

IL RISCHIO PSICOLOGICO NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA

Maria Moro¹, Alberto Pala, Valeria Verraastro

Riassunto. Questo lavoro si è proposto di descrivere la sofferenza psicologica correlata alla condizione di infertilità. Sono stati descritti i vissuti psicologici dei soggetti infertili al momento della prima diagnosi di infertilità, nella fase degli accertamenti diagnostici, durante i trattamenti di procreazione medico assistita ed il loro esito.

E' stato ipotizzato inoltre che l'infertilità rappresenti un fattore di rischio per la sessualità.

Parole chiave. Sofferenza Psicologica, infertilità.

Summary. Psychological distress associated to clinical condition of couple infertility is described. In particular psychological aspects at the moment of the first diagnosis of infertility, as well as during the course of following clinical examinations are considered. Emotional behaviour of the couples during assisted reproduction procedures were also described. Sexual behaviour has been considered as potential target of infertility.

Key words. Psychological distress, infertility.

La diagnosi di infertilità

La diagnosi di infertilità solitamente evoca nella coppia forti reazioni emotive. La prima è frequentemente la sorpresa, in particolare se la coppia ha già programmato la propria vita riproduttiva e assunto che la gravidanza si sarebbe presentata in breve tempo dopo la sospensione della contraccezione .

Nei primi mesi successivi alla diagnosi i partners tendono frequentemente a modificare il proprio stile di vita in termini di abitudini alimentari, esercizio fisico e abitudini sessuali al fine di adottare comportamenti che ritengono possano favorire il concepimento. Questa modalità difensiva può essere interpretata con il bisogno di attribuire la difficoltà a concepire ad una causa modificabile quale lo stile di vita.

La ricerca delle cause ed il senso di colpa

Se le variazioni nello stile di vita o nella "performance" sessuale si rivelano incapaci di favorire il concepimento, i partners iniziano a indagare il loro passato in un doloroso percorso di ricerca dei motivi che, al di fuori della relazione attuale di coppia, possono aver causato l'infertilità.. Questa angosciata analisi interna sull'attribuzione di responsabilità si sovrappone alla sofferenza causata dagli accertamenti clinici per l'infertilità di coppia rinforzandola.

Al completamento dell'iter diagnostico,poi, l'identificazione del/i fattori di infertilità associati al partner "malato", definisce i "ruoli" della coppia in tema di infertilità. Il partner definito come infertile sviluppa frequentemente un profondo senso di colpa che si manifesta con maggiore intensità se ritiene di avere avuto una qualche responsabilità nel determinismo degli eventi. Se, ad esempio, nell'infertilità femminile da fattore tubarico, il danno delle tube è stato causato da una infezione genitale derivante da comportamenti sessuali promiscui o da uno o più episodi di interruzione volontaria di gravidanza , il senso di colpa della donna può essere molto profondo e vissuto come il giusto castigo per un comportamento ingiusto.

La diagnosi di infertilità può quindi causare nel soggetto infertile una rilevante perdita in autostima, una percezione negativa della propria immagine corporea e la percezione di sé come fisicamente inadeguato e sessualmente privo di attrattive.(1-2)

La depressione

Talvolta il senso di fallimento e di frustrazione assume, soprattutto nella donna, la connotazione di una sindrome depressiva vera e propria; in questi casi è frequente osservare una forma di depressione ad andamento ciclico, spesso indotta dalla ricomparsa del ciclo mestruale o da eventi sociali (una ricorrenza

¹ Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

familiare o la nascita di un bambino nell' "entourage" della coppia). A volte la sintomatologia depressiva è mascherata, come accade, e non così raramente, quando uno o entrambi i partners, per proteggersi dalla sofferenza del fallimento insito nella ricomparsa del ciclo mestruale, mettono in atto a livello più o meno conscio comportamenti che impediscono di fatto il rapporto sessuale nella fase fertile del ciclo. Una delle componenti della depressione nel soggetto infertile è la percezione di una perdita di controllo sulla progettualità della propria vita. L'incapacità a concepire può infatti rappresentare, in particolar modo per coloro che ritengono che nella vita all'impegno corrisponda puntualmente il risultato, la prima dolorosa esperienza di perdita di efficacia e di controllo sul proprio destino. L'esasperato bisogno di alcune coppie di partecipare attivamente alla programmazione dell' iter di diagnosi e cura è da interpretarsi come un meccanismo di difesa contro la sofferenza derivante dal senso di perdita di controllo e non come un segno di sfiducia nei confronti dell'equipe medica.

