- Malaguti, E., (2005).** *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi.* Trento: Edizioni Erickson.
- Malcom, C.E. e Cumming, D.C., (2004).** *Follow-Up of Infertile Couples who Dropped-Out of a Specialist Fertility Clinic.* Fertility and Sterility, 81 (2), 260-270.
- Martinelli, F. (1999).** *La PMA: l'aspetto psicologico.* In Atti del Convegno Internazionale Reggio Emilia 30-31 ottobre 1998, *Bambini e genitori speciali? Dal bambino desiderato al bambino reale*, 105-111. Roma: Percorsi Editoriali.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J., Costa, M.E., (2014).** *Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility.* Hum Reprod, 29, 83-89.
- Massobrio, M. e Revelli, A., (2003).** *Sterilità* in Grella P.V., Massobrio M., Pecorelli S., Zichella L., (Eds.), 243-277. Compendio di Ginecologia e Ostetricia.
- Matthiesen, S.M.S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H.J., Zachariae, R., (2011).** *Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis.* Hum Reprod, 26, 2763–2776.
- Mazure, C.M. e Greenfeld, D.A., (1989).** *Psychological studies of in vitro fertilization/embryo transfer participants.* J In Vitro Fert Embryo Transf, 6, 242–256.
- Maximova, K. e Quesnel-Vallée, A., (2009).** *Mental health consequences of unintended childlessness and unplanned births: gender differences and life course dynamics.* Soc Sci Med, 68 (5), 850-857.

- McQuillan, J. Greil, A.L., White, L.K., Jacob, M.C., (2003).** *Frustrated Fertility: infertility and psychological distress among women.* Journal of marriage and the family, 65, 1007-1018.
- Menning, B.E. (1980).** *The emotional needs of infertile couple.* Fertility and Sterility, 34 (4), 313-319.
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., Modan, B., (1992).** *Psychological and Hormonal Changes in the Course of in Vitro Fertilization.* Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 9 (2), 161-169.
- Meredith, P.J., Strong, J., Feeney, J.A., (2005).** *Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain.* Pain Research and Management, 10, 191-200.
- Meredith, P.J., Strong, J., Feeney, J.A., (2006).** *The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain.* Pain Research and Management, 120, 44-52.
- Mikulincer, M. e Florian V., (1998).** *The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events.* In: Simpson JA, Rholes WA (eds). Attachment Theory and Close Relationships. New York, USA: Guilford Press, 143–165.
- Milad, M.P., Klock, S.C., Moses, S., Chatterton R., (1998).** *Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage.* Human Reproduction, 13 (8), 2296–2300.
- Milne, B., (1988).** *Couples' experience with in vitro fertilization,* Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal nursing, 17, 347-352.
- Mínguez-Alarcón, L., Mendiola, J., Roca, M., López-Espín, J.J., Torres-Cantero, A.M., (2012).** *Correlations between Different Heavy Metals in Diverse Body Fluids: Studies of Human Semen Quality.* Advances in Urology, 1-12.
- Mirizio, V., Lombardi, F., Luoni, G., Ciolfi, F., Fenu, M.A., Fuortesi, G., et al., (2011).** *Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica.* Infanzia e Adolescenza. 10 (2), 71-86.
- Monaci, M.G. e Frosio, P., (2003).** *Affrontare la malattia: emozioni e strategie di coping in pazienti affetti da leucemia.* Psicologia della salute, FrancoAngeli, 1, 49-69.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M., Ganiats, T., (2004).** *Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function.* Urology, 6 (1), 126-130.
- Moro, M., Carrara, M., Iacchia, C., Pala, A., Rossetto, G., Rossi, R., (2003).** *Sessualità ed infertilità di coppia.* Rivista di Sessuologia Clinica, 2, 35-44.
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A.W.A., Khadijah, M.B.S., Hayati, M.Y., Midin, M. et al., (2014).** *A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles.* Compr Psychiatry, 55, S65–S69.

- Newton, C.R., Hearn, M.T., Yuzpe, A.A., (1990).** *Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure.* *Fertility and sterility*, 54 (5), 879-886.
- Oliverio Ferraris A., (2003).** *La forza d'animo.* Milano: Rizzoli.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., Bergh, C., (2004).** *Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study.* *Fertil Steril*, 81, 258–261.
- O'Moore, A.M., O'Moore, R.R., Harrison, R.F., Murphy, G., Carruthers, M.E., (1983).** *Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training.* *Journal of psychosomatic Research*, 27 (2), 145-151.
- Ortu, F., (1995).** *Modello operativo interno.* *Interazioni*, 2 (6), 161-164.
- Panagopoulou, P., Vedhara, K., Gaintarzi, B., Tarlatzis, B., (2006).** *Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization.* *Fertil Steril*, 86, 672–677.
- Pasch, L.A. e Christensen, A., (2000).** *Couples facing fertility problems.* In Schmalings K.B., Sher T.G., (eds) *The Psychology of Couples and Illness: Theory, Research and Practice.*
- Pasini, W., (1978).** *Cause psicologiche della sterilità e loro terapia.* *Sessuologia*, 1, 76-83.
- Paulson, J.D., Haarmann, B.S., Salerno, R.L., Asmar, P., (1988).** *An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility.* *Fertility and Sterility*, 49 (2), 258-262.
- Pedrabissi, L. e Santinello, M., (1989).** *Nuova versione italiana dello S.T.A.I. – Forma Y.* Firenze, Organizzazioni Speciali.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., (2003).** *Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples.* *Fam Proc*, 42, 59– 70.
- Peterson, M.M., (2005).** *Assisted reproductive technologies and equity of access issues.* *J Med Ethics*, 31(5), 280-285.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Skaggs, G.E., (2006a).** *The relationship between Coping and Depression in Men and Women Referred for in Vitro Fertilization.* *Fertility and Sterility*, 85 (3), 802-804.
- Peterson, B., Newton, R.C., Rosen, H.K., Shulman, S.R., (2006b).** *Coping processes of couples experiencing infertility.* *Family relations*, 55, 227-239.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Feingold, T., (2007).** *Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment.* *Fertil Steril*, 88 (4), 911-914.
- Peterson, B.D., Pirritano M., Christensen U., Schmidt L., (2008).** *The impact of partner coping in couples experiencing infertility.* *Hum Reprod*, 23, 1128–1137.

- Peterson, B.D., Pirritano, M., Block, J.M., Schmidt, L., (2011).** *Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period.* Fert Steril, 95, 1759–1763.
- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., Matos, M., (2012).** *Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients.* Human Fertility, 15 (1), 27-34.
- Platt, J.J., Fischer, I., Silver, M.J., (1973).** *Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies.* Fertility and Sterility, 24 (12), 972-976.
- Pook, M. e Krause, W., (2005).** *The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients.* Human Reproduction, 20 (3), 825-828.
- Pottinger, A.M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D. et al., (2006).** *Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment.* West Indian Med J, 55 (4), 237-242.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Di Clemente, C.C., (1994).** *Changing for good: the revolutionary programs that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits.* New York: Ed. William Morrow.
- Qi, X.J., Wei, L.N., Duan, Y.Y., Wang, C.L., Lv, Y.P., (2008).** *A survey of anxiety and depression in infertile women.* Matern Child Health Care China, 23 (2), 228–230.
- Quartararo, P., Pastore, R., Benigni, M., (1996).** *Tecniche di inseminazione in vitro in Palermo* R., Cefalù E., (Eds), *Fisiopatologia della riproduzione umana e tecnologie della riproduzione assistita*, 297-308. Palermo: Serono Linea Fertilità.
- Rajkhowa, M., Mcconnell, A., Thomas, G.E., (2006).** *Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study.* Hum Reprod, 21, 358–363.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Jafarabadi, M., (2004).** *Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility.* International Congress Series, 1271, 334-337.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Jafarabadi, M., Zayeri, F., (2006).** *Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples.* Fertil Steril, 85 (1), 139–143.
- Rapoport-Hubschman, N., Gidron, Y., Reicher-Atir, R., Sapir, O., Fisch, B., (2009).** *Letting go coping is associated with successful IVF treatment outcome.* Fertil Steril, 92, 1384–1388.
- Ren, X.S., (1997).** *Marital status and quality of relationships: the impact on health perception.* Soc Sci Med, 44 (2), 241–249.
- Righetti, P.L. e Sette, L., (2000).** *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità.* Torino: Bollati Boringhieri.

- Righetti, P.L., (2001).** *I vissuti psicologici nella Procreazione Medicalmente Assistita: interventi e protocolli integrati medico-psicologici.* *Contracezione Fertilità Sessualità*, 28 (3), 159-166.
- Righetti P.L. e Luisi S., (2007).** *La procreazione assistita. Aspetti Psicologici e medici.* Torino: Bollati Boringhieri.
- Rosenfeld, D.L. e Mitchell E., (1979).** *Treating the emotional aspect of infertility: Counseling services in an infertility clinic.* *American J of Obstetrics and Gynecology*, 135 (2), 177-180.
- Rotter, J.B., (1996).** *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.* *Psychological Monographs*, 80 (1), 609-612.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., Maggini, C., (2001).** *Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures.* *Fertility and Sterility*, 75 (6), 1119-1125.
- Sanders, K.A. e Bruce, N.W., (1999).** Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 14 (6), 1656-1662.
- Schaefer, J. e Moos, R., (1998).** *The context for posttraumatic growth: life crises, individual and social resources, and coping.* In: Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun, L.G. (Eds.), *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis.* New York: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Shapiro, C.H., (1988).** *Infertility and Pregnancy Loss: A Guide for Helping Professionals.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Shek, D.T., (1995).** *Gender differences in marital quality and well-being in Chinese married adults.* *Sex Roles*, 32 (11/12), 699–715.
- Schmidt, P., Wischmann, T., Gerhard, I., (1994).** *Partnerbeziehung unerfülletem Kinderwunsch.* *Z Med Psychol*, 2, 64–67.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Boivin, J., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F. et al., (2003).** *High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme.* *Hum Reprod*, 18 (12), 2638–2646.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U., Boivin, J., (2005).** *Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment.* *Patient Education and Counseling*, 59 (3), 244–251.
- Schmidt, L., (2006).** *Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction.* *Lancet*, 367, 379–380.
- Seligman, M.E.P., (1975).** *Helplessness: On Depression, Development and Death.* San Francisco: Calif., Freeman.
- Selye, H., (1950).** *The Physiology and Pathology of exposure to stress.* Montreal: ACTA.

- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoé, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R. et al., (2008).** *Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping.* *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (1), 27-53.
- Slade, P., (1981).** *Sexual attitudes and social role orientation in infertile women.* *Journal of Psychosomatic Research*, 25 (3), 183-186.
- Slade, P., Emery, J., Lieberman, B.A., (1997).** *A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment.* *Human Reproduction*, 12 (1), 183-190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A.J., Lashen, H., (2007).** *The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic.* *Hum Reprod*, 22 (8), 2309–2317.
- Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G.A., Braat, D.D.M., (2001).** *The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization.* *Human Reproduction*, 16 (7), 1420-1423.
- Sohrabvand, F., Abedinia, N., Pirjani, R., Jafarabadi, M., (2008).** *Effect of anxiety and depression on ART outcome.* *Ir J Reprod Med*, 6, 89 – 94.
- Solano, L., Nicolò, A.M., Di Trani, M., Bonadies, M., San Martini, P., Bonucci, C. et al., (2012).** *The Marital Love Relationship: Construction and Preliminary Validation on 610 Subjects of a Psychoanalytically Derived Inventory.* *Psychoanalytic Psychology*, 29 (4), 408-428.
- Soulè, M., (1982).** *L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire*, in Brazelton T.B., Cramer B., Kreisler L., Shapi R., Soulè M. *La dynamique du nourisson*, ESF, Paris, 1982.
- Soundby, J., (1997).** *Infertility in the Gambia: traditional and modern health care.* *Patient Education and Counseling*, 31, 1, 29-37.
- Souter, V.L., Hopton, J.L., Penney, G.C., Templeton, A.A., (2002).** *Survey of Psychological Health in Women with Infertility.* *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 23 (1), 41-49.
- Spanier, G.B., (1976).** *Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.* *Journal of Marriage and the Family*, 38, 5-28.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., Jacobs, G.A., (1983).** *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (trad. it. State-Trait Anxiety Inventory, Giunti O.S, Firenze, 1989).
- Stanton, A.L. e Snider, P.R., (1993).** *Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study.* *Health Psychology*, 16-23.
- Stern, D.N., (1995).** *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino.* Torino: Bollati Boringhieri.