La rabbia

La rabbia è un sentimento che il soggetto infertile sperimenta con frequenza: rabbia contro se stesso, rabbia contro gli altri che concepiscono un figlio senza sforzo: "se penso a quelli che buttano via i figli, mi sembra di impazzire di rabbia". La rabbia, se indirizzata verso gli amici o i parenti accusati di non capire le emozioni e le sofferenze derivanti dall'infertilità, costituisce un atteggiamento, spesso ingiustificato, che può contribuire ad isolare la coppia infertile da quel contesto familiare e relazionale che potrebbe invece fornire aiuto e sostegno. Talvolta uno dei partner, solitamente quello che vive con maggior disagio psicologico la condizione di infertilità, può investire sull'altro aspettative di soluzione del problema non realistiche e di conseguenza provare una profonda rabbia verso il partner che disattende le sue aspettative: "... lui (meno frequentemente lei) non si impegna, non risolve, non mi aiuta". Una coppia infertile può inoltre dirigere la sua rabbia contro il medico esplicitandola con comportamenti aggressivi e/o svalutanti: "non mi chiedo più di fare esami... sono anni che non risolvo nientelei è la mia ultima spiaggia..... " che a loro volta possono generare nel medico rabbia, senso di inefficacia ed atteggiamenti distanzianti su base difensiva. È importante che chi tratta l'infertilità di coppia sappia interpretare l'aggressività dei suoi pazienti come espressione di sofferenza, ansia e paura e sappia accoglierla nel contesto terapeutico nella consapevolezza che la capacità di esprimere la rabbia funziona come meccanismo difensivo nei confronti della sofferenza psicologica e come prevenzione del rischio di insorgenza di comportamenti auto-distruttivi.

L'impatto emozionale dell'infertilità

La condizione di infertilità può influenzare negativamente la qualità dell'immagine corporea di un individuo e ridurre il senso di autostima fino ad indurlo a percepirsi come incapace e incompetente; in questa generale percezione di inefficienza e fallimento anche gli obiettivi e i successi ottenuti in altri campi della vita personale o sociale possono risultare svalutati, a simboleggiare l'assunzione che l'unico vero parametro della qualità del sé sia quello di diventare genitori. Nella donna infertile è stata studiata la correlazione tra fattore di infertilità e percezione dell'immagine corporea, ipotizzando che: i soggetti affetti da anovulazione con amenorrea si percepiscano come poco femminili e poco attraenti fisicamente e sessualmente, i soggetti con fattore tubarico di infertilità abbiano una percezione dell'immagine di sé come fisicamente menomata mentre i soggetti con infertilità idiopatica siano quelli con minor perturbazione dell'immagine corporea, in quanto la causa dell'infertilità è percepita come esterna da sé. Nell'uomo infertile la percezione negativa dell'immagine di sé e la perdita di autostima sembrano essere correlate alla presenza di patologia del liquido seminale; in tal caso il senso di fallimento e di incompetenza può interferire negativamente con la qualità della vita sessuale.(1-4)

L'impatto dell'infertilità sulla relazione di coppia

Se la maggior parte delle coppie che si sposano o iniziano una convivenza stabile hanno più o meno consciamente l'aspettativa di diventare genitori, la diagnosi di infertilità può indurre i partners ad interrogarsi sul valore e il significato della loro unione e chiedersi se il loro matrimonio sopravviverà alla realtà di una vita di coppia senza figli. È frequente che uno dei due partners sviluppi un senso di incertezza e insicurezza nei confronti dell'altro, soprattutto se ritiene di non ricevere quel supporto emozionale di cui sente di avere bisogno. La condizione di infertilità può quindi creare nella coppia una situazione di frustrazione e sfiducia reciproca che interferisce con la qualità della comunicazione tra i partners.

L'impatto dell'infertilità sulla sessualità di coppia

L'infertilità oltre a causare profonde sofferenze psicologiche individuali e alterare la comunicazione tra i partner, può avere importanti effetti sulla sessualità di coppia. La finalizzazione dell'attività sessuale alla procreazione piuttosto che al piacere è uno dei meccanismi che più fortemente influenzano la sessualità: ciò che in passato era piacere sembra diventare lavoro e l'iniziativa sessuale di un partner può essere

interpretata dall'altro come risultante dal progetto di gravidanza più che come espressione di desiderio. La coppia può concentrare la propria attenzione sui tempi e le modalità del rapporto sessuale e misurare il successo dell'atto sessuale in termini di capacità di concepimento piuttosto che in termini di intimità, comunicazione ed espressione di amore. La consuetudine di consigliare la coppia di concentrare l'attività sessuale nella fase fertile del ciclo femminile, se non correttamente recepita, può indurre i partners ad avere rapporti sessuali quotidiani o a scadenza fissa di 48 ore durante questa fase del ciclo, senza considerare in alcun modo il desiderio sessuale. E' possibile in tal caso che la normale difficoltà di un giovane adulto a rendersi disponibile all'attività sessuale in un giorno programmato a causa di un viaggio, un impegno lavorativo o semplicemente della stanchezza irripi profondamente il partner e incrina l'armonia della coppia. E' utile in tal senso informare la coppia che non è necessario, al fine del concepimento, che il rapporto sessuale coincida con l'esatto momento dell'ovulazione, tanto è vero che è dimostrata la presenza degli spermatozoi nelle vie genitali femminili ben oltre il periodo ovulatorio. La prescrizione dell'uso di un diario per il rilievo della frequenza e della tempistica dei rapporti sessuali è sconsigliabile in quanto la coppia può sentire che la propria attività sessuale è oggetto di giudizio da parte del medico.