- Stoleru, S., Teglas, P., Spira, A., Magnin, F., Fermanian, J., (1996).** *Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes.* J Psychosom Obstet Gynaecol, 17, 103-118.
- Sultan, S. e Tahir, A., (2011).** *Psychological consequences of infertility.* Hellen J Psychol, 8 (2), 229–247.
- Sydsjo, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., Sydsjo, A., (2005).** *Relationships in couplet after failed IVF treatment: A prospective follow-up study.* Human Reproduction, 20 (7), 1952-1957.
- Symonds, M.E., Stephenson, M., Gardner, D.S., Budge, H., (2007).** *Long-term effects of nutritional programming of the embryo and fetus: mechanisms and critical windows.* Reprod Fertil Dev, 19, 53.
- Tambelli, R. e Zavattini, G.C., a cura di, (1996).** *La famiglia rappresentata.* Interazioni, 1 (7), 161-166.
- Tambelli, R., Speranza, A.M., Trentini, C., Odorisio, F., (2010).** *La regolazione affettiva in diadi madre-bambino a rischio.* Psicologia Clinica dello Sviluppo, 3, 479-502.
- Tao, P., Coates, R., Maycock, B., (2011).** *The impact of infertility on sexuality: A literature review.* Australas Med J, 4 (11), 620–627.
- Testa, G. e Graziottin, A., (2006).** *Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo.* Giornale italiano ostetricia e ginecologia. 28 (4), 169-173.
- Terry, D.J. e Scott, W.A., (1987).** *Gender Differences In Correlates Of Marital Satisfaction.* Aust J Psychol, 39 (2), 207–221.
- Ting-Toomey, S., (1983).** *An analysis of verbal communication patterns in high and low marital adjustment groups.* Hum Commun Res, 9 (4), 306–319.
- Umezulike, A. e Efezie, E., (2004).** *The psychological trauma of infertility in Nigeria.* Int J Gynecol Obstet, 84 (2), 178–180.
- Valoriani, V., (2011).** *Genitori ad ogni costo. I problemi psicologici delle coppie infertili.* Roma: Carocci Editore.
- Van den Broeck, U., D’Hooghe, T., Enzlin, P., Demyttenaere, K., (2010).** *Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics.* Human Reproduction, 25, 471–1480.
- Vayena, E., Rowe, J.P., Peterson, H.B., (2002).** *Assisted Reproductive Technology in Developing Countries: Why Should we Care?* Fertility and Sterility, 78 (1), 13-15.
- Vegetti Finzi, S., (1997).** *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza.* Milano: Arnoldo Mondadori Editore.

- Verberg, M.F.G., Eijkemans, M.J.C., Heijnen, E.M.E.W., Broekmans, F.J., De Klerk C., Fauser B.C.J.M., Macklon N.S., (2008).** *Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study.* Hum Reprod, 23, 2050–2055.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., Eugster, A., van Minnen, A., Kremer, J.A., Kraaimaat, F.W., (2001).** *Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection.* Fertil Steril, 76, 525–531.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Van Minnen, A., Kremer, J.A.M., Kraaimaat, F.W., (2005a).** *Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment, a prospective study.* J Behav Med, 28, 181–190.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Van Minnen, A., Kremer, J.A.M., Kraaimaat, F.W., (2005b).** *A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles.* Hum. Reprod, 20, 2253–2260.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaimaat, F.W., Braat, D.D.M., (2007).** *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research.* Human Reproduction Update, 13 (1), 27-36.
- Vogel, D.L. e Wei, M., (2005).** *Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support.* Journal of Counseling Psychology, 52 (3), 347-357.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., Sundström Poromaa' E., (2008).** *Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment.* Hum Reprod, 23 (9), 2056–2063.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J.X., Zhang, L., Yu, J., Jiang, P., (2007).** *Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm in China.* Fertility and Sterility, 87, 792-798.
- Watkins, K.J. e Baldo, T.D., (2004).** *The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors.* Journal of Counseling and Development, 82, 394-402.
- Webb, R.E. e Daniluk, J.C., (1999).** *The end of the line: infertile men's experiences of being unable to produce a child.* Men & Masculinities, 2 (1), 6–25.
- Wichman, C.L., Ehlers, S.L., Wichman, S.E., Weaver, A.L., Coddington, C., (2011).** *Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization.* Fertility and sterility, 95 (2), 717-721.
- Wilkins, K.M., Warnock, J.K., Serrano E., (2010).** *Depressive Symptoms Related to Infertility and Infertility Treatments.* Psychiatric clinic, 33 (2), 309-321.

- Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E., Lalos, A., (2007).** *Life 20 years after unsuccessful infertility treatment.* Human Reproduction, 22 (2), 598-604.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., Verres, R., (2001).** *Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service.* Hum Reprod, 16 (8), 1753-1761.
- Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T., Verres, R., (2009).** *Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling.* Hum Reprod, 24 (2), 378–385.
- Wright, J., Allard, M., Lecours, A., Sabourin, S., (1989).** *Psychological distress and infertility: a review of controller research.* International Journal of Fertility, 34 (2), 126-142.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonette, F., Benoit, J., Girard, Y., (1991).** *Psychological distress and infertility: Men and women respond differently.* Fertility and Sterility, 55, 100-108.
- Ying, L.Y., Wu, H.L., Loke, A.Y., (2015).** *Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review.* Interntional Journal of Nursing Studies 52, 1640-1652.
- Zani, B. e Cicognani, E., (1999).** *Le Vie del benessere.* Roma: Carocci

[www.fecondazione.org](http://www.fecondazione.org)

[www.fertilitas.it](http://www.fertilitas.it)

## **Appendici**

### **Appendice 1**

#### **Modulo di consenso informato**

per la partecipazione alla ricerca:

Stress, ansia, depressione e fattori di protezione in uomini e donne infertili che affrontano un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita

Responsabile del progetto: Katia Carlini, dottorando di ricerca presso l'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

Istituzione di afferenza e recapito telefonico del Responsabile o di un suo delegato

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma – Prof.ssa Renata Tambelli, Direttore del Dipartimento, Tel. 06-49917678. Katia Carlini, dottorando di ricerca presso l'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, Tel. 347/6254982

Prima di decidere liberamente se vuole partecipare a questo studio, **LEGGA ATTENTAMENTE** questo consenso informato e ponga al responsabile della ricerca tutte le domande che riterrà opportune al fine di essere pienamente informato degli scopi, delle modalità di esecuzione dell'esperimento e dei possibili inconvenienti connessi.

La preghiamo di ricordare che questo è un progetto di ricerca e che la sua partecipazione è completamente volontaria.

Lei si potrà ritirare in qualunque momento.

#### **SCOPO DELLO STUDIO**

La ricerca ha lo scopo di individuare tutti quei fattori che possano essere favorevoli al concepimento e a portare a termine la gravidanza

#### **STRUMENTI UTILIZZATI**

La ricerca consiste nella compilazione di strumenti self-report: Edinburgh Depression Scale; State-Trate Anxiety Inventory; Fertility Problem Inventory; Coping Orientations to Problem Experienced- Nuova Versione Italiana; Questionario sulla vita di coppia; Dyadic Adjustment Scale. Inoltre è prevista la somministrazione dell'intervista Adult Attachment Interview, che sarà audio-registrata.

#### **PROCEDURA SPERIMENTALE**

La ricerca prevede una sua collaborazione distribuita nel tempo. Dopo un primo colloquio con il responsabile della ricerca dovrà compilare, presso la sede del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, i questionari self-report. A un secondo appuntamento, con lei concordato, le verrà fatta un'intervista audio-registrata. È possibile quindi fissare un appuntamento con il responsabile della ricerca, Dott.ssa Katia Carlini, per una condivisione dei risultati ottenuti.

#### **DURATA DELL'IMPEGNO RICHIESTO**

La compilazione dei questionari self-report e l'intervista prevedono un impegno di circa due ore.

#### RISCHI, DISAGI ED EFFETTI COLLATERALI

I test psicologici che vi verranno proposti sono facili e non comportano rischi ed effetti collaterali per i partecipanti, se non un lieve disagio relativo all'affaticamento per la compilazione degli stessi

#### TIPO DI RESTITUZIONE PREVISTA

Attraverso un colloquio di restituzione, calendarizzato tenendo conto delle sue esigenze e del responsabile della ricerca, lei sarà informato, nel modo più chiaro, comprensibile, professionale ed empatico possibile, in merito alle conclusioni raggiunte, all'interno di un colloquio che ha una finalità di condivisione di quanto precedentemente emerso.

#### ALTRE INFORMAZIONI UTILI

**Riservatezza.** I dati raccolti saranno trattati in accordo con le leggi sulla privacy e in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", garantendo l'anonimato dei partecipanti. La privacy dei partecipanti sarà garantita assegnando un codice numerico al soggetto, ed il materiale sensibile sarà custodito dal Responsabile della ricerca.

INDICARE LUOGO Roma, Via del Pigneto 303-h

Le ricordiamo che in caso lei abbia bisogno di delucidazioni su qualunque aspetto della procedura sperimentale, il responsabile della ricerca, Katia Carlini, e i suoi collaboratori, sono a Sua completa disposizione.

#### Compili la parte seguente:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Dichiara:

- di aver letto attentamente le spiegazioni relative a questo studio e l'intera procedura sperimentale;
- di essere stato informato/a riguardo alle finalità e agli obiettivi della ricerca in questione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande a proposito di qualsiasi aspetto della procedura sperimentale e di aver ottenuto risposte soddisfacenti;
- di essere a conoscenza dei disagi dell'esperimento;
- di aver ricevuto soddisfacenti assicurazioni sulla riservatezza delle informazioni ottenute dall'esame della propria persona;
- di essere consapevole di potersi ritirare in qualsiasi fase dello studio;
- di aver liberamente dato il consenso alla partecipazione a questo studio;

Data \_\_\_\_\_

Firma del partecipante: \_\_\_\_\_

Firma del ricercatore \_\_\_\_\_

## Appendice 2

### I miei dati personali

1. **Data di nascita:** (giorno/mese/anno): \_\_\_\_\_

2. **Luogo di nascita:**

in Italia Provincia: \_\_\_\_\_; Regione: \_\_\_\_\_

all'estero Stato Estero: \_\_\_\_\_

3. **Luogo di residenza:**

in Italia Provincia: \_\_\_\_\_; Regione: \_\_\_\_\_

all'estero Stato Estero: \_\_\_\_\_

4. **Attualmente lei è:**

Coniugata

Convivente

Single

5. **Ha avuto precedenti matrimoni?**  Sì  No

6. **Ci sono altre persone che condividono l'abitazione con lei?**  Sì  No

Se sì, specificare, indicando il numero di persone e l'eventuale grado di parentela:

Persona n.1 : sesso  M  F; Parentela: \_\_\_\_\_ Altro: \_\_\_\_\_

Persona n.2 : sesso  M  F; Parentela: \_\_\_\_\_ Altro: \_\_\_\_\_

Persona n.3 : sesso  M  F; Parentela: \_\_\_\_\_ Altro: \_\_\_\_\_

7. **Ha altri figli?**

No

Sì, Figlio n.1 : sesso  M  F; data di nascita (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

Figlio n.2 : sesso  M  F; data di nascita (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

Figlio n.3 : sesso  M  F; data di nascita (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

Sì, **gemelli:**

Gemello n.1 : sesso  M  F; data di nascita : \_\_\_\_\_  monozigote  dizigote

Gemello n.2 : sesso  M  F; data di nascita : \_\_\_\_\_  monozigote  dizigote

Gemello n.3 : sesso  M  F; data di nascita : \_\_\_\_\_  monozigote  dizigote

8. **Titolo di studio:**

Dottorato di ricerca o Specializzazione post-laurea

Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico)

Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento)

Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento)

Diploma universitario, Laurea breve vecchio ordinamento, Scuola diretta a fini speciali, Scuola

Parauniversitaria

Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università

Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università

Accademia Belle Arti

Corso professionale

Licenza media inferiore

Licenza elementare

9. **Condizione lavorativa:**

Occupata

In cerca di nuova occupazione; da quando: \_\_\_\_\_ (indicare i mesi)

In cerca di prima occupazione; da quando: \_\_\_\_\_ (indicare i mesi)

Casalinga

Pensionata

Studentessa

Inabile al lavoro

Altro (.....)

10. **Tipo di contratto:**

Tempo indeterminato  Tempo determinato  Altro (.....)

11. **PER I LAVORATORI AUTONOMI, facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:**

un lavoro di collaborazione coordinata e continuativa/collaborazione a progetto

- prestazione d'opera occasionale
- imprenditore
- libero professionista
- lavoratore in proprio
- coadiuvante
- socio di cooperativa (produzione beni e/o prestazioni di servizio)

**12. PER I LAVORATORI DIPENDENTI, facendo riferimento alla sua attività lavorativa, lei è:**

- Dirigente
- Quadro
- Impiegato/insegnante
- Operaio
- Apprendista
- Lavorante presso il proprio domicilio per conto di imprese

**13. Da quanto tempo desidera un bambino?** \_\_\_\_\_

**14. Da quanto tempo ha richiesto dei trattamenti per avere un bambino?** \_\_\_\_\_

**15. A quali trattamenti si è sottoposta?**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trattamento farmacologico     | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> IUI numero di tentativi _____ | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> FIVET numero tentativi _____  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ICSI numero tentativi _____   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**16. Ha avuto precedenti gravidanze?**  Sì  No

Se sì quante: \_\_\_\_\_

**17. In passato ha avuto degli aborti?**  Sì  No

Se sì quanti: \_\_\_\_\_

- |                    |                          |                     |
|--------------------|--------------------------|---------------------|
| L'aborto/i è stato | <input type="checkbox"/> | Spontaneo           |
|                    | <input type="checkbox"/> | Volontario          |
|                    | <input type="checkbox"/> | Terapeutico         |
|                    | <input type="checkbox"/> | Entro il sesto mese |
|                    | <input type="checkbox"/> | Dopo il sesto mese  |

**18. Ha mai fatto una psicoterapia?**  Sì  No

Se sì, per quale motivo? \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

**19. Ha mai assunto psicofarmaci?**  Sì  No

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

**20. È fumatrice?**  Sì  No

### STAI –Y1

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica **come lei si sente adesso, cioè in questo momento**. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi **attuali stati d'animo**.