La percezione negativa dell'immagine corporea e la perdita di autostima che spesso accompagnano la condizione di infertilità, specie se essa è di lunga durata, possono rappresentare ulteriori fattori di rischio nel condizionare negativamente la sessualità della coppia infertile.

L'infertilità può essere quindi a pieno titolo considerata tra i fattori scatenanti una patologia sessuale sia in termini di insoddisfazione sessuale che in termini di disfunzioni sessuali vere e proprie.(5)

L'impatto psicologico degli accertamenti diagnostici per l'infertilità

Gli accertamenti clinico-diagnostici per l'infertilità possono essere vissuti dalla coppia come esperienze sgradevoli e frustranti, cause di disagio nella sfera psicologica e sessuale. La valutazione dopo il rapporto sessuale del numero e della motilità degli spermatozoi nel basso tratto genitale femminile (test di Sims-Huhner o post-coital test) comporta per l'uomo l'obbligo di avere un rapporto ad un ora predeterminata, con la necessità di far precedere quel rapporto da un periodo di astinenza di 3-5 giorni. 11 ore dopo il rapporto, la partner si sottopone ad un esame del muco cervicale consistente nella valutazione del numero e della mobilità degli spermatozoi nel muco cervicale. Questa indagine, di esecuzione complessa, viene proposta frequentemente e scorrettamente come "test di compatibilità" tra gli spermatozoi e il basso tratto genitale femminile. La percezione che la coppia può ricavarne è di essere sottoposta ad un test che valuta la coppia molto al di là del contesto riproduttivo.

Un altro momento diagnostico vissuto dall'uomo con disagio e ansia è l'esame del liquido seminale, o spermioγραμμα, che segue a un'astinenza sessuale e un'assenza di polluzioni involontarie per i precedenti 3-5 gg, e include una raccolta del seme per masturbazione quasi sempre effettuata, per motivi di praticità dettati dai tempi di consegna del campione, all'interno della struttura sanitaria, solitamente inadatta ad offrire la necessaria tranquillità e riservatezza.

L'ansia suscitata nell'uomo dall'esame del liquido seminale è interpretabile come legata al giudizio che il medico, ma soprattutto la partner, daranno della sua fertilità.

La modalità di refertazione dello spermioγραμμα, espresso numericamente e in rapporto a valori definiti come normali, favorisce inoltre nell'uomo con fattore maschile di infertilità la percezione negativa di un confronto simbolico con il mondo maschile "normale".

La modalità con cui il risultato degli accertamenti diagnostici è restituito al paziente è un altro aspetto estremamente importante sul piano psicologico: se la normalità del test può, infatti, migliorare l'immagine che quel paziente ha di sé, un risultato patologico può essere devastante. Una buona relazione medico-paziente ed una comunicazione verbale esaustiva, attenta ed empatica, possono rivestire un ruolo critico nell'accettazione di una situazione di malattia.

L'attiva partecipazione della coppia alla programmazione degli accertamenti, sia in termini di priorità che di tempistica, va sempre favorita perché facilita nella coppia la percezione di un maggior controllo sulla gestione della malattia e di conseguenza riduce il disagio psicologico.(6)

Gli aspetti psicologici nei trattamenti di riproduzione assistita

Una coppia che entra in un programma di riproduzione assistita deve essere consapevole di iniziare in iter impegnativo e stressante, caratterizzato da percentuali di successo modeste.

La corretta informazione sulle reali probabilità di successo offerte dalle tecniche di riproduzione medicalmente assistita è quindi molto importante perché i pazienti tendono frequentemente ad una inconscia rimozione della possibilità di insuccesso risultante in un aumento del rischio psicologico rispetto al fallimento del tentativo. Una coppia che abbia ben elaborato il percorso che sta per intraprendere gestisce meglio l'ansia ed è in grado di formulare prospettive più realistiche di risultato.