	1 PER NULLA	2 UN PO'	3 ABBASTANZA	4 MOLTISSIMO
				<b>1 2 3 4</b>
1. Mi sento calma				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Mi sento sicura				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Sono tesa				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Mi sento sotto pressione				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Mi sento tranquilla				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Mi sento turbata				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Sono attualmente preoccupata per possibili disgrazie				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Mi sento soddisfatta				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Mi sento intimorita				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Mi sento a mio agio				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Mi sento sicura di me				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Mi sento nervosa				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Sono agitata				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Mi sento indecisa				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Sono rilassata				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Mi sento contenta				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Sono preoccupata				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Mi sento confusa				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Mi sento distesa				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Mi sento bene				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## STAI Y2

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei **abitualmente si sente**. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei **abitualmente si sente**.

	1 QUASI MAI	2 QUALCHE VOLTA	3 SPESSO	4 QUASI SEMPRE
21. Mi sento bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mi sento tesa e irrequieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sono soddisfatta di me stessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vorrei poter essere felice come sembrano gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mi sento una fallita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mi sento riposata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Io sono calma, tranquilla e padrona di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sono felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Mi vengono pensieri negativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Manco di fiducia in me stessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mi sento sicura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Prendo decisioni facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Mi sento inadeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sono contenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Sono una persona costante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Divento tesa e turbata quando penso alle mie attuali preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EDS

Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana.

La preghiamo di segnare con una crocetta la risposta che meglio descrive come si è sentita nei **sette giorni appena trascorsi** e non soltanto come si sente oggi.

**Nei sette giorni appena trascorsi:**

### **1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose**

- Come facevo sempre
- Adesso, non proprio come al solito
- Adesso, decisamente un po' meno del solito
- Per niente

### **2. Ho guardato con gioia alle cose future**

- Come ho sempre fatto
- Un po' meno di quanto ero abituata a fare
- Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
- Quasi per nulla

### **3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male**

- Sì, il più delle volte
- Sì, qualche volta
- Non molto spesso
- No, mai

### **4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo**

- No, per niente
- Quasi mai
- Sì, qualche volta
- Sì, molto spesso

### **5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo**

- Sì, moltissimi
- Sì, qualche volta
- No, non molti
- No, per niente

### **6. Mi sentivo sommersa dalle cose**

- Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose
- Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
- No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre

### **7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire**

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per nulla

### **8. Mi sono sentita triste o infelice**

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per nulla

### **9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto**

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Solo di quando in quando
- No, mai

### **10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente**

- Sì, molto spesso
- Qualche volta
- Quasi mai
- Mai

**Istruzioni per la compilazione**

Le seguenti affermazioni domande esprimono opinioni differenti in merito al problema dell'infertilità. Per ogni affermazione La preghiamo di indicare con una crocetta il Suo grado di accordo con la stessa.

	Fortemente in disaccordo	Moderatamente e in disaccordo	Lievemente in disaccordo	Lievemente d'accordo	Moderatamente e d'accordo	Fortemente d'accordo
1. Le coppie senza figli sono felici come quelle che ne hanno	1	2	3	4	5	6
2. La gravidanza e la nascita di un bambino sono gli eventi più importanti per una coppia	1	2	3	4	5	6
3. Sento di aver perso il piacere della sessualità a causa dell'infertilità	1	2	3	4	5	6
4. Mi sento attraente per il mio partner, come lo ero una volta	1	2	3	4	5	6
5. Per me, diventare genitore è più importante che avere una carriera soddisfacente	1	2	3	4	5	6
6. Il mio matrimonio ha bisogno di un bambino	1	2	3	4	5	6
7. Non mi sento diverso/a dalle altre persone del mio stesso sesso	1	2	3	4	5	6
8. È difficile sentirsi un vero adulto finché non si ha un bambino	1	2	3	4	5	6
9. Non mi infastidiscono le domande che gli altri possono farmi sui bambini	1	2	3	4	5	6
10. Un futuro senza bambini mi spaventa	1	2	3	4	5	6
11. Non posso mostrare al mio partner come mi sento perché lo farei sentire agitato	1	2	3	4	5	6
12. La famiglia non sembra trattare la nostra coppia in maniera diversa	1	2	3	4	5	6
13. Sento come se avessi fallito nei rapporti sessuali	1	2	3	4	5	6
14. Le vacanze sono momenti particolarmente difficili per me	1	2	3	4	5	6
15. Potrei trovare molti vantaggi dal fatto di non avere avuto figli	1	2	3	4	5	6
16. Il mio partner non comprende quanto mi fa soffrire il problema dell'infertilità	1	2	3	4	5	6
17. Durante i rapporti sessuali penso solo al fatto di volere un bambino	1	2	3	4	5	6
18. Il mio partner ed io riusciamo a fronteggiare bene insieme i problemi sulla nostra infertilità	1	2	3	4	5	6
19. Mi sento vuoto/a a causa dell'infertilità	1	2	3	4	5	6
20. Riesco ad immaginare una vita felice insieme, senza figli	1	2	3	4	5	6
21. Mi infastidisce che il mio partner reagisce diversamente da me al problema	1	2	3	4	5	6
22. Avere rapporti sessuali è difficile perché temo ulteriori delusioni	1	2	3	4	5	6

	Fortemente in disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Lievemente in disaccordo	Lievemente d'accordo	Moderatamente d'accordo	Fortemente d'accordo
23. Avere un bambino non è lo scopo principale della mia vita	1	2	3	4	5	6
24. Il mio partner non è abbastanza d'accordo con me	1	2	3	4	5	6
25. Al momento, mi domando seriamente se voglio avere un figlio	1	2	3	4	5	6
26. Il mio partner ed io potremmo parlare più apertamente, fra di noi, della nostra infertilità	1	2	3	4	5	6
27. Le riunioni familiari sono momenti difficili per me	1	2	3	4	5	6
28. Non avere un figlio potrebbe darmi tempo per fare altre cose che mi piacciono	1	2	3	4	5	6
29. Ho spesso sentito di essere nato/a per essere genitore	1	2	3	4	5	6
30. Il confronto con amici che hanno figli non mi aiuta	1	2	3	4	5	6
31. Avere un figlio non è fondamentale per la mia felicità	1	2	3	4	5	6
32. Se non ho rapporti sessuali durante i giorni fertili mi sento un po' arrabbiato/a	1	2	3	4	5	6
33. Non potrei mai immaginare che potremmo separarci a causa dell'infertilità	1	2	3	4	5	6
34. Per quanto mi ricordi, ho sempre voluto essere genitore	1	2	3	4	5	6
35. Ho ancora molto in comune con amici che hanno bambini	1	2	3	4	5	6
36. Quando cerchiamo di parlare della nostra infertilità, tutto sembra portare al litigio	1	2	3	4	5	6
37. Qualche volta mi sento talmente sotto pressione che avere rapporti sessuali mi risulta difficile	1	2	3	4	5	6
38. Potremmo avere una relazione lunga e felice senza avere un figlio	1	2	3	4	5	6
39. Trovo difficile passare del tempo con amici che hanno bambini piccoli	1	2	3	4	5	6
40. Quando incontro famiglie con bambini mi sento escluso	1	2	3	4	5	6
41. C'è una certa libertà che mi attrae nel non avere bambini	1	2	3	4	5	6
42. Sono disposto/a a fare qualunque cosa pur di avere un bambino	1	2	3	4	5	6
43. Ho la sensazione che amici o parenti ci mettano da parte	1	2	3	4	5	6
44. Non mi infastidisce se altri parlano dei loro bambini davanti a me	1	2	3	4	5	6
45. Sono preoccupato/a che il mio partner ed io potremmo allontanarci a causa dell'infertilità	1	2	3	4	5	6
46. Quando parliamo dell'infertilità, sembra che i miei commenti riescano a rassicurare il mio partner	1	2	3	4	5	6

## DAS

Molte persone possono avere un diverso grado di accordo o disaccordo con il proprio partner.