La fecondazione "in vitro" si propone di ottenere la fecondazione degli ovociti femminili ottenuti dopo una terapia ormonale e prelevati per via ecografica dall'ovaio con gli spermatozoi del partner. Dalla fecondazione "in vitro" possono formarsi degli embrioni che quando vengano trasferiti in utero, transfer

embrionario, possono impiantarsi ed evolvere in gravidanza. Alcune fasi dei trattamenti di riproduzione assistita sono particolarmente impegnative dal punto di vista psicologico. Per l'uomo la raccolta del liquido seminale nel giorno della fecondazione "in vitro" è associata alla consapevolezza che da questa prestazione indifferibile dipende l'esito del tentativo; per la donna il prelievo ovocitario, è gravato dalla paura del dolore fisico e dall'ansia che gli ovociti non siano adeguati come numero e morfologia ad ottenere la fecondazione e la gravidanza.

L'avvenuta formazione degli embrioni è vissuta dalla coppia come un successo, anche se è frequente la preoccupazione sul loro numero (troppo pochi per ottenere la gravidanza o troppi per il rischio di gravidanze multiple), e sulla loro qualità (le coppie si impadroniscono rapidamente della nomenclatura biologica e imparano a classificare i loro embrioni come A o B). Ricordo una donna che dopo un tentativo fallito conservava nel portafoglio la fotografia di un embrione ricordando come il medico le avesse detto che era un embrione molto bello.

Nelle coppie che non hanno avuto gli embrioni la delusione è cocente, così come la sensazione di inadeguatezza e la percezione di essere stati esclusi, discriminati sin dall'inizio rispetto alla possibilità di ottenere la gravidanza.

E' evidente comunque in tutte le coppie la difficoltà di identificare e chiarire il concetto di embrione rispetto alla procreazione, forse anche perché nell'immaginario femminile e nella realtà delle donne che concepiscono spontaneamente la percezione della fase embrionale della riproduzione è assente.

I quindici giorni di attesa tra il trasferimento embrionario ed il test di gravidanza costituiscono forse la fase psicologicamente più difficile del tentativo di riproduzione assistita durante la quale l'ansia di compromettere il risultato costringe spesso le donne ad un forzato ed inutile riposo assoluto e il peso delle ore di attesa e di speranza è molto difficile da sostenere.(7-9)

Il risultato

La negatività del test di gravidanza, sinonimo dell'insuccesso del tentativo, è vissuto da tutte le coppie con delusione e sofferenza. La positività del test di gravidanza è percepito invece con gioia immensa, ma è rapidamente gravato dall'ansia che la gravidanza s'interrompa o dalla preoccupazione per la salute del nascituro.

La relazione genitore –bambino e lo sviluppo psicologico nei nati da riproduzione assistita

La condizione psicologica che più frequentemente si riscontra nelle coppie che hanno concepito dopo riproduzione assistita, rispetto a quelle che hanno concepito spontaneamente, è una maggior tendenza all'ansia sui temi dell'andamento della gravidanza e della salute del feto, condizione che può perdurare anche dopo la nascita del bambino e manifestarsi, con modalità non sempre esplicite, ad esempio attraverso una preoccupazione immotivata sullo sviluppo psicomotorio del bambino o sulla sua crescita. Le famiglie create dopo riproduzione assistita possono inoltre tendere, più delle altre, a "superinvestire" sul bambino. Gli studi esistenti in letteratura riportano che la salute psicologica dei nati da riproduzione assistita e la qualità della relazione genitori/bambino non differiscono da quelle dei nati con concepimento spontaneo o dei bambini adottati precocemente. Queste caratteristiche vengono conservate nel tempo, tanto che gli adolescenti nati a riproduzione assistita presentano un funzionamento psicologico buono ed indistinguibile da quello degli adolescenti concepiti spontaneamente o cresciuti in famiglie adottive.(10)

Bibliografia

- Anderson K.M." Distress and concerns in couples referred to a specialistic infertility clinic" J Psychosom Res 2003,54:353-355
- Golomboc S."Psychological functioning in infertility patients " Hum Reprod 1992,7:208-212
- Leff R.J.:"The baby-makers, An in Depth single study of conscious and unconscious psychological reactions to infertility and baby-making technology" Br J Psychother, 1992,83:278 ss
- Maggioni C. "Il bambino inconcepibile" 2003 Franco Angeli ed.
- Moro M."Sessualità ed infertilità di coppia" in Rivista di Sessuologia Clinica 2003,10,2:35-44
- Hammerli K" The efficacy of psychological intervention for infertile patients, a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate" Hum Reprod Update 2009,15 ,3:279-95
- Rigetti P.L." La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita. Aspetti psicologici, medici ,bioetica. " 2009 Franco Angeli ed.
- Jacob M.C."Psychological di stress by type of fertility barrier" Hum Rep 2007, 22(3):885-94
- Cousineau T.M" Psychological impact of infertility" Best Practice and Research. Clin Obstet Gynaecol , 2007,21(2):293-308
- Fisher J." Infertility and assisted reproduction" in Mental Health Aspects of women reproductive health (WHO Organizzazione Mondiale della Sanità) 2009