La preghiamo di indicare qui di seguito il livello approssimativo di accordo o disaccordo tra voi e il vostro partner per ciascuna voce del seguente elenco.

Sempre in Disaccordo	Quasi sempre in disaccordo	Frequentemente in disaccordo	Occasionalmente in disaccordo	Quasi sempre d'accordo	Sempre d'accordo
0	1	2	3	4	5

		0	1	2	3	4	5
1. La gestione delle finanze familiari		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Divertimenti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Religione		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dimostrazioni di affetto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Amicizie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I rapporti sessuali		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le convinzioni sociali (comportamenti adeguati da tenere con gli altri)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La filosofia di vita (il modo di intendere la vita)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il modo di gestire le relazioni con i genitori o con quelli del partner		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Obiettivi, ambizioni e valori della vita ritenuti importanti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il tempo passato insieme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Prendere decisioni importanti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I lavori domestici		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Interessi ed attività del tempo libero		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Decisioni relative alla carriera		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per le domande che seguono la preghiamo di rispondere utilizzando la seguente scala di risposta, scrivendo il numero che corrisponde alla sua scelta sullo spazio alla destra della domanda:

Sempre	La maggior parte delle volte	Spesso	Occasionalmente	Raramente	Mai
0	1	2	3	4	5

		0	1	2	3	4	5
16. Quanto spesso avete parlato di divorzio, separazione o di porre fine alla vostra relazione?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quanto spesso dopo un litigio lei o il suo partner lasciate la casa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per le domande che seguono la preghiamo di rispondere utilizzando la seguente scala di risposta, scrivendo il numero che corrisponde alla sua scelta sullo spazio alla destra della domanda:

Sempre	La maggior parte delle volte	Spesso	Occasionalmente	Raramente	Mai
5	4	3	2	1	0

		5	4	3	2	1	0
18.	In generale, con che frequenza pensa che tra lei e il suo partner tutto sta andando bene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Si confida con il suo partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Si è mai pentita di essersi sposata o di aver deciso di andare a convivere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Con che frequenza litigate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Con che frequenza il comportamento del suo partner la infastidisce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Indichi con quale frequenza bacia il suo compagno.

Metta qui di seguito una crocetta sul numero che corrisponde alla sua scelta:

Ogni giorno	Quasi ogni giorno	Occasionalmente	Raramente	Mai
4	3	2	1	0

24. Indichi in che misura lei e il suo compagno condividete degli interessi fuori dalle mura domestiche. Metta qui di seguito una crocetta sul numero che corrisponde alla sua scelta:

Tutti	La maggior parte	Alcuni	Molto pochi	Nessuno
4	3	2	1	0

Quanto spesso secondo lei si verificano le seguenti situazioni tra lei e il suo compagno?

La preghiamo di utilizzare, per ciascuna delle situazioni, la seguente scala di risposta, scrivendo il numero che corrisponde alla sua scelta sullo spazio alla sinistra di ciascuna situazione.

Mai	Meno di una volta al mese	Una o due volte al mese	Una o due volte a settimana	Una volta al giorno	Più di una volta al giorno
0	1	2	3	4	5

25.	Avere uno scambio di idee stimolanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ridere insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Discutere, con calma, di qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Lavorare insieme a un progetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci sono delle cose sulle quali le coppie a volte sono d'accordo e a volte sono in disaccordo. Indichi se ciascuna delle situazioni sotto elencate ha causato divergenza di opinioni o ha creato problemi nella sua relazione nelle ultime settimane. Metta una crocetta sul "Sì" o sul "No".

	Sì	No
29. Essere troppo stanchi per fare l'amore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Non dimostrare affetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. I punti della linea rappresentano i diversi gradi di felicità nella vostra relazione. Cerchi il punto che meglio descrive il grado di felicità, nonostante tutto, della vostra vita di coppia.

Estremamente infelice	Abbastanza infelice	Un po' infelice	Felice	Molto felice	Estremamente felice	Perfetta
0	1	2	3	4	5	6

32. Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio i vostri sentimenti riguardo il futuro della vostra vita di coppia? (dare una sola risposta)

Desidero disperatamente che la mia relazione abbia successo e farò di tutto per farla funzionare

---

Desidero moltissimo che la mia relazione abbia successo e farò tutto ciò che posso per fare in modo che ciò accada

---

Desidero moltissimo che la mia relazione abbia successo e farò la mia parte per farla funzionare

---

Sarebbe bello se la mia relazione avesse successo ma non posso fare molto di più di quello che sto facendo ora per farla funzionare

---

Sarebbe bello se la mia relazione avesse successo ma mi rifiuto di fare molto di più di quello che sto facendo ora per farla funzionare

---

La mia relazione non potrà mai avere successo e non c'è niente che io possa fare per farla funzionare

---

## Questionario sulla vita di coppia.

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni in riferimento al rapporto con la sua partner. Può segnare una X sul numero corrispondente.

- 1 = per niente  
2 = poco  
3 = abbastanza  
4 = molto

1. Quando ho un problema non vedo l'ora di parlarne con lui	1	2	3	4
2. Un nuovo capo di abbigliamento o profumo rendono più eccitante il rapporto	1	2	3	4
3. Non sopporto che lui abbia un'idea diversa dalla mia sulle cose importanti	1	2	3	4
4. Lui non è il tipo da avere avventure con altre persone	1	2	3	4
5. Ho pensato che avrei potuto cambiarlo nel corso del matrimonio	1	2	3	4
6. Mi accade spesso di pensare al rapporto sessuale come ad un modo per scaricare le tensioni	1	2	3	4
7. Lui non prende abbastanza sul serio tutti gli sforzi che faccio per noi	1	2	3	4
8. Quando litighiamo riusciamo a fare pace in tempi abbastanza brevi	1	2	3	4
9. Mi insospettisco quando diventa più gentile	1	2	3	4
10. Non voglio sentirmi condizionata dal rapporto con lui	1	2	3	4
11. Ci riesce agevole segnalarci reciprocamente il desiderio sessuale	1	2	3	4
12. Mi piace dormire e svegliarmi abbracciata a lui	1	2	3	4
13. Mi è difficile fare un acquisto di una certa importanza se lui non è presente	1	2	3	4
14. Siamo così diversi che ci completiamo	1	2	3	4
15. Lui è importante ma so che da sola me la caverei comunque	1	2	3	4
16. Se lui mi tradisse preferirei non saperlo	1	2	3	4
17. Meritavo di meglio	1	2	3	4
18. Se ascolto per caso una conversazione telefonica del mio partner, cerco di capire con chi sta parlando	1	2	3	4
19. Mi capita di pensare che lui non è più quello che avevo creduto	1	2	3	4
20. So che posso sempre contare su di lui se sono in difficoltà	1	2	3	4
21. Con il mio compagno certe cose non le farò mai	1	2	3	4
22. Se lui non ha le stesse mie sensazioni di fronte ad un panorama o un concerto o un film mi guasta tutto	1	2	3	4
23. Due che si amano devono sempre dirsi tutto	1	2	3	4
24. Mi agito se lui vuole passare del tempo per conto suo, anche se non ci sono motivi di gelosia	1	2	3	4
25. Se sono andata dal parrucchiere non sopporto che lui mi abbracci	1	2	3	4
26. Penso che difficilmente mi deluderà	1	2	3	4
27. E' fantastico amarsi pur essendo così diversi	1	2	3	4
28. Non lo sopporto quando mi dà dei consigli	1	2	3	4
29. Cerco di ricordarmi le piccole cose che gli fanno	1	2	3	4
29. Cerco di ricordarmi le piccole cose che gli fanno piacere	1	2	3	4
30. Mi eccita quando si arrabbia con me	1	2	3	4
31. Non partirei mai per un viaggio senza le necessarie prenotazioni	1	2	3	4

<b>32. Mi riesce più facile fare l'amore se lui assume un particolare atteggiamento</b>	1	2	3	4
<b>33. Non c'è niente di più bello che rinunciare a tutto per chi si ama</b>	1	2	3	4
<b>34. Se mi sento trascurata mi viene in mente che potrei chiamare un mio corteggiatore</b>	1	2	3	4
<b>35. Mi sono accorta nel tempo che alcuni dei suoi atteggiamenti mi ricordano mio fratello</b>	1	2	3	4
<b>36. Ritengo di capire quando ci desideriamo</b>	1	2	3	4
<b>37. Due persone che si amano non dovrebbero rinunciare a nessun tipo di stimolo o situazione che rende il sesso più eccitante</b>	1	2	3	4
<b>38. Se lui non si comporta come vorrei mi viene subito voglia di interrompere la relazione</b>	1	2	3	4
<b>39. Se qualcuna lo corteggia insistentemente non resto indifferente</b>	1	2	3	4
<b>40. Sono certa che, se non controllo la situazione, alla prima occasione mi tradisce</b>	1	2	3	4
<b>41. Cerco di tenerlo sulla corda riguardo al mio impegno verso di lui</b>	1	2	3	4
<b>42. Quando torna a casa lo aspetto con ansia per potergli raccontare tutti i problemi della giornata</b>	1	2	3	4
<b>43. Quando ci siamo conosciuti c'è stato qualcosa che mi ha ricordato mio padre</b>	1	2	3	4
<b>44. Malgrado i suoi difetti sento che lui è il partner migliore per me</b>	1	2	3	4
<b>45. Quando sono sicura della relazione perdo l'interesse</b>	1	2	3	4
<b>46. Sarebbe divertente andare ad una festa e fare finta di non stare insieme</b>	1	2	3	4
<b>47. Mi conosce così bene che sa prendermi nel verso giusto</b>	1	2	3	4
<b>48. Se uno tradisce la storia può continuare ma la fiducia è spezzata per sempre</b>	1	2	3	4

Le frasi che seguono nelle prossime pagine sono affermazioni dette da coppie intervistate a caso e riferite al proprio coniuge. Se voi siete d'accordo con queste affermazioni segnate una X su "vero", altrimenti segnate una X su "falso".

1. Vuole che io curi molto la mia persona.	VERO	FALSO
2. E' distratto quando parlo.	VERO	FALSO
3. Riconosce i suoi sbagli.	VERO	FALSO
4. Leggerebbe la sera a letto anche se sapesse che mi dà fastidio.	VERO	FALSO
5. Mi lascia libera di coltivare i miei interessi.	VERO	FALSO
6. Ha criteri uguali ai miei su come spendere i soldi.	VERO	FALSO
7. Si ricorda delle date per noi importanti.	VERO	FALSO
8. Spesso fa spese senza consultarmi.	VERO	FALSO
9. Cerca di capire anche il mio punto di vista.	VERO	FALSO
10. Gli dà fastidio la presenza dei miei parenti.	VERO	FALSO
11. Vuole sempre sapere dove vado e cosa faccio.	VERO	FALSO
12. Ritiene futili le mie difficoltà quotidiane.	VERO	FALSO
13. Se ho il sonno agitato si irrita.	VERO	FALSO
14. Quando usciamo con amici mi lascia da parte.	VERO	FALSO
15. Intuisce i miei problemi.	VERO	FALSO
16. Si dimentica dei nostri impegni.	VERO	FALSO
17. Per lui il mio parere è molto importante.	VERO	FALSO

18. Arreda la casa come piace a lui.	VERO	FALSO
19. E' conformista e abitudinario.	VERO	FALSO
20. Lascia a me tutte le decisioni importanti.	VERO	FALSO
21. Ha esigenze diverse dalle mie in campo sessuale.	VERO	FALSO
22. E' veramente raro che mi faccia regali.	VERO	FALSO
23. Mi racconta spesso frottole.	VERO	FALSO
24. E' difficile capire i suoi pensieri.	VERO	FALSO
25. Stima i miei amici meno importanti dei suoi.	VERO	FALSO
26. Sovente non mi interPELLA per decisioni che interessano entrambi.	VERO	FALSO
27. Esige ordine e perfezione in ogni cosa.	VERO	FALSO
28. Cerca di soddisfare i miei desideri.	VERO	FALSO
29. Preferisce uscire con gli amici che con me.	VERO	FALSO
30. Ha opinioni diverse dalle mie sul ruolo della donna nella famiglia.	VERO	FALSO
31. Preferisce passare le serate davanti al televisore.	VERO	FALSO
32. Mi ritiene una sua proprietà privata.	VERO	FALSO
33. Quando bisticciamo vuole avere sempre l'ultima parola.	VERO	FALSO
34. Mi telefona quando fa tardi.	VERO	FALSO
35. Tiene per sé i suoi problemi e non ne parla con me.	VERO	FALSO
36. Sfoga sempre il suo malumore su di me.	VERO	FALSO
37. E' irritante il modo in cui è legato ai suoi parenti.	VERO	FALSO
38. Si ingelosisce per niente.	VERO	FALSO
39. La pensa diversamente da me su come vanno educati i figli.	VERO	FALSO
40. Usa poche attenzioni nei miei confronti.	VERO	FALSO
41. Ha fiducia nelle mie capacità.	VERO	FALSO
42. Dice apertamente se qualcosa non gli va.	VERO	FALSO
43. Invita troppa gente in casa.	VERO	FALSO
44. Rispetta le mie opinioni personali.	VERO	FALSO
45. Pensa solo al suo interesse.	VERO	FALSO
46. Quando mi fa dei regali non incontra i miei gusti.	VERO	FALSO
47. Qualche volta ho saputo dagli amici che mi apprezza molto.	VERO	FALSO
48. Ha esigenze simili alle mie su come passare le vacanze.	VERO	FALSO
49. Si interessa poco al mio lavoro.	VERO	FALSO
50. Mi rinfaccia sovente i miei difetti in presenza di altri.	VERO	FALSO
51. Si considera più intelligente di me.	VERO	FALSO
52. Mi dice raramente cosa pensa quando sbaglio.	VERO	FALSO
53. E' litigioso anche per cose futili.	VERO	FALSO
54. Tiene conto anche dei miei gusti nello scieglersi i vestiti.	VERO	FALSO
55. Considera il suo lavoro molto più importante del mio.	VERO	FALSO
56. Sostiene che entrambi i coniugi devono poter controllare il bilancio della famiglia.	VERO	FALSO

## COPE NVI

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare che cosa generalmente fa e che cosa generalmente sente quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa generalmente fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta.

Per favore cerchi di rispondere a una domanda per volta e non tenga conto delle risposte che ha dato precedentemente. Scelga con attenzione la risposta che meglio descrive il suo modo di comportarsi. Per favore risponda a ogni affermazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe. In sintesi, dica che cosa di solito fa quando affronta un'esperienza stressante.

1 = Di solito non lo faccio.

2 = Lo faccio qualche volta.

3 = Lo faccio con una certa frequenza.

4 = Lo faccio quasi sempre.

1. Cerco di utilizzare questa esperienza per crescere come persona.	① ② ③ ④
2. Mi dedico al lavoro o ad altre attività per non pensare a ciò che mi preoccupa.	① ② ③ ④
3. Mi preoccupo e do sfogo alle mie emozioni.	① ② ③ ④
4. Cerco di farmi consigliare da qualcuno sul da farsi.	① ② ③ ④
5. Mi impegno al massimo per agire sulla situazione.	① ② ③ ④
6. Dico a me stesso/a che sto vivendo qualcosa di irrealistico.	① ② ③ ④
7. Ripongo la mia speranza in Dio.	① ② ③ ④
8. Rido della situazione.	① ② ③ ④
9. Riconosco che non posso farci niente e abbandono ogni tentativo di agire.	① ② ③ ④
10. Mi trattengo dall'agire troppo in fretta.	① ② ③ ④
11. Parlo dei miei sentimenti con qualcuno.	① ② ③ ④
12. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per sentirmi meglio.	① ② ③ ④
13. Cerco di abituarli all'idea che ciò è successo.	① ② ③ ④
14. Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione.	① ② ③ ④
15. Non mi faccio distrarre da altri pensieri o attività.	① ② ③ ④
16. Tendo a fantasticare per distrarmi.	① ② ③ ④
17. Mi rendo conto di preoccuparmi molto.	① ② ③ ④
18. Cerco aiuto in Dio.	① ② ③ ④
19. Preparo un piano d'azione.	① ② ③ ④
20. Ci scherzo sopra.	① ② ③ ④
21. Accetto che ciò sia accaduto e che non possa essere cambiato.	① ② ③ ④
22. Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa finché la situazione lo permetta.	① ② ③ ④
23. Cerco sostegno morale dagli amici e dai parenti.	① ② ③ ④
24. Semplicemente rinuncio a raggiungere i miei obiettivi.	① ② ③ ④
25. Mi sforzo più del solito per tentare di liberarmi dal problema.	① ② ③ ④
26. Cerco di distrarmi per un momento bevendo alcool o prendendo droghe o farmaci.	① ② ③ ④
27. Mi rifiuto di credere che ciò sia accaduto.	① ② ③ ④
28. Do libero sfogo ai miei sentimenti.	① ② ③ ④
29. Cerco di vedere le cose in una luce diversa, per farle sembrare più positive.	① ② ③ ④
30. Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere il problema.	① ② ③ ④
31. Dormo più del solito.	① ② ③ ④
32. Cerco di escogitare una strategia sul da farsi.	① ② ③ ④
33. Mi concentro nel trattare questo problema, e se necessario metto da parte le altre cose.	① ② ③ ④

34. Cerco la comprensione e la solidarietà di qualcuno.	① ② ③ ④
35. Bevo alcool o prendo droghe o farmaci per pensarci di meno.	① ② ③ ④
36. Mi prendo gioco di quello che è successo.	① ② ③ ④
37. Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio.	① ② ③ ④
38. Cerco qualcosa di positivo in ciò che sta accadendo.	① ② ③ ④
39. Penso a come potrei gestire al meglio il problema.	① ② ③ ④
40. Faccio finta che non sia veramente accaduto.	① ② ③ ④
41. Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto.	① ② ③ ④
42. Cerco strenuamente di impedire che le altre cose interferiscano coi miei sforzi di fronteggiare il problema.	① ② ③ ④
43. Vado al cinema o guardo la televisione per pensarci di meno.	① ② ③ ④
44. Accetto la realtà dei fatti.	① ② ③ ④
45. Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili.	① ② ③ ④
46. Mi sento molto stressato/a e lascio andare i miei sentimenti.	① ② ③ ④
47. Agisco senza indugio per sbarazzarmi del problema.	① ② ③ ④
48. Tento di trovare conforto nella mia religione.	① ② ③ ④
49. Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa.	① ② ③ ④
50. Tento di ridicolizzare la situazione.	① ② ③ ④
51. Non mi impegno più di tanto per risolvere il problema.	① ② ③ ④
52. Parlo con qualcuno di come mi sento.	① ② ③ ④
53. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per aiutarmi ad uscirne.	① ② ③ ④
54. Imparo a convivere con il problema.	① ② ③ ④
55. Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione.	① ② ③ ④
56. Rifletto intensamente su quali mosse fare.	① ② ③ ④
57. Mi comporto come se non fosse mai accaduto.	① ② ③ ④
58. Faccio quello che deve essere fatto, un passo alla volta.	① ② ③ ④
59. Tento di imparare qualcosa dall'esperienza.	① ② ③ ④
60. Prego più del solito.	① ② ③ ④